

## Comment les médecins hospitaliers peuvent-ils se faire entendre ?

Les syndicats corporatistes – CPH, Avenir Hospitalier, CMH et SNAM-HP – avaient annoncé un mouvement de grève des médecins hospitaliers pour le 14 octobre. Las ! Après une entrevue au Ministère, ils levaient ce dernier ayant soi-disant obtenu des « avancées ». De quoi s'agit-il ? Uniquement de la consultation de la CME avant la nomination des chefs de pôle par le Directeur d'établissement et d'une procédure particulière pour les établissements psychiatriques. Cette affaire montre bien ce que sont ces organisations : un rassemblement de chefs de service, provenant essentiellement du secteur de la psychiatrie. Leurs seuls objectifs se résument à des enjeux de pouvoir dont ils sont les premiers concernés.

Finalement, seul Avenir Hospitalier maintenait son mot d'ordre en modifiant ses revendications pour se rapprocher des préoccupations des praticiens hospitaliers pour se recentrer sur le décompte du temps de travail et la pénibilité. Cependant, ce mouvement a fait l'effet d'un pétard mouillé car s'appuyant sur les seules troupes de cet intersyndicat, à savoir les anesthésistes.

Il est vraiment dommage de constater que le repli catégoriel aboutisse finalement à un isolement et à un manque d'efficacité. En effet, la CGT, Avenir Hospitalier et la CPH avaient interpellé conjointement la Ministre de la santé pour demander l'intégration des médecins dans les CHSCT. Cette démarche s'appuyait sur le constat que les médecins sont des salarié-e-s comme les autres et ont également besoin d'être présent-e-s dans la seule instance représentative et disposant de certains pouvoirs concernant les conditions de travail. De plus, les médecins auraient pu s'inscrire dans la journée d'action du 16 octobre initiée par la

CGT pour la défense de la protection sociale et le retrait du projet de loi de santé.

Au lieu de revenir à leur vieux démons de « l'union » des syndicats catégoriels mariant la carpe et le lapin, il aurait été plus efficace de construire une alternative revendicative avec l'alliance AMUF-CGT, qui se situe elle sur un terrain ouvertement revendicatif et ne se complait pas dans un syndicalisme de salon inefficace.

Face aux restrictions budgétaires inscrites dans la Loi de finances de la sécurité sociale de 2015 et aux dangers contenus dans la future Loi de santé, les médecins hospitaliers ont tout intérêt à se rapprocher des organisations syndicales des personnels hospitaliers dont il font partie, au lieu de se complaire dans un isolement mortifère. Soyons sérieux ! Nous sommes tous dans le même bateau et nous devons ramer ensemble si nous voulons atteindre le bon port.



Dr Christophe Prudhomme  
 Coordinateur du collectif médecins  
 Fédération CGT de la Santé et de l'Action Sociale

### SOMMAIRE

- Polémiques sur les 35 heures, les RTT, le temps de travail : il est temps de clarifier ! p.2-3
- Le projet de loi de santé : une vaste imposture ! p.4-6
- Le projet de loi de santé consacre la disparition du secteur de psychiatrie p.7
- Médecins et cadres du secteur privé, soyez représentés : votez aux élections des instances représentatives du personnel ! p.7-8

## Polémiques sur les 35 heures, les RTT, le temps de travail : il est temps de clarifier !

Ces dernières semaines ont vu se succéder des attaques contre les 35 heures (Pierre Gattaz, président du MEDEF, le 24 septembre 2014), puis contre les RTT (Frédéric Valletoux, président de la FHF, représentant les hôpitaux publics, le 18 septembre 2014). Dans le même temps, certaines directions hospitalières tentent de réduire par des accords locaux les droits des salariés aux 35 h ou aux RTT (cf. conflit de l'hôpital Paul Guiraud de Villejuif), tout en essayant de généraliser le passage des équipes soignantes aux 12 heures journalières.

