



Le choix du Dr Valls : *la saignée pour l'hôpital !*



Les médecins libéraux croient pouvoir sauver leur pré carré en demandant le transfert de 20 milliards de dépenses de l'hôpital vers la ville. Ils oublient qu'ils sont de fait des salariés indirects de la Sécurité Sociale et que l'objectif est bien de diminuer les dépenses prises en charge par cette dernière au profit des assurances privées.

Du côté de la Fédération de l'Hospitalisation Privée, adhérente du MEDEF, tous les mensonges sont bons pour demander à récupérer des parts de marché. Les patients ne sont pas dupes, mais ne peuvent que subir les dépassements d'honoraires et la multiplication des frais hôteliers, pas toujours pris en charge par leurs mutuelles. Et, nous hospitaliers, nous connaissons bien la stratégie de sélection des pathologies et des patients rentables pratiquée par ces établissements.

Par ailleurs, rien n'est fait pour améliorer les conditions de travail à l'hôpital et on préfère regarder le problème par le petit bout de la lorgnette, avec les abus liés à l'intérim médical mais qui restent somme toute marginaux par rapport au nombre de postes de PH non pourvus. La question est bien de prendre des mesures pour améliorer

les conditions d'exercice afin de rendre ces postes attractifs. Dans ce cadre, la question du temps de travail et de la prise en compte de la pénibilité sont essentiels

Le dernier article de ce journal s'adresse aux plus jeunes et traite de la question du post-internat. Il s'agit là d'un enjeu majeur car les conditions de travail lors de cette période charnière constituent un élément majeur du choix de rester ou non à l'hôpital.

La nouvelle mode est de crier haro sur l'hôpital public !

Comme vous le lirez, l'actualité est riche et nécessite une implication encore plus importante des médecins hospitaliers au quotidien, avec les autres personnels, pour

défendre l'hôpital public et nos conditions de travail.

Dr Christophe Prudhomme
Commission exécutive
Fédération CGT de la Santé et de l'Action Sociale

SOMMAIRE

- Temps de travail et pénibilité :
le gouvernement nous mène en bateau ! p.2
- 11 milliards d'économies pour l'assurance
maladie... ou la saignée ! p.3 -4
- Post internat : hétérogénéité, pénibilité et
réforme à venir p.4-6

Temps de travail et pénibilité : *le gouvernement nous mène en bateau !*

Temps de travail

La circulaire d'application de l'arrêté du 8 novembre 2013 relatif à la permanence des soins à l'hôpital est parue récemment (http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2014/04/cir_38181.pdf). Si elle confirme que les déplacements en astreintes doivent être considérés comme du temps de travail effectif et donc être intégrés dans les obligations de service, elle ne répond pas complètement à l'injonction de la Commission Européenne sur le temps de travail. En effet, l'équivalence de 5 heures de travail de nuit pour le décompte d'une demi-journée ne respecte pas la législation. De fait, le temps de travail maximum est de 48 heures par semaine, or le statut de médecin hospitalier fixe les obligations de service à 10 demi-journées. Nous arrivons donc à 50 heures. Ce n'est pas sérieux !

Malheureusement l'alliance AMUF-CGT n'a pas été conviée à ces négociations et les intersyndicats catégoriels restent très ambigus sur la problématique du décompte du temps de travail.

Dans le même temps, nombreux sont ceux à s'accommoder du flou qui règne sur la question du décompte du temps de travail des médecins. En effet, dans trop d'hôpitaux, les tableaux de services ne sont pas toujours remplis ou alors ils ne le sont pas selon la législation en vigueur. Pourtant les directeurs d'hôpitaux les valident. Nous avons signalé au Ministère que ces derniers s'exposent ainsi judiciairement. En ce qui concerne le décompte du temps de travail, le directeur de Cognac a été condamné sur son interprétation fallacieuse du décompte du temps de travail, avec

du temps de travail négatif quand le praticien n'effectuait pas 48 heures.

Plus grave est la situation des directeurs qui paient des médecins sans vérification du travail effectué du fait de l'absence de tableaux de service validés. C'est notamment le cas à l'AP-HP dans 2/3 des services où des praticiens effectuent de l'activité privée. Dans ce cas, il est clair que la qualification de « mauvaise utilisation des fonds public » peut être opposée : en effet le directeur doit vérifier l'effectivité du travail avant de pouvoir déclencher le paiement d'un salaire !

Il est évident aujourd'hui qu'une clarification du décompte du temps de travail des médecins hospitaliers est une urgence pour pouvoir maintenir une attractivité des carrières.

Pénibilité

Après une première réunion le 3 mars avec la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS), silence radio ! Visiblement sur ce sujet sensible, le gouvernement ne semble pas pressé d'avancer...

