

## L'éditorial de Pierre Faraggi

### 2003 ou l'année de tous les dangers !

**C'**est d'abord l'arrêté du 30 avril 2003 sur l'organisation de la continuité des soins qui vient de tomber avec sa circulaire d'application et pour lequel nous n'avons pas -ou si peu- été entendus :

- d'une part il nous paraît inconcevable de conserver les dispositions obsolètes et dévalorisées du régime des actuelles astreintes qui ne correspondent plus à la réalité de la sujétion qu'elles représentent pour les praticiens.

- d'autre part, le nouveau cadre réglementaire proposé ne respecte vraiment ni l'application de la législation européenne, ni le principe du volontariat au-delà de l'obligation de service, ce qui est en contradiction avec les protocoles d'accord des

22/10/2001 et 13/01/2003.

Nous étudions donc dès maintenant les voies de recours et demandons à nos adhérents de ne pas dépasser le cadre de leurs obligations de service.

**Ensuite**, serions-nous les oubliés des discussions sur les retraites ? Cela n'augurerait rien de bon quant au sort qui sera fait à nos revendications.

**Hôpital 2007 enfin**, c'est le chantier que nous percevons comme le plus ravageur, bien sûr pour notre statut et la place du médecin à l'hôpital mais surtout vis-à-vis de la fonction soignante, de la mission de soin de l'hôpital qui doit rester nécessairement médicalisée. Si nous laissons

faire, la bureaucratie aura définitivement réglé son compte à l'initiative médicale... Bien sûr, le ministre n'a pas encore indiqué d'arbitrage mais c'est bien dans ce sens que vont les différents rapports de mission.

Sur tous ces points essentiels, nous n'avons pas l'intention de rester inertes, et le moment venu nous aurons besoin de votre mobilisation.

**J'insiste sur l'importance de vos réponses au sondage que nous vous proposons aujourd'hui.**

**Manifestez-vous !**

**Pierre FARAGGI**  
Président de la CHG

### Quel est votre avis ?

Selon vous, la nomination des PH doit être effectuée par :

- le ministre
- le directeur d'agence
- le CA
- le directeur

Etes-vous pour la suppression des services et des départements :

- Oui
- Non

L'introduction de la contractualisation pour tous les médecins vous paraît-elle une avancée ?

- Oui
- Non

Si le choix des pouvoirs publics est différent de ce que vous souhaitez sur ces questions essentielles pour notre statut, êtes-vous prêts :

- à vous mobiliser  Oui  Non
- à faire grève  Oui  Non

**TRES IMPORTANT ET URGENT !**

**REMPLISSEZ CE QUESTIONNAIRE ET RETOURNEZ LE : FAX (05) 56 76 54 89**

**P. Faraggi - CHS Cadillac - 33410 Cadillac sur Garonne**

# Hôpital 2007 : le rapport de la mission Debrosse, Perrin, Vallancien

## Des médecins au statut précaire à la botte des directeurs, des propositions irréalistes et inefficaces !

### " Modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale "

Les rapports demandés par le ministre pour la construction du plan "Hôpital 2007" se succèdent à un rythme rapide. Après le rapport Couanau qui insistait sur le " désenchantement hospitalier ", les auteurs de la mission ouvrent leur travaux sur le constat -nettement moins nuancé- d'un hôpital en crise " morale, démographique, financière et managériale ". Pour ceux qui ont dénoncé en vain depuis des années cet état de fait, il n'y a pas là de quoi surprendre. Ce qui étonne au contraire, c'est la noirceur du trait exagérément catastrophique : inscrit dans une " spirale infernale ", l'hôpital ainsi diabolisé serait condamné à une mort certaine si on ne se décide pas à lui appliquer un remède de cheval.

On s'attend dès lors à tout, passés les formulations démagogiques ou incantatoires (sortir du "tout normatif, tout réglementaire") et les lieux communs habituels sur la nécessité d'évaluer et d'améliorer la qualité. Au-delà de propositions importantes et réformatrices de tarification à l'activité, de simplification de la planification et des modes de contractualisation, du renforcement de la régionalisation et des attributions des agences (qui figuraient déjà dans le cadre proposé par J.F. Mattei dans sa présentation du plan Hôpital 2007), c'est sur le terrain du management interne de l'hôpital que les auteurs du rapport mettent en ordre le champ de bataille. A la mesure du déploiement de forces, celle-ci promet d'être rude.