### Les 35 heures hebdomadaires sont-elles la source des désorganisations des hôpitaux publics ?

Certainement pas ! La mise en place de la semaine de 35 heures (en 2000), et de 32h30 pour les équipes de nuit (en 2004), aurait mathématiquement dû générer en compensation 10% d'emplois supplémentaires, soit environ 80.000 emplois dans le secteur public hospitalier; les contraintes d'organisation en équipes, et la volonté clairement affichée de limiter le nombre de créations d'emplois, ont conduit à compenser une part de cette réduction du temps de travail par des jours de repos supplémentaires, les RTT ; le nombre total de créations d'emplois liés aux 35h n'a pas dépassé 32.000 ; parmi elles, on est très loin des 5000 créations de postes de praticiens hospitaliers espérées, qui se sont souvent soldées par des postes de statut précaire.

**Conséquences ? Une organisation du travail à flux tendu permanent, un déficit de personnel, une planification difficile, qui se retrouve jusque dans l'impossibilité de bénéficier des RTT, et la création des Comptes Epargne Temps (CET) en 2002 pour les thésauriser. Cette accumulation devenant une véritable bombe à retardement pour les hôpitaux.**

About du compte, (comme le note par ailleurs cette fois-ci justement la FHF), la mise en place des 35h ne s'est pas soldée par une baisse de la pénibilité, ni de l'absentéisme. En outre, en imposant des solutions transitoires aux déficits chroniques d'effectifs, comme le recours à l'intérim (67 M€ en 2011), elle grève lourdement les finances hospitalières.

Ce n'est donc pas la mise en place des 35 heures qui est la source des problèmes d'organisation du travail et d'effectifs dans les hôpitaux, mais bien l'inverse : le manque d'effectifs fait de toute mesure d'amélioration des conditions de travail une source de désorganisation !

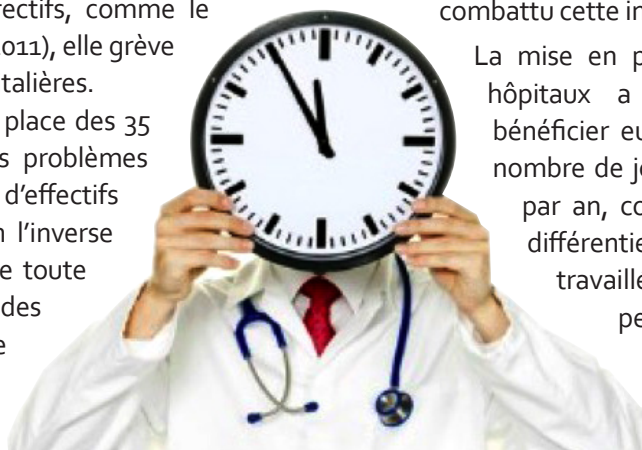
### Pourquoi les médecins bénéficient-ils de jours de RTT ?

L'épineuse question du temps de travail des médecins hospitaliers résulte d'un flou soigneusement entretenu dans sa définition.

Le statut de praticien hospitalier, par exemple, impose un temps de travail hebdomadaire de 10 demi-journées, sans précision sur la durée de la demi-journée ; par ailleurs, la réglementation européenne, avec laquelle la France a dû récemment se mettre en conformité (avec une grande inertie), limite à un maximum de 48 heures ce temps de travail hebdomadaire ; le temps effectué au-delà de ces 48 heures (temps additionnel) doit faire l'objet d'un contrat (il ne peut donc pas être imposé unilatéralement), être rémunéré et récupéré. Enfin, la même réglementation (arrêté du 8 novembre 2013 et ordonnance du 31 mars 2014) impose un repos journalier de 11 heures minimum, sans dérogation possible, y compris après une astreinte opérationnelle, y compris après un travail hors obligations de service. Il s'agit ici de textes qui, même s'ils ont une incidence négative sur l'organisation des services, ont un rôle protecteur de la santé du praticien. Il s'agit en fait d'une simple application du droit commun du travail, auquel aucune profession n'a de raison d'échapper.

Certaines directions hospitalières en ont déduit que le temps de travail habituel des médecins devait être de 48 h hebdomadaires : plusieurs jugements ont largement combattu cette interprétation fallacieuse.

