



INFOS MEDECINS

LE DIALOGUE SOCIAL, **CE DOIT ETRE MAINTENANT !**

Sommaire :

Edito P 1

Partenariat public Privé à Fontainebleau P 2

Praticiens hospitaliers : la loi HPST P 4

Conditions de travail des médecins hospitaliers, une histoire récente... P 5

Alors que de nombreux dossiers sont sur la table et nécessitent l'ouverture urgente de négociations, depuis le mois de juin, nos relations avec le nouveau Ministère de la santé ont porté exclusivement sur la question de la représentativité des organisations syndicales de médecins.

Cette situation ubuesque est héritée du précédent gouvernement qui avait organisé des élections professionnelles en décembre 2011 sans que soient définies préalablement des règles de représentativité.

Depuis, les organisations catégorielles intriguent pour que l'alliance CGT-AMUF n'obtienne pas une reconnaissance pleine et entière de sa représentativité. Elles ont visiblement peur que nous venions troubler le « syndicalisme de salon » instauré depuis plus de 20 ans qui, de compromis en compromis, a abouti à la situation de crise que nous connaissons aujourd'hui.

Au-delà de la problématique de la loi HPST et de la T2A, aucun des dossiers n'a avancé. En janvier, toutes les organisations se sont précipitées pour signer un « pseudo-accord » pour « régler le problème des CET », alors que tout le monde s'accordait à reconnaître qu'il s'agissait d'une manœuvre à visée électorale à la veille des élections présidentielles. Aujourd'hui, aucune des mesures contenues dans ce texte n'a trouvé un début d'application.

Il y a aujourd'hui urgence à ouvrir un véritable dialogue social avec le nouveau gouvernement. Les sujets ne manquent pas : temps de travail, prise en compte de la pénibilité, protection sociale, retraites, attractivité, CET... Bref, tout ce qui implique une mise à plat du statut de PH.

Nous avons été reçu par la Ministre et nous attendons une réponse. Nous espérons que la représentativité pleine et entière de l'alliance CGT-AMUF sera rapidement reconnue, afin que nous puissions rapidement nous mettre au travail.

Christophe Prudhomme
Animateur du collectif médecins

Partenariat Public - Privé hospitalier à Fontainebleau **OU** Chronique d'une privatisation annoncée ...

Depuis plus de dix ans, une vaste politique de privatisation de l'offre de soins publique est menée, utilisant tous les relais législatifs et institutionnels, nationaux et locaux pour affaiblir l'hôpital public au bénéfice des groupes privés de santé. Cette stratégie a été orchestrée en plusieurs étapes, avec différents acteurs, tantôt convaincus, tantôt opportunistes, mais ayant tous en commun un certain mépris de l'intérêt collectif, notamment en matière d'offre de soins publique. L'exemple seine et marnais illustre de manière presque caricaturale toute l'énergie dépensée pour mener à bien le démantèlement de l'hôpital public.

♦ Un projet de construction de « plateforme hospitalière » qui grève l'avenir de l'hôpital public :

Toutes les personnalités locales et nationales nous vantent sans cesse, par des propos sans valeur démonstrative, ce projet, qu'il s'agisse de la presse écrite, orale ou d'opérations de communication. Nous n'évoquons qu'une seule de ces déclarations toujours odieuses pour les hospitaliers : « *Ce beau projet... de restructuration de l'hôpital en pôle privé-public ayant connu une belle reconnaissance avec la visite du Président de la République... qui accorde son soutien sans faille au projet...* ». Ainsi s'exprime Frédéric Valletoux, Maire UMP de Fontainebleau et président de la FHF à l'occasion d'un déplacement à Fontainebleau le 5 mai 2011 de Nicolas Sarkozy qui visite la clinique privée délaissant l'hôpital et son personnel.

Le concept de « restructuration » imposé à l'hôpital veut faire croire à l'échec de son action et à son péril. Il a pour objectif de justifier sa sauvegarde par le partenariat public-privé qui l'obligera à supprimer des activités, fermer des services et réduire les personnels. Tout l'arsenal législatif mis en place depuis des années, la tarification à l'activité (T2A), la loi HPST de juillet 2009, la législation sur les coopérations (CHT, GIE, GCS...) laisse espérer aux promoteurs une "restructuration" en douceur.

