



# Actu'APH

Journal d'Action Praticiens Hôpital

n°12



**L'enquête :**  
**“ Nuits blanches ”**  
**Le dossier :**  
**« Le Ségur n'a rien réglé »**

Juillet 2022

## L'été sera-t-il chaud, caniculaire, Covidaire ou meurtrier ?

L'exercice quotidien de nos métiers, de médecin et de soignant, fait de nous des équilibristes voire des funambules pour juste donner le meilleur de nous-mêmes à celles et ceux dont nous sommes responsables.

Nos familles, nos conjoints, nos enfants supportent l'insupportable, et nous nous consomons chaque jour davantage.

À force de courir après l'activité, de faire des heures à n'en plus finir, nous sommes au bord d'un précipice insondable, celui de la chute de l'hôpital public, celui de la perte des sens de nos métiers et de notre engagement.

Ce n'est pas jouer les Cassandre ni les lanceurs d'alerte que de constater ce que chacun voit et vit dans son quotidien.

Le mélange entre déni et mépris affiché par nos administrations et certains hommes et femmes politiques est une erreur systémique qui n'a que trop duré. Les résultats de l'enquête « Nuits Blanches » avec plus de 7 500 réponses sont détaillées dans ce numéro et vos réponses sont claires, unanimes et sans appel sur vos attentes que nous portons au sein d'APH et continuerons à défendre.

Il est encore temps d'agir. C'est possible. Vous le constaterez dans ce numéro de votre Revue APH. Nous avons aussi besoin de vous ! Adhérez ou renouvelez vos adhésions auprès de vos syndicats constitutifs ou directement auprès de l'intersyndicale.

Nous sommes passés le 8 juin en Conseil d'État pour notre requête sur le temps de travail. Nos avocats ont pu défendre en séance nos arguments. Le rapporteur public a conclu au rejet de notre recours mais n'a clairement indiqué que, si ce n'était de la responsabilité de l'État, en revanche les établissements qui nous emploient doivent produire ce décompte. Les conseillers d'État nous ont déboutés en expliquant que le temps de travail doit être décompté par l'établissement employeur. Les Conseillers d'État nous ont débouté en confirmant

### SOMMAIRE

#### ENQUÊTE

Enquête « Nuits blanches » .....4

#### RETRAITES

Retraites des Hospitalo-Universitaires : la part hospitalière doit rejoindre le système de retraite publique .....8

#### DOSSIER : « LE SÉCUR N'A RIEN RÉGLÉ »

Un été chaud pour les enfants à l'hôpital .....10

L'hôpital public, ce grand désert médical... .....12

PADHUE : l'interminable attente !.....14

#### MISE AU POINT

CMO, CLM, CLD, mais que veulent dire ces acronymes mystérieux et quelles sont leurs conséquences pour vous ?.....16

#### LE POINT SUR

Reclassement et autres contentieux : où en sommes-nous ?.....18

#### INFORMATION

Numéro spécial à l'attention des élus de la République .....20

PETITES ANNONCES.....21

ISSN : 2678-3606

DIRECTEUR DE PUBLICATION : CHRISTIANE MURA

RÉDACTEUR EN CHEF : JEAN-FRANÇOIS CIBIEN

COORDONNATEUR DE LA RÉDACTION : RICHARD TORRIELLI

RÉDACTEUR : SAVERIA SARGENTINI

COMITÉ DE RÉDACTION : EMMANUEL CIXOUS, FLORENCE COMPAGNON, MARIE-JOSÉ CORTÈS, ANNE DAVID-BRÉARD, DELPHINE GLACHANT, ERIC GUIHEUNEUF, YVES HATCHUEL, PASCALE LE PORS, JEAN-MARIE LELEU, SALEM OULD-ZEIN, XAVIER PALETTE, CAROLE POUPON, YVES RÉBUFAT, ANNE WERNET, JACQUES YGUEL