La mise en place des 35 heures dans les hôpitaux a permis aux médecins de bénéficier eux aussi de jours de RTT ; ce nombre de jours, une vingtaine en général par an, correspond très exactement au différentiel entre 35h théoriques et 39h travaillées, comme pour les autres personnels (4 heures par semaine pour 40 semaines travaillées par an en moyenne). Ce



calcul semble indiquer que les médecins hospitaliers sont eux aussi au régime des 35 heures hebdomadaires. Or, dans la pratique, le temps de travail d'un médecin est très largement supérieur, et il est difficile d'imaginer limiter arbitrairement ce temps de travail, quel que soit le service. Par contre, ces contraintes spécifiques doivent, pour respecter la réglementation, et bien entendu à visée de protection de la santé physique et mentale du praticien, faire l'objet de compensations.

### Comment compenser les contraintes sur le temps de travail ?

Les jours de RTT, comme la récupération du temps additionnel ou du temps d'astreinte, font partie des mesures de compensations. Dans les deux cas, il s'agit de mesures palliatives, dont l'effet est relativement illusoire si le praticien ne peut pas en bénéficier concrètement, et doit les verser sur un CET.

Le problème de fond est donc celui des effectifs, comme pour les personnels non-médicaux.

L'utilisation actuelle par les directions des hôpitaux, des effectifs comme variable d'ajustement budgétaire, ne peut conduire, pour les médecins comme pour les autres personnels, qu'à une dégradation des conditions de vie au travail, et partant, des risques psychosociaux.

Dans la plupart des services, le temps de travail

hebdomadaire des médecins est une conséquence directe de l'organisation et de la répartition de la charge de travail entre les praticiens. Celle-ci doit donc faire l'objet d'une négociation où sont impliqués tous les praticiens du service, en fonction des impératifs de service, mais aussi des souhaits des praticiens en termes de formation, d'enseignement, de recherche, etc. Le tableau de service doit être le reflet de l'accord entre praticiens.

Dans les services en continu ou à gardes (urgences, réa, chirurgie, etc.), le rythme de travail induit une pénibilité spécifique. Il est donc légitime de compenser cette pénibilité pour prévenir les conséquences sur la santé, soit en réduisant la durée hebdomadaire de travail (limitation de la pénibilité), soit en bonifiant les cotisations retraite afin de permettre un départ anticipé (compensation de la pénibilité), soit encore en alternant les périodes avec et sans pénibilité au cours de la carrière (par exemple par des valences d'enseignement ou de recherche).

### EN RÉSUMÉ : BONNE ORGANISATION DU TRAVAIL ET PRÉVENTION DES RISQUES POUR LA SANTÉ IMPOSENT DES EFFECTIFS EN NOMBRE SUFFISANT !



## LES REVENDICATIONS DE LA CGT

### Le temps de travail des médecins doit être clairement défini :

☞ Il doit être mesurable pour avoir une image des besoins réels en effectifs médicaux, avec une durée maximale pour la demi-journée (4h) et la journée (8h), et pour les services en continu, une division des 24 heures en 5 périodes (= 3 demi-journées pour la garde de semaine).

☞ Il doit être valorisé quelle que soit l'activité qu'il recouvre (clinique ou non clinique).

### Pour cela, nous proposons :

☞ Tous les médecins hospitaliers doivent bénéficier de tableaux de service et d'un relevé d'activité de rythme quadrimestriel. Une planification théorique hebdomadaire doit être réalisée ; la répartition de la charge de travail du service doit résulter d'un accord entre les praticiens.

☞ Le CHSCT doit être chargé du suivi de l'application de la réglementation du travail pour les médecins.

### Un certain nombre de règles de base doivent être impérativement respectées :

☞ Tout travail doit être rémunéré. Les astreintes doivent être incluses dans le temps de travail, donc dans les obligations de service, de même que l'activité réalisée le week-end sur les postes non à garde.

☞ Le temps de travail statutaire des médecins hospitaliers est

de 39 heures par semaine, les heures effectuées entre 39h et 48h (lissées sur un quadrimestre) doivent être compensées ou rémunérées comme heures supplémentaires, comme le prévoit le Code du Travail.

☞ Selon les besoins de leur unité, les praticiens peuvent être amenés à choisir une organisation en heures ou en demi-journées, mais ces dernières doivent faire l'objet d'une définition claire et bornée, respectant la définition précédente.

☞ Le temps de travail maximal hebdomadaire est de 48 heures, lissées sur un quadrimestre. Dans ces conditions, le temps additionnel, qui n'est que l'expression d'un déficit d'effectifs médicaux ou d'une organisation déficiente, n'a plus de raison d'être, et il doit faire l'objet de mesures dissuasives, voire de sanctions envers la structure hospitalière. La constatation d'un excédent de temps de travail sur les relevés d'activité doit conduire à un ajustement des effectifs.