En vérité cette construction de plateforme hospitalière cherche à

secourir la clinique privée en difficulté financière, incapable de se restructurer seule. Il s'agit pour celle-ci de s'accaparer les activités les plus favorables de l'hôpital au sens de la tarification (T2A), à savoir la chirurgie et certaines activités médicotechniques.

Préambule à ce partenariat, la fermeture de la chirurgie publique du centre hospitalier de Nemours

Une victime de ce partenariat est le Centre Hospitalier de Nemours. Il a dû abandonner ses activités chirurgicales, à la suite d'une mission de la MEAH (Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier) - devenue ANAP (Agence nationale d'appui à la Performance des établissements de santé et médico sociaux) - qui formalisa une convention (juillet 2006) en faveur de l'hôpital de Fontainebleau. Le rapport de la chambre Régionale de la Cour des comptes (2009) a dénoncé les déficits induits sur l'hôpital de Nemours par ces transferts d'activité.

Bien que tout soit orchestré pour masquer la véritable nature de ce projet, on assiste, parmi le personnel, la population, les médecins à une opposition contre celui-ci qui s'affirme chaque jour toujours plus.

♦ L'hôpital de Fontainebleau, établissement viable assurant sa mission d'offre de soins, ne mérite pas un tel traitement

D'importance moyenne, il dispose de 284 lits d'hospitalisation, un EHPAD de 240 lits. Plus de 100 médecins exercent avec des équipes compétentes

rassemblées autour des valeurs de service public (effectif de 1300 personnels en 2010), ainsi qu'une activité en croissance et de qualité reconnue est délivrée pour la population du territoire.

Position stratégique de l'hôpital dans l'offre chirurgicale territoriale

L'hôpital de Fontainebleau reste le dernier établissement du sud 77 à assurer une activité de chirurgie publique dans lequel une quinzaine de chirurgiens à temps plein travaillent dans les spécialités viscérale, orthopédie-traumatologie, gynécologie, ORL et ophtalmologie.

Des soins de qualité sont délivrés par de nombreux services en médecine, pédiatrie, réanimation, urgences, gériatrie, pharmacie, laboratoire de biologie médicale, imagerie médicale ...

Un exemple de partenariat public-public... possible

Le service d'imagerie médicale fort de 7 praticiens hospitaliers prévoit de recruter un 8ème radiologue pour participer à une équipe territoriale de radiologues publics et contribuer avec leurs collègues praticiens hospitaliers de Montereau et Nemours au fonctionnement d'une 2^e machine IRM installé au centre hospitalier de Montereau. La première machine du Sud 77 fonctionne depuis 2007 à Fontainebleau. Ce fait mérite d'être souligné : il montre la capacité des équipes publiques à s'organiser territorialement et que d'autres solutions que les partenariat public-privé sont possibles et efficaces.

Vouloir la reconstruction totale avec la clinique sur un autre terrain fait partie de la stratégie des promoteurs locaux

L'implantation actuelle de l'hôpital à proximité du centre de la ville sur un terrain (6 ha + 1,6 ha) autorise la construction sur place moins onéreuse de sa partie vétuste. Une étude (ICADE G3 2005) réalisée dans ce sens n'a jamais été débattue.

Reconstruire dans la continuité des modernisations successives est possible. Plusieurs constructions ont marqué la vie de l'hôpital : un important plateau technique central (1981), le pôle mère-enfant (1990), un bâtiment pour les consultations (2009-2010 — 800 000€) et la construction d'un bloc obstétrical et la rénovation du bloc opératoire (2011—3,5 Millions €).

L'objectif inavoué de construction d'une telle "plateforme hospitalière" est de faire disparaître l'hôpital public actuel.

