



Mobilisons-nous pour faire évoluer nos conditions de travail et nos statuts

Ces derniers mois ont été riches en événements avec l'accord sur le temps de travail des urgentistes et la remise du rapport Le Menn sur l'attractivité des emplois de médecins hospitaliers.

Les avancées obtenues par les urgentistes constituent une véritable révolution dans le mode de décompte du temps de travail. Elles ne constituent pas un avantage obtenu par une catégorie de médecins au détriment des autres, mais bien de pistes pour aller vers plus de transparence et sortir de l'aberration de la demi-journée. Il est important de souligner qu'il ne s'agit en fait que d'appliquer la directive européenne sur le temps de travail pour laquelle la France se trouvait en infraction. Le sénateur Le Menn l'a bien compris puisqu'il salue dans son rapport cet accord et propose de l'étendre progressivement à d'autres spécialités.

Cette rentrée est également marquée par le renouvellement des CME. Même si ces instances sont tout sauf démocratiques, l'élection de leur président est essentielle car ce dernier fait partie du binôme qui, avec le directeur, dirige de fait l'hôpital. Ces pouvoirs lui ont été conférés par la loi HPST et la loi santé de Marisol Touraine ne prévoit aucun changement.

La loi Touraine est d'ailleurs d'actualité puisque sa discussion se poursuit au Parlement. Malgré les promesses de campagne de François Hollande, non seulement la loi HPST n'est pas abrogée mais certains de ses aspects les plus négatifs sont renforcés. Il s'agit notamment de l'obligation de regroupement des établissements dans des GHT (Groupements hospitaliers de territoire). Nous voyons bien quelle est la logique à l'œuvre : il s'agit de poursuivre la fermeture des hôpitaux de



proximité, transformés en « mouvoir pour vieux », et de regrouper les activités sur des hôpitaux dit de référence en nombre très réduits et trop souvent très éloignés dans les zones à faible densité de population.

Nous voyons bien aujourd'hui que notre système est au bout du rouleau. La fermeture de services d'urgence au cours de l'été par manque de médecins est à l'image de l'incurie organisée du gouvernement qui fait le choix de ne plus assurer ses missions et d'abandonner les populations sur de vastes parties du territoire. Ce choix est motivé par la logique libérale qui vise à limiter le service public au strict minimum et à basculer une grande partie de l'offre de soins vers le marché, donc le secteur privé lucratif.

Il est donc urgent que les médecins se mobilisent avec l'ensemble des personnels hospitaliers autour d'autres choix, afin de maintenir un service public de qualité irrigant les territoires avec des meilleures conditions de travail.

Christophe Prudhomme
Commission exécutive
Fédération CGT de la santé et de l'action sociale

SOMMAIRE

L'accord sur le temps de travail des urgentistes	p.2-4
Le rapport Le Menn	p.5
Les GHT dans le projet de loi de santé : pourquoi nous sommes opposés à ce projet	p.6-7
Un chef de service condamné par l'Ordre des médecins	p.8
Médecins remplaçants : pourquoi un contrat est indispensable	p.9

► L'ACCORD SUR LE TEMPS DE TRAVAIL DES URGENTISTES

... A la suite de l'action menée par l'alliance AMUF-CGT fin 2014, un accord a été signé avec la Ministre de la santé concernant de nouvelles modalités de décompte du temps de travail pour les urgentistes, qui a été formalisé sous la forme d'une circulaire (DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014). L'application était prévue pour le 1^{er} juillet, mais l'instruction d'application (cf. *site fédéral* : <http://www.sante.cgt.fr/IMG/pdf/-177.pdf>) n'a été publiée que le 10 juillet (DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015).

► Rappel sur les raisons du mouvement

Depuis les accords sur la réduction du temps de travail de 2002, un conflit larvé existait autour de la définition du temps de travail. En effet, le décompte en demi-journées contrevenait au droit européen, puisque les périodes de 24 heures étaient découpées en 4 demi-journées (donc une demi-journée équivalait à 6 heures) et les obligations de service étaient fixées à 10 demi-journées par semaine. Les obligations de service étaient donc de 60 heures, donc bien au-delà des 48 heures minimum définies par les textes européens de 1993, confirmés en 2003.