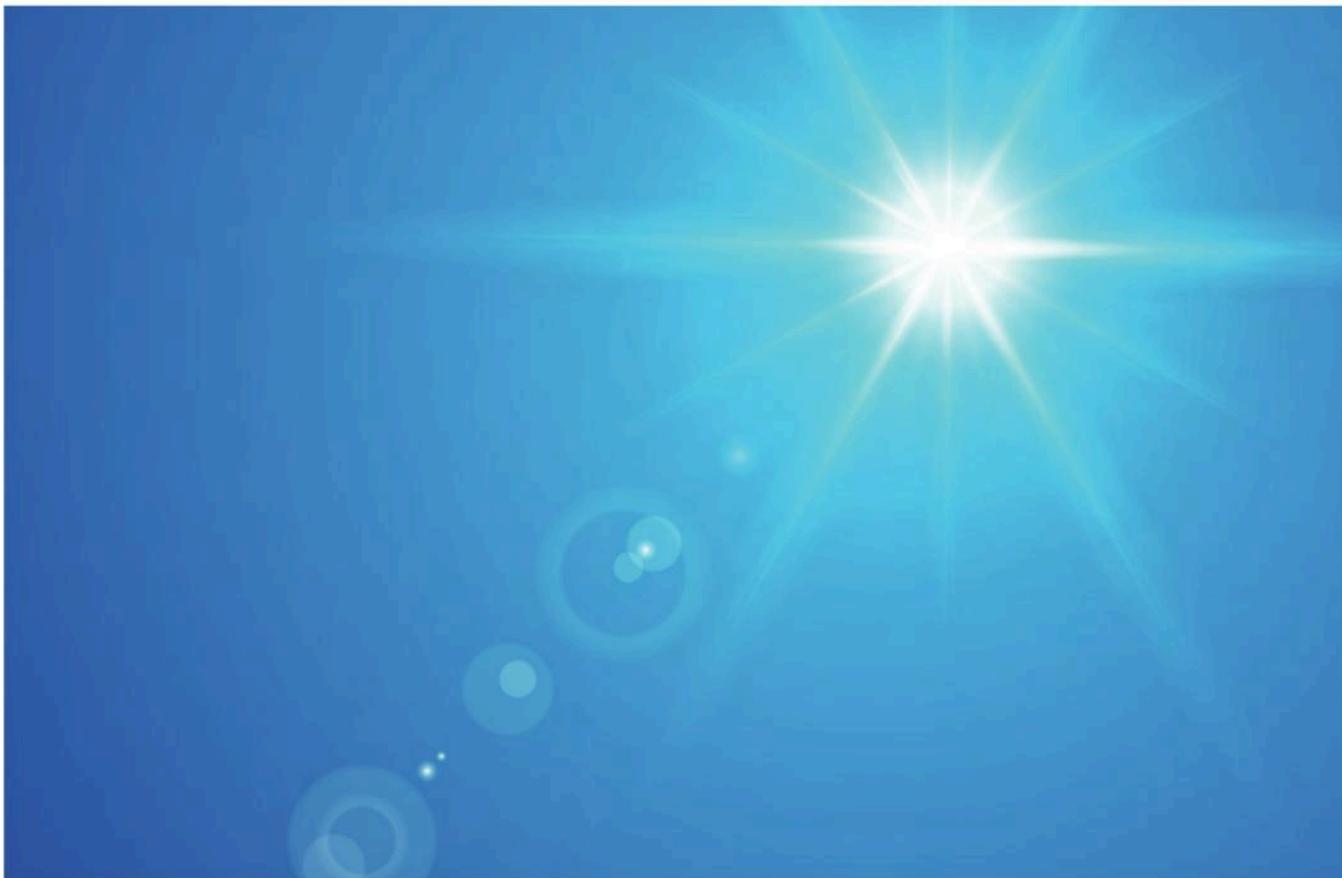
EDITEUR : EKTOPIC

EKTOPIC@EKTOPIC.COM

PETITES ANNONCES : K. TABTAB

K.TABTAB@RESEAUPOSANTE.FR

IMPRESSION : IMPRIMATUR



que le temps de travail doit être décompté par l'établissement employeur. Nous continuerons à défendre vos droits élémentaires et la reconnaissance qui vous est due en vous donnant une conduite à tenir sur la marche à suivre et les possibilités de recours individuels auprès du tribunal administratif.

Les élections présidentielles et législatives sont passées et nous sommes toujours dans l'expectative, même si une mission flash a été confiée à François Braun. Les élus de l'Assemblée Nationale ont reçu un numéro spécial spécifique sur nos préconisations pour sauver l'hôpital public dont vous pourrez lire l'argumentaire.

La Santé est un des piliers de notre République, du vivre ensemble en bonne santé en France. Ce droit de tous nos concitoyens est basé sur un système solidaire issu du Conseil National de la Résistance. Mais il doit aujourd'hui intégrer des éléments qui semblent occultés par une vision politique et administrative à court terme autour de l'activité et d'indicateurs quantitatifs désuets et souvent abscons, accompagnés d'un financement inadapté.