Le projet de partenariat Public/Privé, son fonctionnement organisé autour d'un GCS organise la privatisation totale de l'offre de soin du territoire

Ce projet de « coopération » prévoit de regrouper les 2 personnes morales que sont le Centre Hospitalier et Salvia Santé, dans un Groupement de Coopération Sanitaire de moyen dit public, où tout l'effort d'investissement et de logistique de construction sera assuré par un financement public.

Concernant le fonctionnement, les décisions de gestion, investissement, emprunts, recrutement, activité de soins... seront votées selon la règle de l'unanimité. Le directeur de l'hôpital devra voter de concert avec le PDG de Salvia Santé, tout avis contraire d'un des partenaires sera un droit de blocage.

Le plus scandaleux dans cette affaire est que Salvia Santé ne sera intervenu en aucune manière dans l'effort d'investissement (121 millions) et de construction, sera en mesure de contrôler et diriger cette « plateforme » avec d'autres objectifs que ceux d'un hôpital public.

La viabilité financière d'un tel montage jamais discuté, est incertain. Aujourd'hui, toutes les études montrent que les partenariats public-privé sont moins efficaces. Par contre la répartition des activités privilégie la partie privée, dont l'objectif est de dégager des bénéfices pour rémunérer leurs actionnaires.

Une remise en cause des statuts est à craindre : toutes les nouvelles embauches et tous les départs à la retraite du personnel titulaire seront remplacés dans le cadre du GCS avec un statut de droit privé. Le statut de la fonction publique hospitalière qui

garantit l'indépendance du personnel soignant et de soigner en conscience est lourdement menacé.

Toutes les activités médicotechniques seront mutualisées : les promoteurs du projet, sans demander l'avis des équipes, se réjouissent "*des croisements, synergies, émulations qui permettront de maîtriser les coûts d'exploitation*". Cependant, comme c'est le plus souvent le cas, les plages d'activité privée avec dépassements d'honoraires seront privilégiées.

Le bloc opératoire et les services de chirurgie seront totalement mutualisés. Selon le projet, les nouveaux locaux déjà étroits doivent favoriser un flux de patients très supérieur pour le privé. Confinés moralement et physiquement le personnels et les chirurgiens publics exerceront dans des conditions difficiles et perdront toute indépendance, l'équipe publique sera démantelée à terme. Enfin, la stérilisation publique sera définitivement fermée avec ses pertes d'emploi. Les activités d'ophtalmologie, d'ORL seront fermées avec le départ à la retraite des praticiens qui ne seront pas remplacés. Par ailleurs, l'hôpital abandonne définitivement la chirurgie urologique, vasculaire... avec ses conséquences pour l'emploi et l'accès aux soins.

Des décisions qui préparent la mutualisation et la privatisation de l'activité chirurgicale hospitalière :

- Urologie : chaque jour l'hôpital reçoit aux urgences des patients nécessitant des interventions urologiques. Immanquablement, ils sont transférés vers la clinique privée après un bilan complet assuré par les équipes hospitalières en garde aux frais de l'hôpital.

- Chirurgie générale et orthopédie traumatologie : l'ARS d'Ile de France a décidé de fermer le bloc opératoire la nuit à Fontainebleau en janvier 2012 obligeant ses chirurgiens à aller à l'hôpital de Melun où la garde de nuit ne fonctionne plus depuis avril 2009, désorganisant ainsi la chirurgie publique sur Fontainebleau, alors même que la chirurgie de Melun doit être privatisée. Tout est fait pour mettre en péril le seul service de chirurgie public du sud 77.

En décembre 2011, 15 lits de chirurgie ont été fermés brutalement par la direction sur ordre de l'ARS, générant des difficultés lors des gardes pour hospitaliser les patients.

Enfin, alors que ce projet de partenariat public-privé ne connaît pour l'instant aucun début de réalisation, il interdit de fait tout recrutement par l'hôpital de praticiens spécialisés en ophtalmologie, ORL, urologie, ignorant les besoins de la population. De plus, l'hôpital est obligé, par différents prétextes, à réduire son offre de soin et respecter les termes du projet

médical avec Salvia Santé adopté en 2005, alors qu'il lui serait facile d'augmenter son activité pour mieux répondre aux besoins de la population.