### Qu'on en juge, sur trois points majeurs :

**I- L'hôpital s'organise librement... mais on supprime les services et départements et l'on crée des pôles... dont le responsable médical est nommé par le directeur.**

Proposer la généralisation de l'"amendement liberté", cette possibilité d'organisation libre de l'hôpital qui figure déjà dans l'actuelle loi hospital-

ière, sans se demander pourquoi il n'a pas été utilisé depuis des années est pour le moins surprenant. La même interrogation vaut pour les " centres de responsabilité " créés depuis 1983 dont les auteurs constatent qu'ils n'ont pourtant pas été mis en place sauf à de rares exceptions ! Malgré tout, ils en proposent la réplique sous le vocable de pôles d'activité.

Ce n'est probablement pas là que les hospitaliers trouveront l'" organisation optimale pour chaque établissement " d'autant que ce modèle fortement recommandé apparaît hyper centralisée et rigide lorsqu'il s'agit de l'appliquer indistinctement au petit hôpital comme au " gros " CHU, avec moins de dix pôles d'activité quelle que soit la taille de l'hôpital.

**Pense-t-on ainsi qu'il faut la manière forte, sous un discours prônant une apparente liberté, pour mettre l'hôpital et ses médecins en coupe réglée sous l'autorité du directeur ?**

Croit-on qu'une obligation de sujétion gestionnaire sera de nature à "re-médicaliser" l'hôpital et à le rendre plus efficace ? La pensée bureaucratique est à l'œuvre, qui ne peut concevoir un remède à la situation de blocage qu'elle a elle-même instaurée qu'en ajoutant une couche supplémentaire d'administration et de bureaucratie, sous des aspects libéraux.

S'il est logique de concevoir un niveau d'organisation au-dessus des services ou des départements, ce n'est qu'à la condition qu'il soit véritablement médicalisé, c'est-à-dire placé sous l'autorité d'un praticien hospitalier indépendant désigné par ses pairs et/ou nommé par le ministre et doté de responsabilité d'organisation en terme de fonctionnement médical, au service duquel doit être placée la dimension gestionnaire et le service de soins. Parallèlement, le respect des spécificités, de la taille humaine et opérationnelle de l'organisation des servi-

ces ou des départements est une des conditions clefs du bon fonctionnement hospitalier.

**On a trop longtemps maintenu l'ambiguïté entre fonctions de direction et de gestion et c'est ainsi qu'on a fini par se convaincre qu'un administratif était compétent pour diriger un hôpital sans aucune connaissance médicale tandis que les médecins devaient se former à la gestion.**

Eh bien non ! L'hôpital ne fonctionnera bien que quand chacun y exercera le métier pour lequel il a été formé. La stratégie médicale et la médecine pour les médecins, la gestion pour les gestionnaires.

En ces temps de pénurie médicale il est d'autant plus important de recentrer les médecins sur la médecine et donc de les soulager au maximum des tâches de gestions qui seront mieux faites par ceux qui ont été formés pour les réaliser.

### II - Recrutement contractualisé de deux catégories de médecins à l'échelon de l'établissement :

- les praticiens hospitaliers de statut public, auxquels on demanderait bizarrement de contractualiser, sont recrutés par le directeur de pôle, le président de la CME et le directeur. Ils reçoivent, trois mois après, sauf "inaptitude à l'intégration", la validation ministérielle de cette affectation.

- les autres médecins, engagés sur un contrat de droit privé et rémunérés à l'acte.

**On voit là qu'un des objectifs de la réforme est de casser le statut de PH.** En effet il n'y aura plus aucune transparence dans la publication des postes et ni la CME, ni le conseil d'administration ni la commission statutaire nationale n'ont plus d'avis à émettre. Toutes les pressions locales sont dorénavant autorisées. Plus grave encore, bien que le PH soit de statut public, il est obligé de signer un contrat avec le directeur que celui-ci pourra donc, du moins on l'imagine, résilier ou ne pas renouveler à sa guise.

Mais la légitimité des décisions et des initiatives des médecins ne peut

pas être assujettie à une procédure contractuelle passée avec le directeur ! Il s'agit d'un contresens. Il n'y a aucune logique pour qu'un médecin hospitalier réglementairement nommé, missionné et appointé dans un établissement public de santé, soit contraint à passer un contrat avec son directeur. Il est clair que la contractualisation interne se substitue alors à la légitimité de fonction et de mission.

Cette contractualisation là, celle de l'arbitraire mis en commun, nous n'en voulons pas. Ces propositions conduiraient progressivement le statut de PH vers un cadre d'extinction, tandis que la voie du recrutement par contrat simple se généraliserait. Présentées comme le moyen de lutter contre " les pratiques douteuses de rémunération ", de telles dispositions aboutiraient en réalité à les légaliser et à les généraliser.