Les postes à pénibilité spécifique (postes à travail continu, ou soumis à des risques particuliers) doivent donner lieu à une bonification pour la retraite :

☞ Validation d'un trimestre supplémentaire pour 100 gardes ou 200 astreintes.

☞ Doublement des points de retraite complémentaire IRCANTEC sur les indemnités de sujétion.

## Le projet de loi de santé : une vaste imposture !

Alors que le candidat Hollande avait annoncé l'abrogation de la loi Hôpital-Patients-Santé-Territoire (HPST), le projet de loi de santé non seulement ne modifie pas la logique de celle-ci mais en aggrave certains de ses effets les plus néfastes, comme le pouvoir sans partage des directeurs généraux des ARS. Par ailleurs, alors que cette loi est annoncée comme structurante, non seulement elle ne traite pas des principales difficultés de notre système de santé mais elle mélange des modalités d'organisation pour les hôpitaux publics avec des mesures de santé publique ponctuelles qui ne relèvent pas du même niveau. D'autre part, la mesure phare que représente la généralisation du tiers payant d'ici 2017 n'est qu'une mesure imparfaite face aux restes à charge qui s'accumulent. De plus, cette mesure ne sera complète que dans le cadre de la majorité issue des élections générales de 2017 ce qui fragilise encore l'annonce.

### Regardons quelques éléments du contenu...

**L'article 1** donne les grandes lignes de la conception de la politique de santé. Une première interrogation à lire que la politique de santé comprend « la prise en charge collective des conséquences financières et sociales de la maladie par le système de protection sociale » : pourquoi « collectif » et pas « solidaire » et pourquoi préciser la maladie, pas la maternité, le handicap...

« L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps » devient « L'organisation de parcours de santé coordonnés assurant l'accessibilité, la qualité la sécurité des services et produits de santé, ainsi que l'efficacité de leur utilisation en ambulatoire et en établissement, pour la population sur l'ensemble du territoire. »

### Le titre I concerne la prévention.

**Dans le chapitre « jeunes »**, il y a un vrai risque de « régionalisation » de la santé avec perte de l'égalité au plan national.

**L'article 3** concerne la contraception d'urgence : elle ouvre à la prescription par des infirmières (c'est sans doute bien en pratique, mais le débat est lancé sur les transferts de tâches, et pas forcément de la meilleure manière, puisque c'est pour faire face à la pénurie !).

**L'article 4** concerne la prévention de l'alcoolisme.

**L'article 5** concerne l'éducation nutritionnelle : il est d'une indigence notoire se contentant de proposer l'ajout de graphiques aux chiffres de composition nutritionnelle des aliments. Aucun moyens de contraintes en direction des groupes de l'agro-alimentaire.



### Le chapitre 2 a pour but de « soutenir et valoriser les initiatives des acteurs pour faciliter l'accès de chacun à la prévention et à la promotion de la santé »

**L'article 6** concerne les tests rapides diagnostiques des maladies transmissibles (SIDA) et les autotests : cela est discuté par les professionnels.

**Les articles 7 et 8** concernent les toxicomanies avec l'expérimentation des salles de consommation supervisées.

**Le chapitre 3** concerne les risques sanitaires liés à l'environnement. Ce chapitre est d'une indigence notable, puisqu'il se résume à l'amiante (article 10). L'article 9 n'étant que du vocabulaire.

### Le titre II concerne les parcours de santé.

**Le chapitre 1** porte sur la création d'un service territorial de santé au public : il ne s'agit plus de service public mais d'un service au public (cela a au moins l'avantage de ne pas être dans l'usurpation de vocabulaire). Il se résume à mieux coordonner, mieux informer les professionnels de l'existant et demander aux ARS d'être en soutien. Des questions se posent : quels sont les territoires ? Ceux des conférences de territoire (parfois une région entière) ou ceux des contrats locaux de santé, en général les territoires de premier recours ?