Comment en est-on arrivé là ?

Ce projet de partenariat fut concocté par quelques uns dans le secret et l'opacité. Aucun débat avec l'ensemble du personnel dans les services, les syndicats, la population et leurs associations de défense, encore moins avec les élus locaux.

Dans l'hôpital les concepteurs se sont bien gardés de dévoiler la nature profonde de cette restructuration et l'ont dévoilé le moins possible dans les instances. Le discours fut et reste toujours le même: "*il n'y a pas d'autres solutions, on a pas le choix*" fidèle à la pensée unique de la rentabilité financière à tout prix, au détriment du développement de l'activité pourtant potentiellement élevée sur notre territoire.

Ainsi, l'opacité des discours et la lassitude aidant, la restructuration fut suivie par défaut. En 2007, la Commission Médicale d'Établissement a émis un vote favorable avec une majorité de 2/3. En revanche, le Comité Technique d'établissement, la même année, a émis un vote défavorable avec une large majorité. Le Conseil d'Administration présidé par le Maire de Fontainebleau a voté favorablement.

Ce projet sur Fontainebleau n'est pas le seul exemple, malheureusement d'autres restructurations se réalisent à Lagny-Jossigny, Melun, Provins, Forcilles qui vont toujours à l'encontre de l'intérêt général et de l'accès aux soins. Ces projets contraignent et pénalisent financièrement durement les familles.

REAGIR... NOS PROPOSITIONS

Une remise à plat de ces partenariats public privé doit s'organiser avec tous les partenaires pour confirmer :

- le rôle pivot des hôpitaux publics sur les territoires de santé ;
 - l'hôpital de plein exercice, indépendant pour une offre de proximité ;
 - les coopérations entre les hôpitaux publics excluant le secteur privé lucratif ;
 - que tout financement public d'un équipement, d'une construction... doit rester sous le contrôle du secteur public qui a la charge de la permanence des soins ;
- Les médecins libéraux, les spécialistes travaillant dans les groupes privés pourront alors rejoindre l'hôpital tout en garantissant leur indépendance comme pour les hospitaliers. Dans ces conditions, la rencontre des professionnels pourra être effective et fonctionnera dans l'intérêt général pour une meilleure crédibilité.

Jean-Michel Meck
Hôpital de Fontainebleau (77)

Praticiens hospitaliers : la loi HPST nous place en situation de dépendance vis-à-vis du directeur d'établissement.

Quels sont les contre-pouvoirs mobilisables ?

La loi HPST a transféré du Ministère de la santé aux directeurs des Établissements de soins l'affectation des praticiens hospitaliers dans les pôles, mais aussi leur « mise en recherche d'affectation » au département « PH » du Centre National de gestion (CNG), sur avis du président de la CME et du chef de pôle.

Depuis la mise en place de cette nouvelle organisation, la CGT est confrontée à un nombre croissant de dossiers posant des problèmes. Des exemples récents montrent une gestion inappropriée d'un certain nombre de cas, comme celui de cette demande de reconnaissance d'une « insuffisance professionnelle dans la gestion de l'urgence » et aussi « le relationnel avec les collaborateurs », ne trouvant rien à redire pour les autres fonctions médicales de ce praticien dans l'exercice de sa spécialité. Dans ce cas, le CNG avec l'IGAS sont parvenus à contourner selon la CGT, la définition exclusivement médicale ou psychiatrique de l'insuffisance professionnelle présente dans le statut.

Dans d'autres cas le département PH du CNG ne s'est pas montré avare d'accompagnement des directions d'hôpitaux, pour complaire à des volontés des directeurs et des chefs de pôle de se « débarrasser » d'un certain nombre de PH déclarés comme « indésirables ».

Dans le cadre de ces défenses, les représentants CGT constatent une poussée des actes d'autorité, voire de brutalité managériale incluant le harcèlement délibéré, la mise au placard de professionnels ainsi que des discriminations illégales. Très souvent – trop souvent ! – les chefs de pôle, peu au fait de ce que permet et ne permet pas le droit social, sont les initiateurs de ces procédures.