**III - L'hôpital est dirigé par un comité stratégique formé du directeur et de l'équipe de direction, des directeurs de pôle (nommés par le directeur) et du président de la CME (élu essentiellement par les directeurs de pôle).**

Le comité stratégique représente un " exécutif fort " et devient ainsi le

véritable centre décisionnel placé au dessus de la CME. Il élabore un règlement intérieur voté par le CA qui fixe les règles d'organisation et d'administration de l'hôpital et supprime la CME. Celle-ci n'est plus compétente pour les carrières médicales qui sont gérées directement par le comité stratégique. Elle peut encore, il est vrai, s'occuper de la FMC ! Dans le montage proposé, il est clair que le comité stratégique sera la vraie CME et que la CME actuelle ne sera plus qu'une coquille vide laissée en place pour faire illusion. Cette organisation interne des établissements proposée est tout simplement inacceptable.

### Déception et colère

**Ce qui domine à la lecture de ce rapport, c'est la déception et la colère.**

**Déception** parce que l'organisation interne de l'hôpital telle qu'elle est proposée n'a aucune chance d'améliorer en quoi que ce soit le fonctionnement et donc la qualité des soins ce qui aurait pourtant dû être l'objectif essentiel.

**Colère** parce que l'on voit bien que l'un des objectifs de cette réforme est de liquider le corps des praticiens hospitaliers en supprimant la trans-

parence des nominations, en les obligeant à signer un contrat avec leur directeur et en "améliorant" l'arsenal répressif contre ceux qui seraient tentés de résister. Il était question dans l'introduction de ce rapport de crise morale et de crise démographique. Ce ne sont sûrement pas les mesures proposées qui vont améliorer la situation. Au moins sur un point, les rapporteurs ont fait preuve de perspicacité quand ils évoquent " la énième réforme qui ne règlera pas nos problèmes ... "

**Non, cette vision new look au surréalisme délibérément provocant de l'hôpital du 21ème siècle ne nous convient absolument pas !**

La CHG s'opposera RADICALEMENT et avec force à ce schéma trop directorial qui ne fait que reprendre celui proposé par la FHF, la DHOS et bien sûr le SNCH en oubliant que le renouveau de l'hôpital public ne se fera pas sans les médecins.

**Pierre FARAGGI,**  
*Président de la CHG*

**Gilbert ESCHEMANN,**  
**Christine LINGET, Michel VIGNIER,**  
*Vice-Présidents*

## Le nouvel arrêté sur les gardes et astreintes

**L**e nouvel arrêté régissant les gardes et astreintes organise en fait la totalité de l'activité médicale de jour et de nuit. Il s'agit donc d'un texte fondamental, aussi important que les différents décrets statutaires.

Ce texte pose un certain nombre de principes d'organisation de l'activité médicale dans les hôpitaux :

Il prend en compte deux éléments de la directive européenne sur le temps de travail :

- La limite supérieure de temps de travail hebdomadaire autorisé qui est fixée à 48 heures,
- L'obligation d'un repos quotidien continu de onze heures minimum.

Il fixe ensuite quelques principes :

**1er principe :** chaque service ou département délimite librement les bornes de son activité de jour et de nuit. La seule contrainte du texte est qu'aucune de ces deux plages ne peut dépasser 14 heures.

**2ème principe :** la règle reste l'organisation du travail médical en demi-journées dont la durée n'est pas fixée :

- le nombre de demi-journées correspondant aux obligations de service dépend des différents statuts et pourra aller de 1 demi-journée hebdomadaire pour les praticiens attachés (nouveau futur statut) à 10 demi-journées pour une activité à temps plein.
- une différence est introduite : ces demi-journées peuvent être effectuées aussi bien de jour que de nuit.

## par Gilbert Eschemann

- le tableau de service permettra de comptabiliser cette activité statutaire, la moyenne se faisant sur quatre mois.

**3ème principe :** la permanence des soins est assurée durant les plages de nuit, de dimanche ou jour férié selon quatre modalités :

- **la permanence d'un praticien** à l'hôpital durant toute la plage. Dans ce cas, cette permanence d'une nuit, d'un dimanche ou d'un jour férié compte pour deux demi-journées comptabilisées dans les obligations de service (une demi-journée pour le samedi après midi) et donne droit de plus à une indemnité de sujétion,
- **l'astreinte opérationnelle**
- **l'astreinte de sécurité**
- **l'astreinte forfaitaire**

**4ème principe :** à titre dérogatoire, si l'activité de jour et de nuit sont de volume équivalent, et si l'activité du service figure sur la liste autorisée, l'organisation de l'activité médicale du service peut se faire en décompte horaire. Ce choix dérogatoire est réexaminé chaque année. Dans ce cas il n'est plus fait référence ni aux demi-journées ni à la garde qui disparaissent au profit d'une activité médicale continue de 24 heures. Dans ce cas les obligations de services ne sont pas précisées puisque les demi-journées ne sont plus comptabilisées et qu'il n'y a pas d'obligations horaires de service précisées dans le texte. Les praticiens qui travaillent durant la plage nocturne et du dimanche et jours fériés ont droit à l'indemnité de sujétion. La seule limite est celle des 48 heures hebdomadaires maximum.