Or la délégation AMUF-CGT a clairement exprimé le fait que les médecins doivent être traités comme les autres salariés et que les critères de pénibilité contenus dans le code du travail devaient être pris en compte. La question du travail de nuit, le week-end et les jours fériés est en effet incontournable dans nos métiers et nécessite d'être prise en compte.

Nos propositions ont le mérite de la clarté et sont simples à mettre en œuvre (cf. encadré ci-contre). Nous avons bien entendu posé la question de la rétroactivité et la réponse qui nous a été donnée, à savoir l'impossibilité de reconstitution des carrières, ne tient pas la route. Nos fiches de paie indiquent clairement les indemnités liées à ces activités et il est très facile de faire un décompte rétroactif du nombre de gardes et astreintes effectuées.

Pour l'instant, nos propositions sont sur la table mais aucune négociation n'est ouverte. Il est clair qu'une mobilisation sera sûrement nécessaire si nous voulons que ce dossier avance. ■



LES REVENDICATIONS DE LA CGT concernant la pénibilité

-  **Validation d'un trimestre pour 100 gardes ou 200 astreintes.**
-  **Doublement des points Ircantec sur les indemnités de sujétion.**

11 milliards d'économies pour l'assurance maladie ...ou la saignée !

→ Quelle est la justification de cet objectif ?

Il est toujours bon de rappeler que la Sécurité Sociale n'est pas en déficit mais que ses ressources sont insuffisantes. En effet au début des années 2000, la baisse du chômage avait permis d'équilibrer les comptes et aujourd'hui les économistes rappellent justement qu'une baisse du chômage de 1,5 millions permettrait d'annuler ce « déficit » du fait des rentrées de cotisations supplémentaires.

Les comptes de la sécurité sociale sont donc directement liés à la situation de l'emploi. Or depuis des années, les gouvernements successifs nous expliquent qu'il faut diminuer les « charges » des entreprises – c'est-à-dire les cotisations sociales – pour créer des emplois. Résultat, le chômage n'a cessé d'augmenter et les entreprises ont augmenté leurs marges, ce qui pourrait être un objectif si cela se traduisait par une augmentation des investissements, mais qui s'est en fait traduit par une augmentation des dividendes versés aux actionnaires.

Pour dénicher les raisons profondes de cette baisse des dépenses de santé remboursées par la sécurité sociale, il faut lire le dernier rapport du MEDEF sur ce thème. Il n'est pas question de baisser les dépenses de santé car elles participent à l'activité économique et à la production de richesses, et sont donc sources de profit. De fait la solution avancée par le patronat est limpide : ces 11 milliards devront être transférés sur les assurances complémentaires (en fait des sur-complémentaires et non pas la fameuse « mutuelle pour tous » chère à François Hollande) et sur le reste à charge des assurés.

Bref, un glissement progressif sur un système à l'américaine dont les conséquences sont redoutables pour la population avec un creusement massif des inégalités. Nos gouvernants devraient lire l'économiste de la santé Richard Wilkinson qui souligne preuves à l'appui que « les inégalités nuisent à tous, y compris aux plus aisés », notamment en matière de santé. Par ailleurs, le

classement des Etats-Unis en termes de santé de sa population confirme ce fait, puisque le pays le plus riche de la planète navigue vers la 35e place, alors que ses dépenses de santé sont de 50 % supérieures aux nôtres. Par contre, les marchands de la santé se frottent les mains dans un secteur où les marges sont très importantes.

→ Les solutions proposées ne sont pas réalistes

Les solutions mises actuellement sur la table relèvent de la méthode Coué. Le meilleur exemple est celui de la chirurgie ambulatoire qui permettrait soit disant de faire 5 milliards d'économies. D'un côté, la part de la chirurgie ambulatoire a déjà fortement augmenté dans de nombreux hôpitaux et les marges de progression sont donc faibles ; de l'autre, des gens aussi sérieux que les dirigeants de la Fédération hospitalière de France (FHF) avancent un chiffre de 500 millions d'euros d'économie au maximum. Par ailleurs, il faut savoir que si nous hospitalisons moins en chirurgie, il nous faut développer les services fort coûteux d'hospitalisation à domicile, et que nous manquons de lits de prise en charge pour les personnes âgées.

De plus, l'argumentation pour l'hôpital est en contradiction avec le discours général du gouvernement qui avance la nécessité de réformes structurelles, alors que la solution actuellement mise en œuvre est celle des « coups de rabot » dans le domaine de la santé, sans véritable stratégie d'ensemble. En effet, l'organisation de notre système de santé est en bout de course, avec d'un côté une médecine libérale avec une rémunération à l'acte, et de l'autre, un hôpital qui au fil du temps a été obligé de se substituer à la désorganisation du système, notamment au niveau des urgences. Sans remise à plat de cette organisation, les mesures n'atteindront pas l'objectif affiché mais par contre répondront à celui qui semble caché par le gouvernement et préconisé désormais très ouvertement par le MEDEF : réduire le service public et la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie (dont les ressources sont progressivement asséchées par la fameuse « réduction des charges »).