L'accès aux soins pour tous sur tout le territoire est une priorité nationale pour que l'espérance de vie de nos concitoyens en bonne santé ne se dégrade pas.

La qualité de vie des soignants et des praticiens doit être aussi prise en compte dans cette démarche collective. La recherche d'un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle est un élément qui doit être pris en considération pour que nos professions restent attractives et que les soins que nous prodiguons soient de qualité et conformes à nos attentes.

L'été sera ce qu'il sera. Pensez à vous, à vos familles et prenez soin de vous et de celles et ceux qui vous sont chers. De notre côté, nous ne lâcherons rien du combat mené pour la santé de tous, y compris la vôtre, au sein d'établissements qui pourront être enfin confortés par une politique adéquate.

*Jean-François Cibien, Président d'APH*

## « Nuits blanches » : les résultats

**Notre enquête « Nuits Blanches » a pour but d'évaluer le vécu et les conséquences de la contrainte de la permanence des soins (PDS) chez les praticiens, pour donner des réponses rapides à la crise sanitaire actuelle, qui n'est plus une crise de la demande de soin (comme la première vague COVID) mais une crise de l'offre de soins.**

Au printemps 2022, l'hôpital s'est écroulé : une épidémie de fermeture de services d'urgences atteint même les plus grosses structures, autrefois solides, tandis que maternités et plateaux techniques subissent le même sort... et reportent l'activité vers ceux qui tiennent encore et se trouve d'autant débordés.

La permanence des soins (PDS) est l'une des missions spécifiques de l'hôpital public. Il s'agit d'être capable, tant sur le plan des moyens humains que techniques et logistiques, de prendre en charge tout patient, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et lui assurer un parcours de soins optimal.

Malgré la demande incessante d'Action Praticiens Hôpital et de ses composantes, le chantier de la PDS n'a toujours pas été ouvert ; il a même été éludé par le Ministre chargé de la Santé pendant le Ségur, avec la complicité des organisations syndicales médicales signataires du protocole d'accord (INPH, SNAM-HP et CMH) : une maigre hausse de rémunération des gardes proposée avait été rapidement abandonnée au profit de nouveaux échelons de fin de carrière ; la demande « 24 h = 5 DJ », jugée totalement licite par les négociateurs et le ministre, avait été refusée en raison de son coût : 180 millions d'euros par an, soit 500 000 euros par jour... économisés par l'État sur le dos des praticiens de garde.

Nous vous livrons ici quelques résultats de cette enquête. Il nous faudra des mois pour l'analyser complètement, spécialité par spécialité, tranche d'âge par tranche d'âge etc. Davantage de résultats figurent sur le dossier de presse, à consulter sur notre site.

### Gardes et astreintes : comment ça se passe ?

95 % des répondants prennent des gardes et/ou des astreintes.

Le ratio hommes / femmes des praticiens qui prennent des gardes est de 47/53. La participation à la PDS sous forme de garde diminue avec l'âge, mais reste très élevée jusqu'à l'âge de la retraite. 6 % des praticiens exercent des gardes hors de leur spécialité : aux urgences, en réanimation (médecine intensive réanimation (MIR) et réanimation néonatale), en médecine, en psychiatrie adulte (pour les pédopsychiatres) et en biologie.

#### Focus sur les praticiens-valises

Plus de 20 % de praticiens sont appelés à exercer hors de leur établissement d'affectation pour assurer la PDS. Ce résultat est étonnant, et reflète une évolution des modalités d'exercice qui n'a jamais été une demande syndicale des praticiens hospitaliers. « Les praticiens-valises » c'est maintenant. Ce sont principalement les jeunes praticiens qui sont le plus mobiles...

### Gardes et astreintes : combien ?

La médiane du nombre de gardes mensuelles des praticiens est de 4 gardes par mois, quelle que soit la tranche d'âge, et la médiane du nombre d'astreintes mensuelles se situe également à 4... avec une grande variabilité.