En ce qui concerne la dérogation du décompte en heures, un conflit était également présent du fait d'une interprétation erronée des directions hospitalières qui considéraient que la norme était 48 heures de travail, alors que la directive précise de 48 heures est un maximum et non la norme.

Plus de 10 ans après les accords sur la RTT, il était nécessaire de faire évoluer la situation, ce d'autant que l'inflation continue du nombre de passages aux urgences rendait les conditions de travail de plus en plus difficiles. A cela s'ajoutait l'attitude malthusienne des universités au niveau du nombre de places offertes pour le DESC de médecine d'urgence, qui se manifestait par un manque de médecins disponibles (près de 300 postes de PH en médecine d'urgence vacants sur l'ensemble du territoire). Lassés, un certain nombre de nos collègues choisissaient de partir pour échapper aux contraintes liées aux sous-effectifs et se tournaient vers l'intérim.

Par ailleurs un phénomène plus récent était inquiétant : l'abandon du métier. Abandon par deux catégories de personnes : les plus anciens vers

la cinquantaine qui, épuisés, préféraient changer complètement d'activité pour finir leur carrière sans mettre leur santé en danger et chez les plus jeunes qui, au bout de quelques années, bien que très intéressés par le métier, ne se voyaient pas continuer à travailler à ce rythme pendant encore 30 ans.

Les événements de cet été avec la fermeture totale ou partielle de certains services faute de médecins (Valognes, Firminy, Saint-Vallier, Mantes-la-Jolie...) nous ont malheureusement donné raison.

Face à cette situation, le ras-le-bol était tel qu'un mouvement s'imposait.

► Les revendications et le mouvement

La période de fêtes de fin d'année est traditionnellement une période difficile dans les services d'urgence. Cette année, la conjonction temporelle avec le mouvement de protestation des libéraux sur un tout autre sujet, nous mettait en situation très favorable pour faire pression sur le gouvernement.

Notre revendication était simple et facilement compréhensible pour tous, donc facilement médiatisable : nous ne voulions plus travailler 60 heures par semaine et nous voulions limiter notre temps de travail global à un maximum de 48 heures par semaines. Ceci était dans l'intérêt des professionnels mais aussi des patients, car être pris en charge par un urgentiste fatigué n'est pas une garantie de qualité.

Nous avons visé juste en terme de timing pour faire céder le gouvernement. En une journée, nous avons obtenu un accord et le mouvement a pu être suspendu.

D Le contenu de l'accord

Vous trouverez en annexe le référentiel d'application. Il nécessite quelques explications.

Premièrement, tous les praticiens travaillant dans les structures d'urgence (SAU, SAMU et SMUR), quel que soit leur statut, sont concernés.

Deuxièmement, le temps de travail est décomposé en deux activités : le travail posté et le travail non posté. Cette distinction est pour nous essentielle, car le travail d'un médecin ne peut se limiter à une activité clinique exclusive auprès des patients. D'autres missions sont essentielles pour assurer le bon fonctionnement des services, coordonner l'activité, se former ou encore contribuer à des travaux de recherche ou d'enseignement.

Le travail posté est clairement défini comme l'affectation à une fonction faisant l'objet d'une relève et peut donc être décompté strictement en heures. Ce temps est limité à 39 heures par semaine.

Le travail non posté est défini par des missions à remplir dans le cadre d'un contrat signé avec le chef de service. Comme pour tous les cadres, la validation est basée sur la reconnaissance de l'effectivité de la réalisation des tâches assignées. Le décompte de ce temps de travail ne peut donc être fait en heures mais est basé sur un contrat signé avec le chef de service, après accord du praticien sur le fait que les tâches peuvent être réalisées dans un maximum de 9 heures par semaine pour ne pas dépasser les 48 heures.

La nouveauté par rapport à la situation actuelle dans les services qui étaient déjà en décompte horaire est importante : il s'agit du paiement des heures de travail posté effectuées au-delà de 39 heures hebdomadaires.