**5ème principe :** création de la notion de plages additionnelles : si le temps médical disponible dans un service n'est pas suffisant pour assurer une continuité des soins tout en tenant compte des obligations de service des praticiens et du plafond des 48 heures hebdomadaires, il peut être créé des plages additionnelles rémunérées à 300 € le jour et de 350 à 450 € la nuit pour compenser le déficit de temps médical.

#### **Les commentaires de la CHG concernant ce texte :**

Au niveau des principes nous regrettons qu'un texte fondamental qui organise le temps médical à l'hôpital de l'ensemble des praticiens soit pris sous la forme d'un simple arrêté, alors que son importance eut à nos yeux nécessité un décret pour l'organisation générale de la continuité des soins et un arrêté pour les

barèmes financiers sujets à variation comme c'est généralement la règle. Nous constatons aussi que le ministère, bien qu'il ait communiqué largement sur le thème "nous appliquons la directive européenne aux praticiens" viole allègrement cette dite directive en effet, la limite hebdomadaire des 48 heures maximum est contournée par la création des plages additionnelles, la limite des onze heures de repos continu minimum est contournée par la non prise en compte de l'immense majorité des déplacements en astreinte ; quant à l'obligation d'un repos hebdomadaire de 35 heures continues minimum, elle a tout simplement été oubliée.

La remise en cause de la plage de jour de 10 heures (8h30 - 18h30) au profit d'une formule vague disant que chacune des plages (jour et nuit) ne peut dépasser 14 heures est extrêmement dangereuse. En effet elle peut permettre aux directions hospitalières d'imposer des plages de jour de 14 heures, ce qui serait pour elles financièrement très rentable mais ce qui ferait passer la demi journée à 7 heures (par exemple de 8h30 à 15h30 pour un samedi matin).

Tout en incitant à retransformer des gardes sur place en astreinte, ce qui nous semble aller contre l'évolution naturelle des choses, la prise en compte des astreintes dans la disposition est totalement dissuasive. En effet :

- les deux niveaux d'astreinte persistent pour une contrainte identique, ce qui constitue une inégalité inacceptable entre les praticiens,
- l'astreinte n'est pas prise en compte comme du temps de travail ni pour la retraite

- le temps de trajet lors d'un déplacement n'est pas pris en compte dans le temps de travail, alors qu'il l'est pour la fonction publique hospitalière. Cette mesure est particulièrement pénalisante pour les praticiens qui ont une activité multisite en garde et qui ont donc des temps de trajets particulièrement longs.

- les appels avec déplacement en astreinte, quelque soit leur nombre, sont considérés comme n'interrompant pas le repos quotidien s'ils ne dépassent pas trois heures durant la deuxième moitié de la nuit. Cette limitation est parfaitement scandaleuse.

#### **Les consignes de la CHG pour l'application de ce texte :**

La définition de la durée des plages de jour doit faire l'objet d'une proposition du service ou du département et d'un avis de la CME. Nous vous recommandons vivement de refuser toute augmentation de la durée de la plage de jour au delà de dix heures.

Le tableau de service est un outil utile pour faire apparaître les insuffisances de personnel médical dans un service. Ces tableaux doivent être constitués par journée de 4 cases sans référence horaire, deux pour la journée et deux pour la nuit. Nous vous rappelons que seules doivent figurer sur ce tableau (sauf pour les services à activité continue) les demi-journées travaillées ainsi que les absences légales (congés annuels, RTT, FMC, congés exceptionnels, congés syndicaux ...) Il ne faut pas confondre ce tableau de service opposable à l'administration avec le tableau interne au service établi par le chef de service ou de département en concertation avec l'ensemble des praticiens de la struc-

## **Les consignes de la CHG**

**1) Refus du temps de travail additionnel (ne jamais dépasser les obligations de service : 48 heures max ou 10 1/2 journées)**

**2) Souscrire à l'obligation du tableau de service mais non horarisé**

**3) Refuser toute organisation de service en permanence médicale de jour d'une amplitude supérieure à 10 h**



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

ture qui organise le travail interne au service et qui n'a pas à être communiqué à la direction.