**Le chapitre 2** concerne l'accès aux soins de premier recours.

**L'article 14** concerne le numéro d'appel pour l'urgence avec des enjeux dans certaines zones pour SOS médecins !

**L'article 15** concerne les conventions entre la sécurité sociale et les médecins.

**L'article 16** concerne le financement des centres de santé.

### **Le chapitre 3 a pour but de lever les barrières financières à l'accès aux soins.**

**L'article 17** concerne le tiers payant, **L'article 18** institue des mesures contre les discriminations (si le tiers payant existe pour tous, les médecins auront moins de raison de ne plus vouloir prendre en charge de patients bénéficiant de la CMU!). **L'article 19** concerne l'aide à la complémentaire santé.

### **Le chapitre 4 concerne l'information et l'accompagnement des usagers.**

**L'article 20** crée un service public d'information des usagers. Son organisation pratique est renvoyée à un décret.

**L'article 21** ouvre expérimentation à l'accompagnement des maladies chroniques : rien ne garantit le caractère public des porteurs de projets !

**L'article 22** vise à culpabiliser les malades : ils sauront en sortant de l'hôpital combien ils ont « coûté » à la sécu !

**Le chapitre 5** vise à donner des outils aux professionnels pour assurer la coordination des soins, avec un article 23 indiquant que les malades doivent sortir de l'hôpital avec un courrier de liaison et un article 24 sur les conditions du partage du secret médical. mais surtout sur ce serpent de mer qu'est le DMP.

### **Le chapitre 6 a pour but d'ancrer l'hôpital dans son territoire.**

**L'article 25** ne remet en rien en cause le mélange public privé de la loi HPST, puisqu'il redéfinit les missions de l'hôpital public, tout en indiquant que les établissements privés peuvent assurer ces missions ! On se gargarise de mots, puisque les hôpitaux doivent prendre en charge les patients dans des délais raisonnables en lien avec leur état de santé et les hôpitaux participent au service territorial de santé !

**L'article 26** transforme les communautés hospitalières de territoire en groupement hospitalier de territoire, sans plus de garantie sur le contrôle démocratique, avec une ouverture vers le privé et renvoyant l'ensemble de l'application de ce chapitre à des décrets.

### **Le titre III veut innover pour garantir la pérennité de notre système de santé.**

**Le chapitre 1** vise à l'innovation sur la formation des professionnels mais ne me paraît que des aménagements de détails ! **L'article 27** concerne le DPC et **L'article 28** la formation des infirmières.

Le chapitre 2 concerne la préparation des métiers de demain.

**L'article 29** concerne les « pratiques avancées » et renvoie la question à des décrets.

**L'article 30** autorise la pratique des IVG médicamenteuses aux sage femmes.

**L'article 31** autorise les pharmaciens à pratiquer des vaccinations. **L'article 32** autorise les infirmières à prescrire des dérivés nicotiniques.

**L'article 33** tente de remédier à l'utilisation de médecins intérimaires, mais sans s'attaquer aux causes, le manque de professionnels, les salaires du privé !

### **Le chapitre 3 concerne le médicament :**

**L'article 34** remue du vent et l'article 35 s'attaque aux pénuries des médicaments essentiels, sans s'attaquer aux causes, le peu d'intérêt des labos pharmaceutiques pour les médicaments qui ne leur permettent pas de profits suffisants.

**L'article 36** concerne la recherche et me paraît très technique.

### **Le titre IV concerne le renforcement de l'efficacité des politiques de santé et la démocratie sanitaire.**

#### **Le chapitre 1 concerne le renforcement du rôle des agences**

**L'article 37** réécrit toute la partie du code de la santé publique consacrée à la planification régionale ; il y a des changements de vocabulaire ; les conseils territoriaux de santé remplacent les conférences de territoire, le projet régional de santé doit être en cohérence avec la stratégie nationale de santé ... mais entre les décrets qui doivent préciser et les décisions des directeurs d'ARS il est bien difficile de comprendre en quoi cet article est susceptible d'amener des améliorations. Il y a quelques perles de changement pour le changement comme la transformation des plans blancs élargis en plan départemental de mobilisation.

**L'article 38** concerne les vigilances sanitaires.

Le chapitre 2 concerne les relations entre l'état et l'assurance maladie.

**L'article 39** concerne la gestion du risque et

**L'article 40** concerne les négociations entre les professionnels et les caisses ; les centres de santé sont concernés.