→ Quelles sont les alternatives ?

Au-delà d'une refonte de notre système de santé sur laquelle la CGT a avancé des propositions qui sont disponibles sur son site Internet (<http://www.cgt.fr/-Systeme-de-sante-les-propositions-.html>), des mesures financières immédiates sont nécessaires.

Les premières mesures concernent les frais financiers des hôpitaux, étranglés par les banques commerciales qui leur ont notamment vendu des emprunts dits toxiques. La FHF chiffre le surcoût de ces emprunts à 1,5 milliards d'euros. Nous proposons de renégocier ces emprunts et non pas, comme vient de le proposer le gouvernement, d'attribuer une enveloppe prise sur le budget de la sécurité sociale pour payer les banques. Il n'est pas acceptable de continuer à payer des taux qui frôlent les 15 % pour abonder les bénéfices de ces dernières.

Le volume des emprunts hospitaliers atteint actuellement 25 milliards d'euros et la charge de remboursement est devenue intenable pour de nombreux établissements. Certains doivent être recapitalisés et les emprunts transférés auprès d'un organisme de financement public adossé à la Caisse des dépôts. Cette revendication n'est pas irréaliste, elle correspond juste à un retour en arrière de 25 ans avec une maîtrise par l'Etat de ses investissements.



Cette maîtrise est d'autant plus importante au regard des partenariats public-privé, comme celui de l'hôpital Sud-Francilien, qui a finalement été racheté après avoir grassement rémunéré la filiale du groupe Eiffage qui était le maître d'œuvre. De nombreuses opérations de ce genre doivent être dénouées pour ne pas grever les fonds publics pour les 25 à 30 ans à venir.

Alors que les exonérations de cotisations sociales pleuvent sur les entreprises, les hôpitaux sont eux lourdement ponctionnés. La taxe sur les salaires frôle aujourd'hui les 3 milliards d'euros. Est-il logique que l'Etat reprenne d'une main ce qu'il donne de l'autre ?

Par ailleurs, alors que de nombreuses entreprises bénéficient d'exonérations sur la TVA, les hôpitaux, eux, la paient plein pot sur leurs investissements.

Voici donc quelques propositions qui montrent que l'argent existe et que la saignée que le gouvernement veut imposer à l'hôpital relève bien d'un choix politique : il s'agit de faire basculer la partie rentable de notre système de santé vers le secteur marchand et de réserver la sécurité sociale et l'hôpital à la charité publique. ■

Post-internat : *hétérogénéité, pénibilité et réforme à venir*

Le cadre général des études de médecine est bien balisé et identique pour tous : du concours de première année, au statut d'externe commun à l'ensemble des étudiants, jusqu'à l'apprentissage de sa spécialité au cours de l'internat avec un statut défini nationalement. Cependant, à la fin de l'internat, le post-internat est perçu par les internes comme une jungle de statuts différents. Peu d'internes se retrouvent dans ces différences mal connues, et la prise de poste se fait davantage au gré des rencontres

avec les médecins seniors et des possibilités de création de poste localement qu'après une réelle étude des statuts et des rémunérations offertes, qui mériteraient cependant d'être examinées de plus près !

→ La logique du post-internat

Le post-internat, qui n'a pas de définition juridique, recouvre un ensemble hétérogène répondant à plusieurs besoins : celui de l'interne d'obtenir un complément de formation et un apprentissage

de l'autonomie, mais également celui des établissements hospitaliers de la région. Il n'est pas obligatoire et ne peut survenir qu'après la validation du troisième cycle (DES), soutenance de la thèse de médecine et inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins. Le post-internat est choisi par les internes envisageant une carrière hospitalo-universitaire et pour ceux dont la formation nécessite un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire (DESC). Les internes se destinant à une carrière hospitalière font souvent le choix d'un post-internat. Ce complément de formation est également prisé car il donne accès au concours de PH de type I sur titres et travaux (au lieu d'un concours) et autorise l'exercice libéral en secteur 2 (à honoraires libres), sous réserve de deux années effectuées dans le même statut. Cette autorisation révèle d'ailleurs une ambivalence : alors qu'il s'agit de la voie logique d'un interne se destinant à une carrière hospitalo-universitaire, ce choix offre également des facilités d'installation en libéral avec dépassement d'honoraire... Deux choix qui semblent antinomiques pour la pratique future.