Le fait nouveau est que ces « tourmenteurs » se soucient de l'obligation légale de non-discrimination comme d'une guigne, tiennent le haut du pavé, peuvent rencontrer en leur qualité de chef de pôle un président de CME solidaire lui-même du directeur à qui il doit tout. Les arguments avancés sont condamnables au regard du droit commun, mais qu'importe : « Tu comprends, on doit pouvoir choisir ses collaborateurs », « Des collègues se sont plaints de ce médecin », « On ne peut pas travailler avec lui », etc.

L'étape d'inspection extérieure devait être obligatoire pour évaluer les rôles respectifs des qualifications et compétences du mis en cause, les problèmes de structure que ces boucs émissaires masquent souvent, les problèmes de défaut de définition claire des fonctions... sans parler du schéma fréquent des chefs de structure qui se comportent comme des notables moins assidus aux fonctions de routine que leurs victimes.

La loi HPST a exonéré les ARS des missions de contrôle autrefois exercées par les médecins des DDASS et des DRASS. La CGT considère que les médecins sont des agents comme les autres et doivent pouvoir faire appel à une expertise extérieure en cas de conflit local. Il s'agit que ces inspections permettent de faire le tri entre excès de pouvoir et problèmes de structure ou de compétence.

L'argument de « l'intérêt du service » est trop facile quand en fait il s'agit de harcèlement et de mise à l'index du collègue qui « dérange ». Il nous faut dès maintenant, faire savoir à nos directeurs et à leurs tutelles que, dans le privé comme dans le public, la jurisprudence met à la charge de l'employeur une véritable obligation de sécurité de résultat en matière de harcèlement moral et de non-discrimination.

En cas de souffrance au travail identifiée, il faut solliciter le CHSCT dont la champ couvre tous les salariés de l'établissement, y compris les médecins. Il faut rappeler que ses prérogatives légales sont supérieures à tous les avis et décisions, ainsi qu'au dessus des vœux et autres positionnements de la Commission Médicale d'Établissement ! Il faut par ailleurs savoir que nous pouvons également faire appel à l'Inspection du travail, qui siège de droit au CHSCT.

Il s'agit aujourd'hui de mettre fin au harcèlement, aux destructions de carrière en raison « de la personne », ainsi qu'aux manœuvres pour remplacer les vieux par des jeunes en les envoyant au CNG. Voici, quelques exemples particulièrement éclairants :

- démarches abusives de directeurs qui contraignent un collègue au **passage en commission de santé** dont l'intérêt est en l'espèce mis en doute y compris par le jury

convoqué par l'ARS,

- plusieurs cas de **mise en recherche d'affectation** refusées par la Commission nationale statutaire malgré l'acharnement des directions locales et d'un certain nombre de responsables médicaux ;

- acharnement fréquent avec **suspension des fonctions, et situation de sous-emploi délibéré pour pousser à la démission** ;

- importance des **mobiles non professionnels** et d'**arguments xénophobes** sans réaction des administrations hospitalières, ni des ARS.

Cependant, au Tribunal Administratif ou en Commission Nationale Statutaire, dès qu'un regard extérieur peut témoigner, les règles générales sont rappelées et souvent, le processus est brisé : nous commençons à avoir des exemples de décisions de justice en faveur des PH plaignants.

La loi HPST est en la matière régressive. En cas de litige portant sur le bien fondé des décisions du couple directeur/chef de pôle (et directoire), elle ne prévoit que la médiation par un membre d'une commission régionale statutaire qui n'a pour l'instant pas encore été mise en place. Pour la CGT, il convient d'étendre la **protection fonctionnelle** (obligation de financement du recours en justice par l'hôpital employeur) prévue par la loi aux médecins de la Fonction Publique Hospitalière.