En effet, quand le praticien a effectué les 39 heures de travail posté et a rempli les missions mentionnées dans son contrat, il est réputé avoir rempli ses obligations de service. Ainsi, toutes les heures effectuées en travail posté au-delà de la limite des 39 heures ouvrent droit à une rémunération additionnelle (une demi-période de temps additionnel par place de 5 heures).

Si ce montage paraît complexe, cela est uniquement

lié au fait qu'il était nécessaire de rentrer dans le cadre des modalités de rémunération actuellement définies. Toute modification de ce dispositif aurait rendues nécessaires des modifications législatives complexes.

D La satisfaction des urgentistes et les réticences des caciques institutionnels

La signature de cet accord a été ressentie comme une véritable bouffée d'oxygène par l'ensemble des urgentistes, plus particulièrement par ceux qui s'interrogeaient sur l'éventuel arrête de leur activité pour ne pas finir en *burn-out*.

En revanche, une partie des syndicats médicaux corporatistes ainsi que des présidents de CME ont immédiatement réagi de manière négative. Les plus caricaturaux énonçaient leur évidence : « *Un médecin ne compte pas ses heures !* » ou encore, ce qui est très méprisant pour les personnels concernés : « *Les médecins vont décompter leurs heures comme les aides-soignantes* » (écrit de la Conférence des directeurs de CHU) ; pour d'autres, cet avantage obtenu par les urgentistes créait une inégalité chez les médecins hospitaliers, enfin argument ultime : mais cela va coûter beaucoup trop cher !

Nous avons rappelé quelques évidences à ces charmantes personnes. D'une part, que nous les enjoignons à réclamer des modalités de décompte du temps de travail similaires pour l'ensemble des praticiens, ce qui constituerait un élément d'attractivité important, pour les jeunes notamment. D'autre part, nous avons insisté sur le fait que l'activité des urgentistes avait une spécificité unique à l'hôpital : leur activité était au maximum au moment où tout le reste de l'hôpital fonctionnait au ralenti, à savoir le soir, la nuit, les week-ends et les jours fériés. De plus, le travail posté était la norme, alors que dans les autres spécialités c'était plutôt l'exception. Ces contraintes particulières expliquaient notre revendication sur le décompte en heures du temps de travail.

De fait, notre argumentation a porté puisque le rapport du sénateur Le Menn sur l'attractivité des postes de médecins hospitaliers rédigé à la demande de la Ministre (cf. article page 5) a salué

notre accord et le prend pour exemple pour avancer ses propositions.

Les perspectives

L'application du protocole est impérative pour maintenir les effectifs d'urgentistes en place et attirer des jeunes. Dans le cas contraire, les défections risquent de se multiplier et les fermetures de services pour manque de médecins de se multiplier. L'enjeu est essentiel pour les hôpitaux car la fermeture même partielle d'un service d'urgence influe fortement sur le recrutement de l'hôpital et peut mettre son existence en danger.

Il est également nécessaire de former plus d'urgentistes, les candidats sont là mais les universitaires bloquent le nombre de postes ouverts. (Pour exemple : 80 candidats en région PACA et 20 places ouvertes en DESC). Nous demandons que les ARS, en lien avec les doyens des facultés de médecine, évaluent les besoins sur les années à venir et adaptent le nombre de postes au DESC en conséquence. Il est également nécessaire que des postes définis comme prioritaires soient offerts aux internes en fin de cursus avec une allocation financière et une garantie d'embauche immédiate sur un poste de PH titulaire.

Nous refusons la création du DES de médecine d'urgence qui n'est pas la solution pour répondre aux besoins. La motivation est uniquement celle d'hospitalo-universitaires qui veulent plus de postes de PU-PH. La France est le pays d'Europe où le nombre de spécialités est le plus élevé. Il est nécessaire de le réduire afin de pouvoir acquérir des compétences au sein de grande spécialités qui peuvent changer au cours de la carrière.