Tous les quatre mois, vous devez comptabiliser l'ensemble des demi-journées travaillées et des absences légales. Si ce décompte fait apparaître plus de dix demi-journées par semaines comptabilisées, vous devez demander le paiement au titre des plages additionnelles (ou la récupération ou la mise sur un compte épargne temps) de ces demi-journées supplémentaires.

Pour les praticiens en astreinte, nous leur recommandons de refuser de participer à des astreintes multisites tant que les durées de trajet ne seront pas prises en compte

Pour les praticiens en activité continue à décompte horaire nous recommandons de refuser de prendre des plages additionnelles de nuit (elles sont volontaires au choix du praticien) tant qu'elles ne bénéficieront pas de l'indemnité de sujétion appliquée dans les autres cas.

**Les actions que va engager la CHG au niveau juridique :**

- **Recours pour non application de la directive européenne sur le temps de travail.**

- **Recours contre les deux niveaux d'astreinte pour traitement inégalitaire des praticiens.**

- **Recours contre la non intégration du temps de trajet dans la durée du travail lors d'un appel.**

**Gilbert Eschemann**

## **L'arrêté relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins est paru au JO du 12 mai, suivi d'une circulaire d'application n° 219 datée du 6 mai 2003.**

Ces textes sont disponibles sur le site de la CHG ([www.chgweb.org](http://www.chgweb.org)) ainsi qu'auprès du secrétariat général : J.-C. Pénocet - CHU La colombière - Polyclinique - 34295 Montpellier

## **Dossier retraite**

### **Lettre à F. Fillon**

**15 mars 2003**

Monsieur le Ministre,

La réforme en cours des régimes de retraite concerne les trente mille praticiens hospitaliers exerçant à temps plein ou temps partiel dans les hôpitaux publics.

Agents permanents de l'Etat, ils bénéficient de pensions de retraite associant pension du régime général de la sécurité sociale et pension IRCANTEC, comme les agents non titulaires de l'Etat, des établissements territoriaux et collectivités locales... Ils sont donc particulièrement concernés par l'obtention d'une retraite dite à taux plein à partir de 60 ans, et connaissent aussi vis à vis du régime général de la sécurité sociale les difficultés de réalisation des trimestres de cotisation en fonction de leur entrée tardive dans la vie professionnelle.

A un autre niveau, ils souhaiteraient pouvoir disposer d'un droit à une retraite à la carte avec accès à un âge variable jusqu'à un éventuel dépassement de la limite d'âge légale en cours, sous réserve des bonifications correspondantes. Cette situation apparaît intéressante dans un contexte

de démographie médicale décroissante...

La spécificité statutaire des praticiens hospitaliers bénéficierait d'une approche adaptée aux fins de maintenir un taux de remplacement adéquat des pensions de retraite, avec une problématique particulière due à l'existence de coefficients de minoration de la pension versée par l'IRCANTEC.

Des situations anormales et préjudiciables, de nécessaires régularisations, font l'objet d'une plate-forme de revendications de la Confédération des Hôpitaux Généraux, intersyndicale médicale hospitalière la plus représentative. Nous souhaiterions pouvoir échanger sur ces différents éléments au cours d'une audience, et pouvoir participer aux groupes de travail récemment créés pour la réforme des régimes de retraite.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie de recevoir, Monsieur le Ministre, l'assurance de ma très haute considération.

**Docteur P. Faraggi**

### **Communiqué de presse de la CHG**

**9 mai 2003**

La Confédération des Hôpitaux Généraux appelle ses adhérents à s'associer aux différents mouvements en cours pour la défense des retraites et en particulier à la journée du 13 mai prochain.

Outre un débat majeur de société, l'évolution des retraites représentera un point fort pour l'attractivité des carrières et la démographie médicale à l'hôpital.

Sans nouvelle de notre demande d'audience auprès de Monsieur François Fillon, ni de réponse à notre revendication d'être associée aux discussions en cours, la CHG rappelle aux pouvoirs publics que l'avenir des régimes de retraite des PH est une préoccupation forte et très mobilisatrice pour la plupart des hospitaliers qui attendent maintenant des propositions et des réponses claires à la mesure des conditions de sujétions de leur exercice professionnel.

# L'expression des syndicats de la CHG

## Permanence des soins : le fond du débat

Qui plus que nous peut se sentir concerné par ce dossier brûlant ? Acteurs pivot de la continuité des soins, les médecins anesthésistes-réanimateurs des Hôpitaux Généraux assurent cette fonction dans tous les domaines de la spécialité. Elle en fait l'essentiel de la pénibilité et notre combat syndical s'attache depuis de longues années à faire reconnaître cette spécificité. Nous ne pouvions donc qu'être au premier rang dans la négociation de ce dossier.