Par ailleurs, il faut rappeler les dispositions de la circulaire du 21 nov 2011 qui précise les conditions dans lesquelles un contractuel peut ne pas être renouvelé, notamment l'encadrement par la notion de motif d'intérêt général et d'absence de détournement de pouvoir. Compte tenu de notre expérience de l'arbitraire des décisions dans cet autre domaine du recrutement médical, souvent porte d'entrée du futur PH, notre organisation demande la traduction de cette circulaire dans le statut hospitalier garanti par le Code de la santé publique.

Afin de pouvoir obtenir que les médecins soit des salariés de plein droit, la CGT demande que soit mis fin à l'exceptionnalité de notre statut pour l'intégrer explicitement à la Fonction publique hospitalière. Nous, médecins, avons tout à y gagner tant au niveau du droit du travail, de la représentativité de la CGT, mais également en terme de protection sociale.

Conditions de travail des médecins hospitaliers : Une histoire récente, **des revendications légitimes**

Les interrogations autour des conditions de travail sont récentes chez les médecins hospitaliers, au contraire des autres soignants ; cette situation est la résultante d'une histoire spécifique (corps médical soudé, assurant jusqu'à ces dernières décennies une fonction dirigeante), qui a longtemps conduit le médecin hospitalier à assurer sa fonction avec dévouement, sans compter son temps, en contrepartie d'une position sociale et intellectuelle enviable.

Mais les restructurations hospitalières, et surtout les modifications structurelles du métier, de plus en plus axé sur une vision comptable et gestionnaire, ont joué un rôle important dans la modification des conditions de travail. L'érosion des effectifs médicaux, associée à celle de la fonction dirigeante, accentuée par la dégradation de la notion d'équipe, y ont largement contribué.

L'étude SESMAT (www.pressest-next.fr/SESMAT/) avait montré dès les années 2000 des motifs d'insatisfaction au travail similaires aux autres soignants (17.4% des praticiens déclarent leur intention d'abandonner la profession (autant que les paramédicaux), intention qui apparaît très conditionnée par la qualité du travail d'équipe, l'organisation du travail, l'équilibre famille/travail.

Les médecins ne peuvent désormais plus faire l'économie d'une réflexion sur la définition et le périmètre de leurs tâches, sur la quantité de travail, sur les contraintes, sur la formation. Certaines filières, comme les Urgences, ont ouvert la voie en élaborant des revendications sur le temps maximal de travail, la prise en compte de la pénibilité.

Par ailleurs, poussés par l'émergence de ces préoccupations, un certain nombre de textes réglementaires ou de rapports des tutelles commencent à encadrer les préoccupations dans ces domaines : l'accord cadre ministériel sur l'exercice médical à l'hôpital (janvier 2012), fondé lui-même sur le rapport de la mission Toupillier (octobre 2011), définit des axes de travail s'intégrant dans une politique structurée concernant les conditions de travail. Cet accord (même s'il

constitue par ailleurs une attaque frontale contre le statut de praticien hospitalier) a le mérite de définir, en particulier, un certain nombre d'indicateurs sociaux prioritaires pour les praticiens (gestion de l'absentéisme, du turn-over, etc) qui doivent être relayés au plan local et régional. L'ARS d'Ile de France, par exemple, a fixé comme un des objectifs prioritaires des CME l'amélioration des conditions d'exercice des praticiens. Enfin, la DGOS a rappelé en décembre 2011, par circulaire, la nécessité d'une politique de prévention des risques professionnels.

Signalons aussi que le rapport de la mission Toupillier proposait à terme la création d'un CHSCT (Comité Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail) spécifiquement destiné aux médecins. On peut discuter l'intégration ou non d'une telle structure dans les CHSCT existants (qui devraient pouvoir prendre en compte tous les personnels), toujours est-il qu'il s'agit là d'une reconnaissance explicite de la réalité des préoccupations des praticiens en termes de conditions de travail, et de la nécessité d'une politique structurée dans ce domaine, avec un fondement législatif.

Dans ces conditions, les CME peuvent prétendre jouer un rôle dans la mise au jour de ces préoccupations, dans l'élaboration des besoins, dans le suivi des actions ; certaines CME ont déjà franchi ce pas avec efficacité (voir l'encadré sur l'exemple de l'APHP). Les commissions statutaires « vie hospitalières » ont quasiment les moyens légaux de jouer le rôle d'un véritable CHSCT.