#### **Le chapitre 3 vise à réformer le système d'agences sanitaires et l'article**

**41** a pour but d'autoriser le gouvernement à réformer par voie d'ordonnance sur des sujets aussi sensibles que l'EFS.

**Le chapitre 4 vise à renforcer les droits des usagers**

avec des mesurètes comme **l'article 43** créant une commission des usagers dans les établissements de santé, sans rôle décisionnel – le rôle des conseils de surveillance des hôpitaux, lui, n'est pas renforcé.

**l'article 44** a l'intérêt d'ouvrir la possibilité d'action de groupes.

**Le chapitre 5** crée les conditions d'un accès ouvert aux données de santé.

**Le chapitre 6 concerne le dialogue social,**

avec un **article 47** concernant la représentativité des organisations syndicales de médecins hospitaliers et un **article 48** l'organisation médicale à l'hôpital et dans les établissements d'hospitalisations privés. Le dialogue social avec le personnel non médical est ignoré, et l'amélioration du dialogue social avec les médecins bien en dessous des aspirations démocratiques !

**Le titre V concerne des mesures de simplification et d'harmonisation.**

**Les articles 49 à 53** autorisent le gouvernement à légiférer par ordonnance sur des sujets aussi variés et inquiétants que :

- ⇒ définir le régime des mises à disposition des agents des établissements publics de santé membres d'un groupement de coopération sanitaire ;
- ⇒ aménager la procédure de fusion entre les établissements publics de santé ;
- ⇒ modifier l'article L. 4351-1 du code de la santé publique pour préciser et simplifier les relations du manipulateur d'électroradiologie médicale avec les différents professionnels de santé ;

LA SANTÉ  
N'EST PAS UNE  
MARCHANDISE!



Il ne s'agit là que de quelques exemples d'une longue liste ! Concernant la psychiatrie, la logique néolibérale de la loi HPST continue réellement à s'appliquer, afin de faire correspondre qualité des soins et bonne gestion d'entreprise rentable au sein même du service public, sous le pilotage des ARS. C'est le caractère fondamental du secteur de psychiatrie public et généraliste qui est mis à mort, le secteur restant une mission parmi d'autres et conditionnelle. Ce texte est de ce point de vue exemplaire car il n'est qu'une série de mise sous conditions

: l'agrément d'un schéma de soin accepté par l'ARS, la décision des établissements d'en faire ou pas, et le parcours de santé du patient qui devient une « bonne » gestion de qualité et de sécurité de « bonnes pratiques », y compris de sa part. La psychiatrie sécuritaire de la loi du 5 juillet 2011 reste donc au centre des préoccupations de nos gouvernants. La psychiatrie ne devient plus qu'une activité de santé spécialisée, pas une action clinique généraliste avec le sujet en souffrance et son environnement

**Au total, c'est un projet de loi dans la continuité des logiques des lois des gouvernements de droite, dans un carcan financier très contraint et remettant en cause la solidarité de la protection sociale, renvoyant des aspects fondamentaux aux décrets futurs et donnant la possibilité au gouvernement de légiférer par ordonnance...**

**Un vrai et grand recul démocratique...**

**Info Flash Télémédecine : vive le marché !**

**La télémédecine peut améliorer l'accès aux soins de spécialité. C'est le cas en matière de prise en charge de l'accident vasculaire cérébral où chaque minute passée conditionne l'efficacité d'une éventuelle thrombolyse : un avis très rapide de spécialiste en neurovasculaire via une télé expertise est souhaitable.**

**Mais dans certaines spécialités, et particulièrement en radiologie, des hôpitaux publics ont, avec l'accord des ARS, passé des contrats de téléconsultation avec des sociétés privées à but lucratif. Il s'agit donc d'un transfert au privé de missions de service public. Ceci risque de dégrader la qualité (la consultation médicale ne peut être réduite à un acte technique, les médecins n'étant pas des ingénieurs de santé), et d'augmenter les coûts (via le paiement à l'acte).**

**le futur Service Public**



# Le projet de loi de sante consacre la disparition du secteur de psychiatrie

La loi de santé qui est annoncée propose une véritable déconstruction de la sectorisation psychiatrique .