#### MÉTHODOLOGIE

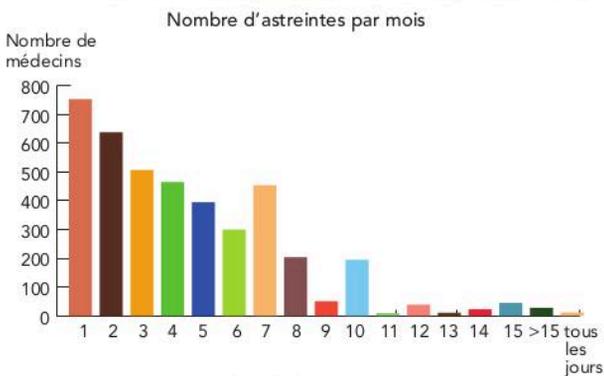
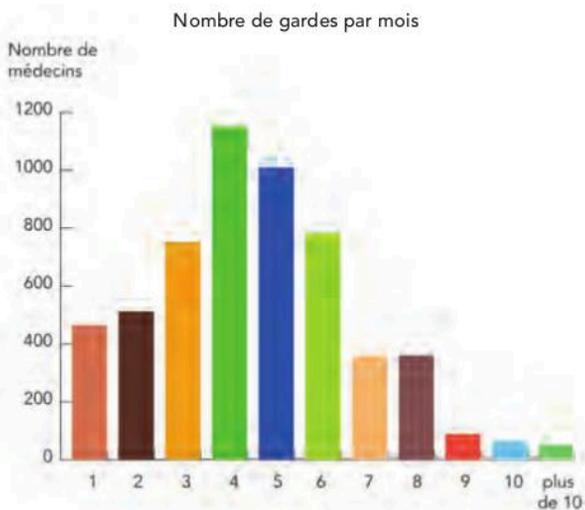
L'enquête en ligne s'est déroulée le 13 au 27 juin 2022, minuit. La diffusion de l'enquête a été réalisée par les réseaux sociaux d'APH (Facebook, Twitter), par les syndicats composant APH, ainsi que « Jeunes Médecins », le SNJAR, l'AMUF, les collectifs « Santé en Danger » et « Inter-Hôpitaux », les conférences de présidence de CME, les HU et enfin les sociétés savantes SFAR et SFMU. Pour des raisons d'agenda, les résultats de l'enquête ont été fournis en avant-première à la mission-flash sur les urgences.

#### DÉMOGRAPHIE

Les praticiens qui ont répondu sont en majorité des femmes (55 %), la moitié des répondants ont moins de 45 ans : c'est l'avenir du système de santé qui s'est exprimé massivement.

77,9 % des répondants sont des PH, principalement à temps plein (plus de 80 %) ou à 80 % (plus de 10 %). 8 % des praticiens répondants ont une activité libérale : 5,3 % intra-hospitalière, 2,7 % extra-hospitalière.

5 spécialités ont un fort taux de réponse chez les PH : médecine intensive-réanimation, médecine d'urgence, pédiatrie, anesthésie-réanimation, chirurgie pédiatrique.



18 % des praticiens répondants ne savent pas comment est compté leur temps de travail en garde ! Pour les autres, le décompte en temps continu ou en DJ (une nuit = 2 DJ) se fait dans des proportions équivalentes, le décompte 3 DJ, illégal, est marginal (quelques services de pédiatrie et anesthésie-réanimation / médecine intensive réanimation).

31 % des praticiens seulement affirment que leur temps de travail en astreinte est pris en compte. L'activité de « télémédecine » - réponse aux appels téléphoniques - non décomptée, s'élève généralement de 2 à 5 appels par nuit (> 5 appels : 14 % , < 2 appels : 40 % des cas).

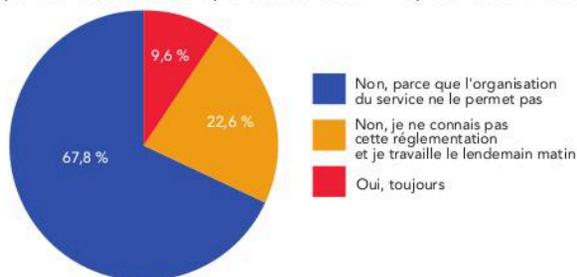
## L'activité nocturne de la PDS

L'activité en « nuit profonde » correspond aux niveaux de veille les moins physiologiques ; cette période s'étend de minuit à 5 heures du matin. Pour 90 % des praticiens qui prennent des gardes, cette activité est intense.

Une petite moitié des praticiens qui font des astreintes se déplacent régulièrement. Ce résultat ne semble pas être très liée à des spécialités particulières.