Nous proposons également de constituer des équipes territoriales d'urgentistes afin de maintenir les urgences de proximité. Il ne reste plus aujourd'hui en France que 650 services d'urgences et 350 SMUR, il s'agit du seuil en dessous duquel il ne faut pas descendre au risque de mettre la population en danger. La diversité de nos territoires est une richesse qui fait de la



France le premier pays en terme de fréquentation touristique, mais elle implique de maintenir un service public hospitalier, y compris dans les zones de faible densité de population. Pour cela, seules des équipes territoriales suffisamment nombreuses pourront assurer la continuité du service. Ce type d'exercice peut également être motivant pour les praticiens qui auront à exercer à la fois sur des sites à faible activité, mais isolés, et sur des sites disposant d'un plateau technique important et à forte activité.

INFO DERNIERE

La Fédération Hospitalière de France, notamment les représentants des conférences de présidents de CME ont pris la décision le 24 septembre de contester en Conseil d'Etat les nouvelles modalités de décompte du temps de travail des urgentistes.

Cette position pose le problème de la légitimité de cette institution censée représenter l'ensemble de la communauté hospitalière. Les urgentistes en serait-il exclus ? Par ailleurs, ce protocole ne représente que l'application des normes européennes en ce qui concerne le temps de travail. La FHF serait-elle au-dessus des lois françaises et européennes ?

Ce combat d'arrière-garde remet en cause le mode d'élection des présidents de CME et implique l'application d'une vraie démocratie à l'hôpital : un homme, une voix.

En guise de conclusion provisoire

L'évolution obtenue par les urgentistes pose le problème du décompte du temps de travail de l'ensemble des médecins hospitaliers. Certains collègues d'autres spécialités l'ont bien compris et espèrent des évolutions allant dans le même sens. Il est bon de rappeler que dans de nombreuses entreprises, le temps de travail des cadres est décompté en heures sur une base déclarative journalière individuelle afin de respecter les bornes maximales et éviter les abus. Il est temps que le droit du travail entre à l'hôpital et que les médecins hospitaliers soient considérés comme les autres salariés avec les mêmes devoirs mais aussi les mêmes droits.

▶ LE RAPPORT LE MENN

... Face à la pénurie de médecins hospitaliers, la Ministre de la santé a demandé à Jacky Le Menn, ancien sénateur et ancien directeur d'hôpital, de lui faire des propositions pour renforcer l'attractivité des carrières hospitalières. La CGT a été auditionnée et a fait état de ses propositions (cf. Infos Médecins n° 7 disponible sur le site www.sante.cgt.fr)

Jacky Le Menn a remis son rapport en juillet. Il n'a pas été rendu public, mais la presse spécialisée s'est fait l'écho d'un certain nombre des 57 propositions qu'il contient.

→ Rendre l'hôpital public plus attractif

Les praticiens en début de carrière devraient être mieux payés. Objectif : inciter les jeunes à suivre la voie du public. Cela passe par une augmentation de 1 000 euros du salaire des débutants, puis des hausses progressives pour les cinq premiers échelons (+ 2 000 € dès le troisième). Les années d'internat devraient également être prises en compte à hauteur de 50% dans l'ancienneté. Le rapport préconise la création d'une nouvelle prime : la prime de solidarité territoriale, qui se compose d'une part fixe d'équipe (100 € nets mensuels) et d'une part individuelle (supérieure aux 415 € de l'actuelle indemnité d'exercice multi-établissement). Dans cette même optique, la prime d'indemnité d'engagement de service public exclusif devrait être revalorisée.

→ Améliorer la qualité de vie au travail

L'attractivité passe aussi par le bien-être au travail. L'expert propose d'améliorer la qualité de vie à l'hôpital. Renforcer la représentation du personnel médical au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), renforcer le lien entre qualité de vie et qualité des soins, développer un management de proximité, ouvrir le Comité de Gestion des Oeuvres Sociales aux praticiens, permettre l'accueil des enfants de praticiens dans des crèches ou encore développer la pratique d'une activité physique pour les personnels sont autant de mesures envisagées.

→ Encourager la mobilité et la mutualisation

Concernant l'organisation du temps de travail, le rapport encourage l'extension de l'accord passé entre le Gouvernement et les

urgentistes aux autres praticiens. Le nouveau décompte du temps, en volume horaire et non en demi-journée, pourrait ainsi être étendu à d'autres professions, si elles en font la demande. Plus de souplesse et de mobilité, c'est aussi l'objectif de la création des «pools» de médecins titulaires volontaires, créés et rémunérés par des groupements hospitaliers de territoire (GHT), moyennant une sur-rémunération de 1 000 € nets mensuels versée au praticien. L'idée étant également de plafonner le recours à l'intérim. Enfin, le rapport propose la création d'un comité régional des urgences auprès de chaque ARS, afin d'assurer une concertation d'ensemble performante entre les différents services d'urgence.