La CGT avait déjà dénoncé l'incompatibilité des territoires de la loi HPST avec la notion de secteur. Le rapport du député ROBILIARD sur la psychiatrie l'avait d'ailleurs confirmé, tout en pointant l'intérêt de la sectorisation .

La politique de secteur, héritière du courant désaliéniste est la base de l'organisation de la psychiatrie publique à laquelle la majorité des psychiatres reste très attachée, même si on assiste à un retour à l'hospitalo-centrisme. La loi de 2011 sur les soins sous contraintes, inspirée par le discours sécuritaire de Sarkozy assimilant les fous à des criminels en puissance, a, de son côté, contribué au retour des pratiques de renfermement contre lesquelles luttait la sectorisation.

On ne peut donc qu'être inquiets de voir les dispositions de cette loi sécuritaire totalement intégrées à la future loi de santé.

**Certes les notions de soins de proximité et de continuité des soins, qui sont deux piliers de la sectorisation, sont reconnus mais cela n'a plus rien à voir avec la philosophie initiale du secteur pour plusieurs raisons :**

- ⇒ Le secteur ne sera plus la base organisationnelle de la psychiatrie publique.
- ⇒ Certains établissements « habilités en psychiatrie » pourront se voir confier des « missions de secteurs », qui seront donc offertes au privé le cas échéant. L'insistance sur les soins à domicile, comme référence de soins de proximité, est une porte ouverte à des projets d'hospitalisation à domicile que les cliniques privées ont dans leurs tiroirs.

⇒ De même, la continuité des soins est entendue comme la gestion d'un parcours de soins mais ne signifie plus une continuité relationnelle, pourtant si importante en psychiatrie, dans le suivi du patient par la même équipe, entre l'extra-hospitalier et l'intra-hospitalier .

⇒ Contrairement à l'unité voulue par la sectorisation, les différentes modalités de soins en psychiatrie extra- ou intra-hospitalières (avec une place particulière pour les hospitalisations sous contraintes) relèveront de projets et de procédures d'habilitation distincts, sous le contrôle omnipotent des ARS.

⇒ La santé mentale quant à elle n'aura plus une base sanitaire et hospitalière. Elle reposera sur les collectivités territoriales avec des objectifs où, au nom de la prévention, la place du contrôle social sera, à n'en pas douter, prévalente sur le soin.

⇒ En matière de prévention, la sectorisation avait contribué au développement de la pédopsychiatrie. Qu'en restera t-il ?

**L'unité du secteur disparaît donc officiellement comme base d'organisation de la psychiatrie publique.**

Le secteur aurait pourtant pu être une source d'inspiration utile pour repenser les liens entre la médecine de ville et l'hôpital.

Cette politique tourne le dos aux besoins de la population et s'inspire d'une logique purement libérale. Sans se limiter au refus de cette loi, il est donc d'autant plus urgent pour la CGT d'exiger une grande loi pour la psychiatrie.

## Médecins et cadres du secteur privé, soyez représentés : votez aux élections des instances représentatives du personnel !

**L'hospitalisation privée à but non lucratif représente 65 000 lits et places (hors centres de lutte contre le cancer). Les Etablissements de Soins Privés sans Intérêt Commercial (ESPIC) en font partie. Leur gestion étant de droit privé, mais sous tutelle financière des ARS, ils sont le laboratoire de ce qui se prépare pour le secteur public de la Santé.**

Ils comprennent des structures de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), des établissements de Soins de Suite et de Rééducation (SSR), des structures de soins à domicile - tels les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) - et des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Les ESPIC sont pour la plupart signataires de conventions collectives ( CCN51: établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de

garde à but non lucratif, CCN 66 : établissements pour personnes inadaptées et handicapées, CCNT 65 : secteur sanitaire social et médicosocial...), un peu plus favorables aux salarié-e-s que le droit du travail. Beaucoup sont dénoncées par les directions et font l'objet de nouvelles négociations avec les syndicats. Dans ce contexte de renégociation des conventions collectives, et la loi HPST ayant accru le pouvoir des directeurs d'hôpitaux, il est urgent de rééquilibrer

les rapports de force entre directions et personnel médical, en élisant des médecins syndiqués CGT dans les instances représentatives du personnel (CE, CHSCT), ce qui n'est pas possible dans la fonction publique hospitalière.