**Quel est l'objet du débat ?** Il est en fait très simple malgré la complexité du débat technique et des propositions que nous avons eu à étudier. Les financements prévus par le Ministère sur ce dossier n'étaient tout simplement pas à la hauteur des enjeux.

**Qu'avions nous signé en Octobre 2001 ?** La RTT avec l'octroi de 20 jours de congés/an, et l'intégration de la permanence des soins dans le temps de travail. Le temps de travail, désormais limité à 48h/semaine devait intégrer l'ensemble de nos activités y compris celles qui permettaient d'assurer la permanence des soins. Conscients des difficultés d'application, et de la démographie de nos spécialités sinistrées, nous convenions donc qu'il serait nécessaire de travailler au-delà de ces 48h afin d'assurer la continuité et de maintenir à son niveau l'offre de soins. Nous avons donc défini des périodes de temps additionnel sur une rémunération forfaitaire de 300 € pour deux demi-journées de TTA. Après moult séances de négociation, le dispositif législatif était enfin bouclé en fin d'année 2002. Sauf un texte ! Mais quel texte !

La pierre angulaire du système, puisqu'il se devait de définir en pratique les modes de travail de la continuité des soins et leur rémunération.

par Bernard Bréchnignac

La stratégie du Ministère se dévoilait enfin. Les financements ne permettaient pas à l'évidence de faire face aux engagements. Le financement de l'intégration des gardes dans le temps de travail ne dépassait pas l'ex-budget " gardes et astreintes ".

En fait, seul le vocabulaire changeait : les ex-gardes devenaient du temps de travail additionnel pour 50€ de plus, tout comme les astreintes, théoriquement intégrées elles aussi pour leur temps de déplacement, devenaient du temps de travail additionnel statutaire et... volontaire ! En effet, le texte prévoit, ce qui est logique, que nul ne peut se soustraire à l'obligation de continuité des soins.

**En quelques articles, cet arrêté reprend donc toutes les avancées précédentes.** Le temps de travail n'est plus limité à 48h, puisque la continuité des soins exige de les dépasser, et le TTA devient une obligation, puisqu'il faut assurer cette continuité. Et pour ne pas dépasser le budget, ces périodes de TTA devaient se situer obligatoirement en-dehors de l'activité de jour.

C'est donc dans l'unité syndicale que nous partions à la bataille. Après trois longues semaines de silence, le Ministre recevait enfin nos Présidents d'Intersyndicales. Disparaissait alors du texte l'obligation de réaliser les obligations de service prioritairement le jour. Il s'agit là certes d'une mesure symbolique, car c'est reconnaître de fait que la continuité des soins fait partie intégrante de nos obligations de service. Refusant de reconnaître le principe simple, qu'une période de temps additionnel doit être valorisée car elle est additionnelle, qu'elle soit effectuée de jour comme de nuit ; que l'indemnité de sujétion rémunère, elle, la pénibilité particulière du travail de nuit, la plus grande confusion s'est

organisée pendant plusieurs semaines autour d'une "intégration de 25% des ex-gardes".

**La circulaire d'application sera modifiée au dernier moment sans la moindre concertation, en laissant finalement aux directeurs d'établissement le soin de décider "dans le respect du budget de l'établissement" ce qui doit faire l'objet d'une indemnité de sujétion et/ou de temps additionnel.** Il est probable que la formulation finalement adoptée conduira inéluctablement à des interprétations multiples et des spéculations locales où les hôpitaux les plus riches sortiront une nouvelle fois gagnants. Nous continuons au SNMARHNU à juger ces propositions inacceptables et dangereuses. Inacceptables, parce que ne respectant pas les engagements pris lors de la signature du protocole et dangereuses car ne permettant pas une application uniforme, pérennisant en cela les inégalités.

Fidèle aux engagements pris devant ses mandants, le SNMARHNU avec la CHG a prouvé sa capacité de négociation et son ouverture au débat. Il ne cèdera rien sur ce dossier, prêt à engager tout recours contentieux si le ministère ne tient pas compte de ses légitimes revendications.

Bernard Bréchnignac  
SMARHNU

**Adhérez au SNMARHNU  
Syndicat National des  
Médecins Anesthésistes  
Réanimateurs des Hôpitaux  
Non Universitaires  
Dr B. Bréchnignac  
Centre Hospitalier  
74700 - SALLANCHES**



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

**Attention : contrairement à ce que le ministère cherche à induire par des formulations ambiguës dans la circulaire d'application, la 1/2 journée de travail du PH n'est pas superposable à la 1/2 période définie par l'organisation du service quotidien de jour.**

## Qu'est-ce que... LA FNAP ? par Gilbert Eschemann

La Fédération des praticiens des Hôpitaux Généraux (FNAP) a été créée par le Docteur Georges Mallard, chirurgien au Centre Hospitalier de Moulins, à la suite des premières attaques contre les fonctions des médecins hospitaliers sous la forme d'une tentative de supprimer sans contre partie l'activité libérale des médecins à temps plein des hôpitaux publics.