**À la suite des déplacements en astreinte, seuls 10 % observent le repos de sécurité de 11 heures après la fin du dernier déplacement prévu par la réglementation.**

Réponse à la question « le repos de sécurité de 11 h après une astreinte est-il appliqué ? »



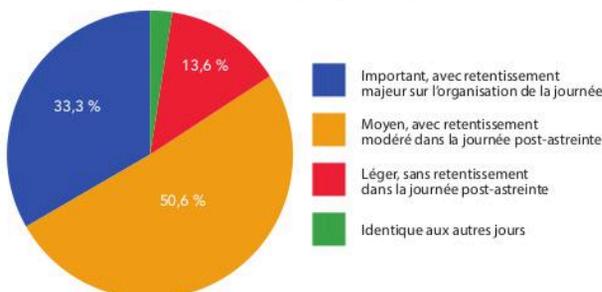
Le niveau de fatigue post-garde ou post-astreinte a un retentissement conséquent sur l'organisation de la journée. Ce résultat est cohérent avec l'activité décrite par les praticiens sur leurs gardes et astreintes.

Ci-dessous sont représentés les niveaux de fatigue...

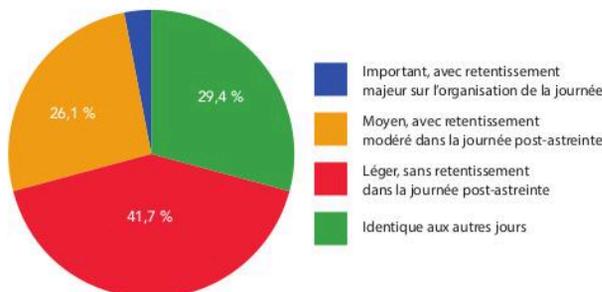
... après une garde



... après une astreinte



... après une astreinte non déplacée

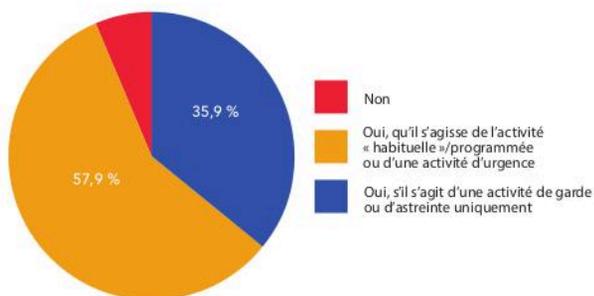


Il est à noter qu'après une astreinte non déplacée, même sans déplacement, le simple fait d'être susceptible d'être appelé au téléphone ou appelé pour un déplacement engendre une majoration du niveau de fatigue dans plus de 70 % des cas.

64 % des praticiens présentent des troubles du sommeil. 14 % des praticiens prennent des substances psychotropes pour réguler leurs périodes de veille / sommeil.

## Samedi matin

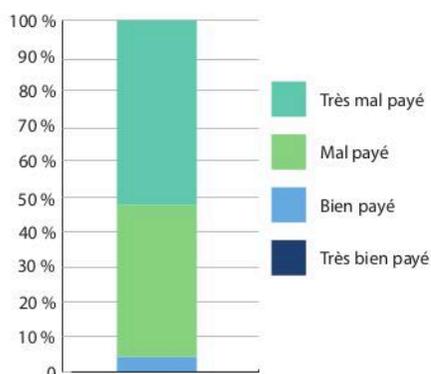
La reconnaissance du samedi matin en période de « PDS » est une revendication assez ancienne chez les libéraux. De manière logique, les praticiens demandent que le samedi matin soit intégré à la PDS.



## Regard sur la PDS

Sur le travail en lui-même : le travail est jugé intéressant pour seulement 37 % des praticiens, et vécu comme une corvée par 40 % d'entre eux. 47 % des praticiens souhaitent faire moins de gardes et astreintes, et 18 % souhaitent ne plus en faire : plus de la moitié des praticiens est épuisée par la PDS.

Sur la rémunération de la PDS, le constat est sans appel : la rémunération de la PDS est très insuffisante.