SAUVER L'HOPITAL PUBLIC ...



Fidèle costar

Jacky Le Menn préconise une mise en place de ces mesures, pour l'heure non chiffrées, étalée sur cinq exercices budgétaires, priorité étant donnée aux zones de tension.

La Ministre de la santé a indiqué qu'elle communiquerait dans les semaines à venir pour indiquer les pistes de travail qu'elle retenait.

► LES GHT DANS LE PROJET DE LOI DE SANTÉ : POURQUOI NOUS SOMMES OPPOSÉS À CE PROJET

❖ Le concept de GHT fait suite à ceux, introduits dans la loi HPST en 2009, de Communauté Hospitalière de territoire (CHT), qu'il remplace, et de Groupement de Coopération Sanitaire (GCS). La mission Hubert-Martineau a été chargée en décembre 2014 de présenter une première mouture de ce qui est présenté par le Ministère comme la double volonté de maillage des territoires de santé par l'établissement de projets médicaux communs aux différents établissements publics de santé (EPS), et de mutualisation horizontale de fonctions et de personnels (système d'information, formation, achats, etc.). Leur mise en œuvre devrait intervenir en juillet 2016.

Nous ne pouvons qu'approuver l'idée de mise en commun, à l'échelle d'un territoire de santé dont les limites restent à définir, de projets médicaux dont la définition repose actuellement souvent sur des particularismes et des pouvoirs locaux, ou une vision comptable par l'activité, plus que sur une stratégie basée sur les besoins de la population.

Toutefois, les premières annonces de la mission Hubert-Martineau, les amendements votés à l'Assemblée nationale et au Sénat, et le flou soigneusement entretenu sur certaines problématiques, laissent malheureusement mal augurer des ressorts et des objectifs de cette mise en place.

1) La gouvernance des GHT : qui et comment ?

Les GHT seront définis par une convention entre les EPS d'un territoire, signée après l'élaboration d'un « projet médical partagé » et l'association à un CHU pour les activités hospitalo-universitaires. Les conditions d'élaboration de la convention seront définies par décret ultérieur, donc potentiellement variables au gré des besoins ministériels.

Ne nous y trompons pas, cette association forcée sur un territoire (dans la loi, les GHT seraient obligatoires) n'a pas pour but de limiter la concurrence entre les différentes structures présentes sur le territoire, ni même un rééquilibrage au profit du public. La FHP (Fédération de l'hospitalisation privée) ne s'y est pas trompée, qui, estimant que les GHT seront des « aspirateurs à financement », appelle à créer en parallèle des « GHT privés ». Et même s'il n'est pas prévu pour l'instant que le privé puisse participer à la gouvernance des GHT, rien n'interdit une évolution ultérieure. Enfin, la création de GHT ne remet pas en cause la possibilité de GCS (Groupements de

coopération sanitaire) entre établissements publics et privés, véritables chevaux de Troie du privé lucratif.

Il a été discuté deux modes de gouvernance des GHT. Soit la désignation d'un « établissement support » du GHT, mais cela introduira un déséquilibre supplémentaire entre les établissements, et permettra aux ARS d'intervenir plus directement encore dans le pilotage et la répartition des moyens. Soit la dotation de la personnalité morale aux GHT, leur permettant de devenir un établissement à part entière (donc employeur), ajoutant une couche supplémentaire au mille-feuille de la gestion : pôles, EPS, GHT, ARS.