Les objectifs de la FNAP ont été définis à l'époque et restent aujourd'hui d'actualité :

- La défense et l'amélioration des statuts et des conditions de travail de tous les médecins et spécialistes médicaux et chirurgicaux ainsi que des pharmaciens qui exercent dans les hôpitaux publics,

### Président de la FNAP

Actuellement les hôpitaux Généraux sont à nouveau menacés :

- Par la crise de la démographie médicale sciemment organisée par les gouvernants successifs sur proposition de l'assurance maladie qui souhaitait une " réduction de l'offre de soins ". Ils ont été exaucés au-delà de leur espérance mais sans effet sur la réduction du déficit des comptes sociaux, ce qui était pourtant le résultat espéré.

- Par les ultra-libéraux qui considèrent qu'entre les CHU et le privé il n'y a pas la place pour les hôpitaux généraux.

- Par le projet Hôpital 2007 qui propose de supprimer les services et départements pour créer une caste

ing des syndicats de directeurs qui s'est ingéniée à transformer l'hôpital public en une gigantesque administration dans laquelle les médecins n'ont plus leur mot à dire.

- Ce verrouillage a encore été aggravé par la constitution d'un corps de cadres infirmiers à l'idéologie antimédicale distillée par leurs écoles de formation et chapoté maintenant par un "directeur des soins" semblant ainsi remettre en cause la fonction soignante même du corps médical.

Si votre analyse de la situation rejoint la nôtre alors il faut vous engager et venir soutenir la FNAP. Nulle profession ne peut considérer que ses statuts et ses conditions de travail seront défendus par d'autres. Face au rouleau compresseur de l'administration la participation de chacun de vous est indispensable.

### Vous pouvez adhérer :

- par courrier en écrivant au trésorier de la FNAP :

**Dr J. B. Tuetey, 71640 Dracy le Fort**

- par télécopie au 03 85 94 10 13

- par Email : [fnap@voila.fr](mailto:fnap@voila.fr)

- sur le site de la FNAP : [www.fnap.net](http://www.fnap.net)

La cotisation 2003 est fixée à 110 €



- La défense et la promotion de ce que l'on qualifiait à l'époque "d'hôpitaux périphériques" et qui constituent actuellement le grand réseau de soins des hôpitaux généraux qui prennent en charge en hospitalisation la majeure partie de la population en alliant proximité et qualité des soins.

d'hyper-mandarins nommés par les directeurs et responsables uniquement devant eux.

- Par le tout réglementaire qui au nom d'un principe de précaution excessif est en train d'asphyxier le système de santé.

- Par la politique constante de lobby-

### En adhérant à la FNAP :

- Vous participerez à la défense et à la promotion de votre profession.

- Vous recevrez les informations médicales par la lettre des hôpitaux généraux et la lettre de la CHG.

- Vous pourrez bénéficier de conseils juridiques et d'un soutien en cas de difficulté professionnelle.

- Vous pourrez prendre si vous le souhaitez des responsabilités syndicales au sein de la FNAP.

## La régionalisation annoncée par J.-F Mattéi est en marche

par Christine Linget

**Les rapports des multiples missions, Piquemal, Couaneau, Debrosse / Perrin / Valencien rejoignent ou complètent étrangement les dispositions énoncées par le ministre dès novembre 2002.**

Il est clair que pour ces rapporteurs, la déconcentration devient une nécessité dans la déclinaison de la politique de santé et la région constitue le niveau pertinent de l'organisation sanitaire. L'évolution des ARH en agences régionales de santé (ARS) est largement souhaitée et cette extension devrait aller le plus loin possible; l'idée étant de regrouper tous les services sous une

seule autorité.

Face à cette nouvelle agence toute puissante, un contre pouvoir est néanmoins prévu avec la création d'un conseil régional de santé, instance consultative sur la politique de santé qui se substituerait au CROSS et à la conférence régionale de santé.

Malgré la profusion des missions, le ministre ne s'est pas encore prononcé. Nous sommes impatients de connaître sa réponse face à ces propositions et serons particulièrement vigilants si une telle organisation est mise en place.