### L'habitus médical

Les médecins non chefs de service ne sont pas préparés à contester le management de leurs supérieurs hiérarchiques, relais des orientations données par les directions des hôpitaux.

En voici quelques explications :

⇒ une époque récente où les chefs de service étaient des « mandarins » disposant d'un pouvoir étendu vis à vis de l'administration, une formation des médecins fondée sur le compagnonnage, une tradition et un code de déontologie enseignant le respect des maîtres, une origine sociale majoritairement issue de cadres et professions intellectuelles supérieures (45% des médecins ont des parents de ces catégories, selon l'étude de l'INSEE pour 2002-2006).

⇒ une féminisation continue de la profession et « le plafond de verre » : selon le CNOM, en janvier 2014, 49 % des médecins inscrits à l'Ordre sont des femmes. Celles-ci s'orientent davantage vers une activité salariée que les hommes et restent pourtant moins bien représentées qu'eux dans les chefferies de service.

### Les effets de la loi HPST sur les ESPIC

⇒ Le maintien de la tutelle financière des ARS, une CME dont les avis sont consultatifs, un pouvoir accru des directeurs d'hôpitaux, avec une gestion des effectifs plus « souple » que dans le public : licenciements individuels ou collectifs (plans sociaux) plus faciles. Les directeurs d'hôpitaux demandent aux chefs de service d'augmenter l'activité de leurs services en maîtrisant leurs dépenses en personnel.

⇒ Ces chefs de service sont recrutés sur des objectifs dont ils doivent rendre compte aux directions. Ils peuvent être récompensés par des primes quand ils les remplissent.

⇒ La contestation est parfois considérée comme une absence de loyauté envers les maîtres « patrons », les chefs de service continuant à se comporter en mandarins paternalistes alors qu'ils ont perdu l'essentiel de leur pouvoir. N'étant pas (ou peu) formés en droit du travail et en management, ils transmettent la pression des directions sur leur équipe médicale de façon parfois abusive, voire constitutive de harcèlement.

⇒ Sont particulièrement fragilisés dans leur position dans les ESPIC les CDD (parfois recrutés sur contrat d'objectif), les médecins à diplôme étranger, les spécialités médicales ayant moins de facilités à s'installer en libéral, les chefs de familles monoparentales, les femmes (liste non exhaustive)...

### De l'intérêt d'établir un rapport de force en utilisant les possibilités offertes par le syndicalisme


Les ESPIC sont des structures relevant du droit privé. A ce titre, les médecins appartiennent à la catégorie des cadres et participent aux élections des représentants syndicaux siégeant dans les instances représentatives du personnel (IRP). En participant aux élections des instances représentatives du personnel (CHSCT et CE), les médecins peuvent constituer un contre-pouvoir rendu nécessaire par les réformes de la Santé.

Les cadres médicotextiques, encore plus isolés que les médecins, en bénéficieraient également.

**Les représentants syndicaux ont un rôle majeur à jouer dans la prévention individuelle et collective des risques psycho-sociaux qui n'épargnent pas les médecins : le collectif des médecins CGT défend de nombreux confrères.** Les médecins élisent, comme dans les hôpitaux publics, leurs représentants en CME. Malheureusement, la composition des CME n'est pas représentative puisque les chefs de service y ont 50% des sièges, alors que les non chefs de service sont beaucoup plus nombreux. Mais les séances de CME peuvent être le lieu d'une prise de parole diffusée ensuite par procès verbal à l'ensemble des médecins/cadres de l'hôpital.

### Conclusion

**Les médecins ayant perdu beaucoup de leur pouvoir, un rééquilibrage du rapport de force directions/médecins-cadres via les actions des médecins non chefs de service (en CME, dans les IRP) est souhaitable. Les syndicats (CFDT, CFE-CGC, CFTC, FO) signent trop souvent des accords locaux défavorables aux cadres et aux médecins.**

 **Soyez représentés par un syndicat qui lutte pour le maintien de soins de qualité sans aggraver la souffrance au travail.**



**VOTEZ CGT (ET SOYEZ CANDIDATS) AUX ÉLECTIONS DES INSTANCES REPRÉSENTATIVES DU PERSONNEL !**



**ILS NE PENSENT QU'AUX SOUS !!!  
ON NE PENSE QU'AUX SOINS !!!**