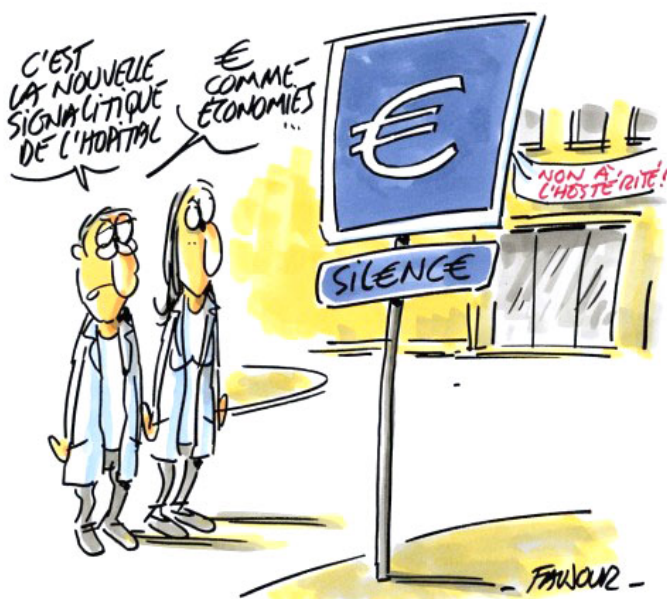
2) Adaptation aux besoins ou mutualisation des moyens ?

Le fonctionnement d'un GHT impose une trésorerie commune aux différentes structures participantes, une gestion mutualisée des ressources humaines, une connexion des systèmes d'information, un partage des services techniques et un regroupement des services médico-techniques, et probablement des pharmacies. Cette source de difficultés, mais aussi d'économies substantielles, pourra-t-elle prendre le pas sur la fonction de régulation territoriale des moyens, et le projet médical commun ? Le seul régulateur étant l'ARS, et les structures opérant dans le cadre contraint de l'ONDAM, il y a fort à parier que l'optimisation comptable deviendra (ou restera) rapidement le facteur dominant. L'exemple des fusions d'établissements ou de services, largement critiquées ces dernières années par nombre de rapports, aurait dû inciter à mettre en place des garde-fous, hélas inexistantes. Les incantations à l'égalité d'accès aux soins et à la qualité des soins

pèseront peu, dans ces structures géantes, devant le souci d'efficacité et d'équilibre comptable obtenus par une mutualisation forcée.

3) GHT versus établissements de santé : la contrainte par corps ?

La solidarité financière entre établissements, qui peut permettre effectivement le maintien de petites structures localement ou régionalement nécessaires, est à double tranchant. Le projet médical du GHT devra se conformer au schéma général d'organisation des soins décidé par les ARS ; même s'il n'est pas prévu de contrainte similaire pour les projets d'établissement, il est clair que la marge de manœuvre des établissements participant au GHT sera réduite, sous l'effet conjugué du projet médical partagé, de la gestion commune d'un certain nombre de ressources, et de la nécessaire coordination des plans d'équipement ; la gouvernance de l'établissement deviendrait alors de plus en plus fictive, sa marge d'investissement nulle.



4) Les GHT employeurs et la fin des statuts ?

La loi introduit la possibilité de faire du GHT une personnalité morale, à l'instar des établissements de santé ; ceci imposerait la mise en place d'instances de représentation (CME, CHSCT, CE, etc.), mais aussi la possibilité d'embauches directes d'équipes médicales ou paramédicales, comme d'équipes techniques ou administratives. Cette possibilité a été concrètement discutée à l'Assemblée nationale, avec la publication régionale de postes d'équipes

médicales (et sans doute paramédicales à terme) issus du projet médical commun ; elle comporte évidemment le risque majeur de disparition des statuts actuels, du public comme du privé non lucratif (ESPIC, CLCC, etc.), avec comme corollaire l'individualisation du rapport à l'employeur et des salaires, et la perte de l'indépendance des médecins.

5) La spécificité de la psychiatrie appelée à disparaître ?

Le projet de loi impose clairement des GHT non basés sur des filières ou des spécialités, mais sur un parcours de soins et une vision territoriale ; en particulier, les établissements de psychiatrie, dont l'individualisation et l'organisation spécifique en secteurs ont permis la construction d'un type de prise en charge unanimement reconnu, seraient invités à rejoindre des GHT multi-spécialités, fondant ainsi la psychiatrie dans un parcours global du patient, mettant de côté la spécificité du travail de proximité et d'insertion.