A ce jour, nous sommes aussi

Présidente du SNBH

soucieux de la répartition des crédits régionaux liés à la réduction du temps de travail médical. Les grandes orientations sont prises au niveau national, en liaison avec le Comité national de suivi du protocole. C'est aux ARH qu'incombe la distribution régionale sur la base de critères définis au niveau des comités de suivi régionaux. La CHG y est représentée (3 titulaires et 3 suppléants par région.).

Une première enveloppe liée aux crédits 2002 n'a pu être consacrée à la création de postes. Libérée trop tard, elle a été utilisée pour :

- le paiement des jours de RTT non pris : 5 jours par PH (et non 4 ou 4,5 comme certains établissements le proposent)  
- le règlement des primes des assistants

L'enveloppe 2003 est destinée prioritairement à la création de postes.

Nos représentants aux Comités de suivi régionaux veilleront à ce que les crédits non utilisés (postes non pourvus) reviennent en totalité au règlement des jours de RTT non pris (10 jours maximum, le reste pouvant

être versé au CET).

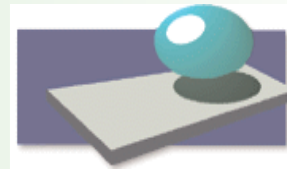
Le SNBH conjugue ses efforts avec la CHG pour défendre les spécificités de notre profession. Dans les régions, nos délégués fédérés vont devoir s'impliquer davantage. En dépit des turbulences à venir, gardons confiance mais soyons prêts à nous mobiliser pour préserver l'avenir de l'hôpital public.

**Christine LINGET**  
Présidente du SNBH

## Adhésion au SNBH Syndicat National des Biologistes des Hôpitaux

**Dr J-M Girardel - Trésorier SNBH**  
13 rue St Antoine  
90000 - Belfort  
Tel 03 84 58 49 90

[www.snbh.asso.fr](http://www.snbh.asso.fr)



### Le secteur en psychiatrie et la régionalisation :

*Avant-projet d'ordonnance portant simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé*

**A** l'initiative du SPH, une concertation a pu s'établir sur ce texte entre la DHOS et l'ensemble des syndicats de psychiatres (publics et privés).

Introduisant la notion de "territoires de santé", la précédente rédaction ne faisait en effet plus directement référence à l'organisation sectorielle.

**D'une part, la nouvelle rédaction réintroduit explicitement le secteur. D'autre part, elle spécifie des modalités de concertation régionale propres à la psychiatrie.**

**Articles concernant l'organisation des soins en psychiatrie :**

#### Article 7 :

A titre transitoire, les schémas régionaux d'organisation sanitaire et les schémas régionaux de psychiatrie prévus par l'article L. 6121-1 du code de la santé publique sont prorogés jusqu'à la publication des schémas pris en application de la présente ordonnance et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2005.

#### Article 8 :

**- L'article L. 3221-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :**

"La lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.

A cet effet, exercent leurs missions dans le cadre de territoires de santé mentionnés à l'article L. 6121-2 du code de la santé publique et dans les conditions prévues à l'article L. 6121-1 du code de la santé publique :

**1° les secteurs psychiatriques rattachés aux établissements de santé publics ou privés assurant le service public hospitalier**, ainsi qu'à toute personne de droit public ou privé ayant passé avec le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation une convention précisant les objectifs poursuivis, les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en œuvre et, le cas échéant, les relations avec les autres organismes agissant dans le domaine de la santé mentale ;

2° les établissements de santé privés, selon des modalités définies par voie réglementaire.

Afin de mettre en œuvre une démarche thérapeutique préalablement définie dans le cadre du secteur ou d'un établissement, une association, à visée de soin, de prévention, de réadaptation et de réhabilitation des patients, régie par les dispositions de la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association, peut être constituée, regroupant notamment des patients, des personnels hospitaliers et des tiers, personnes physiques ou morales.

Le médecin responsable de la démarche de soins doit rester le garant de la bonne exécution de celle-ci au sein de l'association.

Une convention est signée entre l'établissement et l'association. Elle précise les modalités de mise à disposition par l'établissement d'équipements, de moyens matériels et financiers et les conditions de leur utilisation par l'association.

Elle indique les conditions dans lesquelles le personnel hospitalier peut contribuer au fonctionnement et aux activités de l'association.

L'association rend annuellement compte par écrit à l'établissement de sa gestion et de l'utilisation des moyens mis à sa disposition."

**II - L' article L. 3221-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :**

**" Dans le domaine de la santé mentale, des modalités particulières de concertation régionale sont définies par arrêté du ministre en charge de la santé. "**

## Adhésion au SPH Syndicat national des Psychiatres des Hôpitaux

**Dr J-C Pénocet**  
CHU La Colombière  
34295 - Montpellier



[www.psychiatrie.com.fr](http://www.psychiatrie.com.fr)