Rôle de la CME dans la défense des conditions de travail des praticiens hospitaliers : l'exemple de l'AP-HP

S'appuyant sur les textes cités, et sur une forte demande des praticiens, la commission « vie hospitalière » de la CME de l'AP-HP a déroulé un programme très conséquent d'évaluation des conditions de travail, et mis en place des outils et objectifs très précis, qui sont relayés par des commissions similaires au niveau des groupes hospitaliers (certaines se sont d'ailleurs renommées « commission vie hospitalière et conditions de travail ») :

- ⇒ audit des conditions de travail et de vie à l'hôpital,
- ⇒ création d'un « Observatoire des conditions anormales de travail », cellule de veille destinée à la prévention et la résolution des conflits au travail, de l'épuisement professionnel, de la souffrance au travail.
- audit sur les chambres de garde,
- ⇒ audit sur les chambres de garde,
- ⇒ réflexion sur le rôle de la médecine du travail,
- ⇒ réflexion sur l'attractivité du métier sous toutes ses formes, en particulier à l'hôpital public,
- ⇒ prévention des conflits avec les usagers.

Quelles revendications en terme de conditions de travail ?

Les préoccupations des médecins hospitaliers concernent au premier chef **le temps de travail et ses limites**. Il est urgent d'appliquer la loi en matière de repos de sécurité, et d'imposer un juste décompte des temps additionnels ; ceci exigera de savoir s'opposer aux projets européens dans ce domaine. Il est probablement nécessaire d'abandonner le décompte en demi-journées pour la plupart des filières. Ce champ fait déjà l'objet d'évaluations, de surveillance et de revendications de la part de certaines organisations syndicales, en particulier la CGT. On notera, par ailleurs, avec intérêt le conséquent travail d'évaluation du principal syndicat des internes sur l'application du repos de sécurité.

La reconnaissance de la pénibilité de certains emplois, en particulier les emplois postés (en continu) doit se concrétiser par une réduction du temps de travail ou une anticipation de la retraite.

Mais, les revendications concernent aussi la **définition du contenu et de l'organisation du travail**, largement mis à mal ces dernières années, et pour lequel les médecins doivent pouvoir continuer à avoir voix prépondérante.

D'autres champs doivent être explorés : **les relations** interpersonnelles et hiérarchiques au travail; **la santé au travail; les risques**

professionnels, en particulier le risque lié à l'épuisement ou celui lié au harcèlement; et enfin **l'environnement du médecin hospitalier** (conditions de garde, d'astreinte, accès aux droits sociaux comme les crèches, logements, etc.). Quant au **déroulement de carrière**, il mérite de se concrétiser autrement que par des fonctions de direction, pérennisant un schisme inutile et délétère entre les « dirigeants » et les « tâcherons ».

Dans ces champs de réflexion émergents, tout reste à construire : évaluation des besoins, revendications, modes d'action pour obtenir satisfaction. A l'heure où certaines orientations politiques semblent devoir être heureusement rediscutées, où la gouvernance hospitalière et le mode de financement actuels sont critiqués, où la notion de service public hospitalier semble refaire surface, la période peut sembler favorable à la mise sur la table des revendications des médecins hospitaliers en matière de conditions de travail, et obtenir leur prise en compte ; la Fédération Santé et Action Sociale CGT et son Collectif Médecins s'y sont engagés depuis longtemps. Ils resteront présents à vos côtés pour créer le rapport de forces nécessaire.

Christian Cuy-Coichard

Bulletin de contact

NOM : _____ Prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Age : _____ Profession : _____
Tél : _____ Portable : _____ E-mail : _____
Etablissement (nom et adresse) : _____

prendre contact me syndiquer

A



retourner :

Fédération CGT Santé Action Sociale - Secteur Qualité de vie syndicale
263 rue de Paris - Case 538 - 93515 MONTREUIL CEDEX - orga@sante.cgt.fr