En résumé :

Oui à la logique d'une coordination des projets médicaux sur un territoire de santé, à un schéma régional basé sur les besoins du bassin de population, à la mutualisation des investissements lourds, à un équilibre global permettant le maintien de petites structures de proximité, parfois au moyen d'équipes médicales territorialisées.

Mais non à la mise en place sans garde-fous de structures géantes, permettant une mutualisation des moyens et des effectifs sans limite, et axées sur une rentabilisation et une efficacité encore accentuées, sans moyens supplémentaires, et au risque de la disparition des statuts actuels des personnels.

Pour ces raisons, nous nous sommes prononcés contre la création des GHT telle qu'elle est conçue dans le projet de loi de santé 2015. ■

UN CHEF DE SERVICE CONDAMNÉ PAR L'ORDRE DES MÉDECINS À UNE INTERDICTION D'EXERCER LA MÉDECINE PENDANT DURÉE DE 1 MOIS AVEC SURSIS EN RAISON DE SON COMPORTEMENT ENVERS UN CONFRÈRE DE SON SERVICE

La chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins a confirmé le 1 septembre 2015 la sanction d'interdiction d'exercer la médecine pendant une durée de 1 mois avec sursis à l'encontre du docteur PJ, exerçant en tant que chef de service dans un ESPIC parisien (hôpital privé à but non lucratif).

Le manquement à la confraternité et la violation du secret médical sont les 2 motifs de la sanction qui fait suite à la plainte du Dr JB, recruté en 2009 en tant que médecin adjoint, puis licencié le 2 avril 2013.

A l'heure où certains chefs de service, encouragés par leur direction d'hôpitaux, oublient que le respect du Code du travail ne les dispensent pas de se soumettre au Code de déontologie, il nous semble important d'analyser les motifs de la sanction prononcée à l'encontre de notre confrère le Dr PJ.

1. Manquement au devoir de confraternité

Motif : le Dr PJ avait par des écrits, tenu des propos de tonalité blessante et menaçante envers son confrère et n'avait jamais eu d'entretien en tête à tête avec lui au sujet de ses griefs. Elle n'avait pas non plus recherché les voies d'une conciliation auprès des membres de la communauté médicale de son hôpital ni du conseil de l'Ordre.

Article R.4127-56 du code de la santé publique « les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'Ordre. Les médecins se doivent assistance dans l'adversité »

Commentaires : en cas de conflit avec un confrère, chercher une conciliation en alertant la CME de votre établissement et/ou le Conseil de l'Ordre des médecins est une obligation.

Ce n'est pas parce que le licenciement du Dr JB avait été effectué par le directeur de l'hôpital que le Dr PJ, son supérieur hiérarchique, était dispensé du respect du code de déontologie. La procédure ordinale est à ce titre totalement indépendante de la procédure prud'homale ou administrative qui peut opposer le salarié à son employeur.

Il est également utile de contacter le service de médecine du travail et les délégués du personnel.

2. Violation du secret médical

Motif : le Dr PJ avait adressé un courriel au Dr JB lui reprochant la mauvaise tenue d'un dossier d'une patiente nommément désignée, courriel dont elle avait adressé une copie à la DRH de son hôpital.

Article R.4127-4 du code de la santé publique : « le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi »

Article L110-4 3^{ème} alinéa : les exceptions prévues par l'article L110-4 ne peuvent bénéficier qu'à « 2 ou plusieurs professionnels de santé(...) en vue d'assurer la continuité des soins ou la meilleure prise en charge sanitaire de cette personne »

Commentaires : Le secret médical ne peut donc être partagé avec des membres de l'administration d'un hôpital.

Cet arrêt confirme le rappel du l'Ordre des Médecins régional et national dans l'affaire Dr Tanquerel/hôpital de Saint Malo.

L'hôpital de Saint Malo avait missionné une société externe spécialisée dans le codage des dossiers de patients, or les techniciens de cette société externe n'étaient pas autorisés à avoir accès aux dossiers médicaux puisque « seules les personnes ayant la qualité de professionnel de santé, et qui participent à la prise en charge des patients sont autorisées, sous réserve de la non-opposition du patient, à accéder aux données de santé à caractère personnel ».