➔ Plusieurs cadres d'emploi avec des rémunérations et des statuts différents

Le post-internat regroupe les postes de Chef de Clinique des Universités-Assistant des Hôpitaux (CCA) mais aussi les postes d'Assistants Spécialistes des Hôpitaux qui peuvent être à temps partagé. Même si elles peuvent se recouper, les missions sont différentes et les rémunérations aussi (cf. tableau p.6). Des dispositifs locaux peuvent également exister en fonction des CHU (assistant recherche par exemple). Les internes optent parfois directement pour un poste de Praticien Hospitalier Contractuel (PHC) qui ne peut être proposé par les établissements que lorsqu'un poste est vacant ou pour des besoins temporaires. Les rémunérations sont supérieures à celles perçues pendant un post-internat mais les garanties sont moindres, notamment en termes de droits congés maladie par exemple, l'employeur n'étant pas tenu à réaliser la subrogation de salaire (perception des indemnités journalières de la Sécurité Sociale uniquement).

➔ Une période de précarité et de pénibilité

Selon le rapport de l'IGAS de 2010, une période de 5 ans en moyenne sépare l'inscription au Conseil de l'Ordre (en moyenne à 34 ans) de la nomination en tant que PH (en moyenne à 39 ans). Cette période « quasi systématique » selon l'IGAS est instable et soumise à une plus grande précarité, avec une pénibilité souvent subie dans l'attente d'un poste pérenne. Car les missions sont multiples : charge clinique importante, participation au système de gardes et astreinte (sans récupération prévue pour les CCA), encadrement des externes et des internes, enseignement à l'Université (avec correction des copies et surveillance des examens) et missions de recherche (quand il reste du temps pour s'y consacrer). Le manque de PH dans les hôpitaux contribue également à augmenter cette charge de travail, le CCA ou l'Assistant se retrouvant parfois à gérer lui-même le service. Par ailleurs, les besoins en postes de CCA ne sont pas couverts (stagnation du nombre de postes de CCA-AHU : 3 460 en 1998 et 3 600 en 2009) accroissant d'autant la charge d'enseignement, avec des disparités régionales et inter-spécialités.

➔ Modifications envisagées

Le post-internat constitue une main d'œuvre nécessaire au bon fonctionnement des services hospitaliers. Mais la masse salariale qu'il représente étant évaluée à 520 millions d'euros (80% étant financé par l'Assurance Maladie et le reste par le ministère de l'Enseignement Supérieur notamment pour les CCA), on comprend que les pouvoirs publics réfléchissent à une modification des statuts. L'une des pistes de réflexion est d'augmenter la durée des études de médecine (déjà longues...), par une année obligatoire intercalée entre l'internat et l'obtention du DES afin d'acquérir une « autonomie d'exercice ». Le risque est évidemment de voir la rémunération être calée sur le statut le moins avantageux : celle d'un interne de fin d'internat plutôt que sur celle d'un jeune senior... Par ailleurs, ce dispositif ne remettra pas en cause la fuite des médecins vers la pratique libérale qui est pourtant l'un des problèmes majeurs rencontré par le service publique hospitalier. ■

Les différents statuts ouverts pour le poste internat

	PERSONNEL UNIVERSITAIRE TEMPORAIRE	ASSISTANT SPECIALISTE	
Statut	Chef de Clinique des Universités- Assistant des Hôpitaux (CCA) Assistant Hospitalo-Universitaire (AHU)	Assistant Spécialiste des Hôpitaux	Assistant Spécialiste des Hôpitaux à temps partagé
Fonctions	Hospitalières et universitaires	Hospitalières	Hospitalières partagées : CHU + autre établissement hospitalier
Accords préalables	Demande du chef de service CHU Avis du conseil d'UFR et de la CME	Demande du chef de service et avis du président de la CME (si CHU)	Décision du directeur de l'ARS
Recrutement	Décision conjointe du Directeur d'UFR et du Directeur Général du CHU	Contrat avec le directeur d'établissement	Contrat avec les directeurs d'établissement
Durée du contrat	2 ans renouvelable 2 fois 1 an (maximum 4 ans)	2 ans renouvelables (maximum 6 ans)	2 ans
Emploi du temps	11 demi-journées par semaine (soins, enseignement, recherche)	10 demi-journées/ semaine dans l'établissement	10 demi-journées/ semaine partagées entre 2 établissements
Financement	UFR de Médecine et CHU	Etablissement	50 % établissement ; 50 % Ministère (enveloppe spécifique) et ARS



cgf UFMICT



Une force
à vos côtés



Bulletin de contact et de syndicalisation

Je souhaite prendre contact me syndiquer

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Email :

Entreprise (nom et adresse) :

Vous pouvez aussi adhérer en ligne sur www.cgt.fr

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