Conclusion :

- En cas de conflit opposant des médecins, la confraternité les contraint à chercher une conciliation via l'Ordre et/ou la CME des établissements de santé. Cette conciliation peut résoudre des conflits avant d'arriver à des situations douloureuses pour les 2 parties (en l'espèce, un licenciement pour le médecin adjoint et une sanction de l'Ordre pour manquement au code de déontologie pour le chef de service).
- Le respect du secret médical est impératif. Un médecin ne peut s'y soustraire et communiquer des données de santé nominatives à l'administration de son hôpital.
- En cas de différend avec un supérieur hiérarchique et/ou avec votre employeur, nous vous conseillons d'alerter rapidement les délégués du personnel et/ou le collectif afin de bénéficier de conseils adaptés à votre situation.

Nb : le docteur JB avait pu saisir directement l'Ordre des médecins pour non-respect du code de déontologie par son confrère parce qu'il exerçait dans un hôpital privé. En cas de conflit entre médecins dans l'exercice de leur fonction à l'hôpital public, la saisine directe est impossible. Le médecin plaignant doit saisir l'ARS, le préfet ou le ministère qui portera (ou pas) la plainte à l'Ordre. ■

MEDECINS REMPLACANTS : POURQUOI UN CONTRAT EST INDISPENSABLE

1. Remplacement dans le secteur libéral

En l'absence de contrat avec le médecin remplacé/l'établissement où vous travaillez, votre exercice de la médecine n'est pas illégal si vous êtes inscrit à l'Ordre des Médecins, mais il demeure irrégulier.

En effet, tout remplacement doit faire l'objet d'un contrat de remplacement en exercice libéral soumis au Conseil de l'Ordre pour validation.

En l'absence de contrat, l'assureur chez qui vous avez souscrit un contrat de Responsabilité Civile Professionnelle peut refuser de vous assister en cas de problème survenu lors de cet exercice irrégulier. Ceci est arrivé plusieurs fois à des collègues et a eu des conséquences fâcheuses.

Mais vous ne pouvez remplacer qu'un médecin absent... C'est probablement la raison pour laquelle certains cabinets dont l'activité s'accroît mais qui ne trouvent pas ou ne veulent pas de nouvel associé refusent d'établir des contrats de remplacement aux médecins qui travaillent pour eux. Ils pourraient cependant établir des contrats de collaborateurs salariés, mais il leur faudrait alors payer des charges sociales.

Les contrats de remplacements peuvent être établis pour plusieurs mois. Non seulement ils permettent de bénéficier de la couverture par votre RCP, mais comme tout contrat, ils établissent un engagement mutuel entre vous et le médecin remplacé. Si l'un des

contractants désire ultérieurement modifier un des termes du contrat (pourcentage de reversement ou durée du contrat -par exemple volonté de mettre fin au remplacement de façon anticipée), ceci ne peut être réalisé qu'après accord des parties et rédaction d'un avenant au dit contrat.

2. Remplacement dans le secteur public

La question de la couverture par une RCP est moins cruciale dans les établissements publics de santé puisque le personnel (titulaire ou intérimaire) y engage par ses fautes la responsabilité administrative de l'établissement, sauf faute détachable du service ou mise en cause de la responsabilité pénale.

Mais beaucoup d'établissements hospitaliers publics fonctionnent grâce au recours à des médecins remplaçants. Ces remplaçants coûtent cher. Certaines directions prennent uniquement des engagements oraux et ne font signer un contrat qu'à l'issue de la mission de remplacement. Certains remplaçants ont vu par conséquent leur mission annulée au dernier moment (l'hôpital ayant trouvé une autre solution) ou leur rémunération revue à la baisse sans recours possible.



Pour conclure, exigez de signer, dans le secteur public comme dans le secteur libéral, un contrat de remplacement avant le début de votre mission et envoyez-le à l'Ordre des médecins pour avis.



Bulletin de contact et de syndicalisation

Je souhaite prendre contact me syndiquer

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Email :

Fédération Santé et Action Sociale - Case 538 - 263 rue de Paris 93515 Montreuil CEDEX - ufmict@sante.cgt.fr - Tel : 01 55 82 87 57