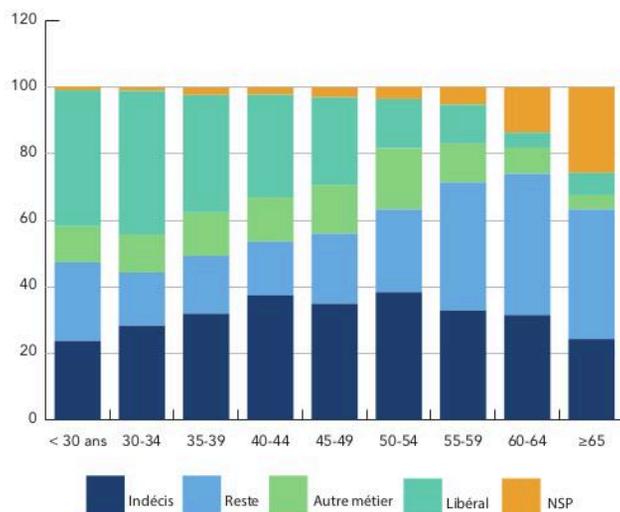


## 75 % des médecins...

Dans cinq ans, à cause de la PDS, 75 % sont susceptibles de quitter l'hôpital public : la moitié a déjà un projet avancé (exercice libéral, autre métier), l'autre moitié s'interroge. Seul un petit quart des praticiens interrogés est prêt à rester encore 5 ans à l'hôpital public.



Autre motif d'inquiétude : ce sont les jeunes qui renoncent le plus à une carrière hospitalière en raison de la PDS. L'avenir est donc à la majoration de la pénurie de professionnels hospitaliers de la PDS. C'est un problème de santé publique qui, si rien n'est fait, va inéluctablement s'aggraver.



## Vers des solutions ?

Les solutions à l'attractivité des carrières hospitalières qui imposent une participation soutenue à la PDS sont multiples :

- Réflexion sur le temps de travail.
- Réflexion sur la durée maximale d'une période de PDS, de sa répétition.

- Charge en soin et limitation de la solitude du praticien de garde ou d'astreinte.
- Valorisation de sa pénibilité : valorisation financière, mais aussi valorisation pour la retraite : trimestres supplémentaires, compte pénibilité...

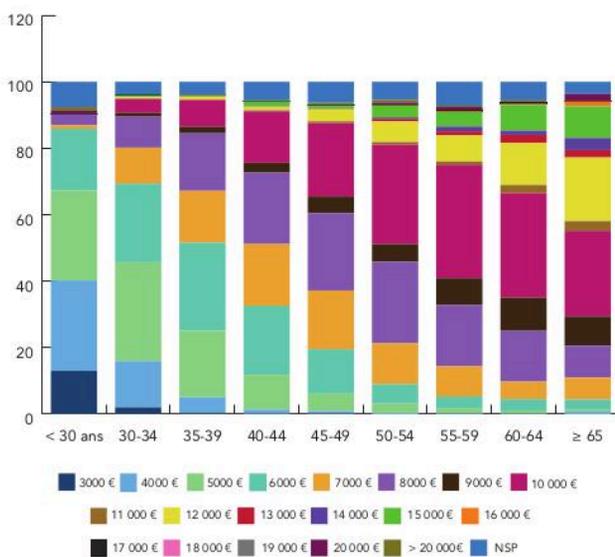
Notre enquête visant à définir et proposer des mesures immédiates, elle s'est concentrée dans cette dernière partie sur la valorisation financière de la PDS.

## Combien vaut un praticien hospitalier ?

La sous-rémunération de la PDS, au vu des compétences, des responsabilités et de la pénibilité qui la caractérisent, est flagrante. Il y a urgence. Les seules mesures réalisables immédiatement sont les mesures financières : elles sont indispensables, mais ne seront pas suffisantes pour corriger ce « 75 % ». Nous avons proposé aux praticiens d'évaluer la valeur de leur travail. Si la médiane de rémunération souhaitée s'élève à 200 € pour les astreintes, elle reste éminemment variable. Ainsi il est probable que le plafond du forfait des astreintes soit à remonter drastiquement : Action Praticiens Hôpital recommande un plafond de 400 € nets.

Pour la garde, la médiane est à 500 € nets, mais les spécialités à forte contrainte de la PDS la placent beaucoup plus haut. Action Praticiens Hôpital recommande de fixer l'indemnité de sujétion de la garde à 600 € nets, quel que soit le statut du praticien.

Enfin, la grille salariale paraît nettement insuffisante. Il est intéressant de voir l'augmentation progressive de la valeur du travail selon l'ancienneté dans le métier, augmentation vue par les praticiens eux-mêmes, ce qui conforte le principe d'une grille d'échelons. La médiane souhaitée de rémunération en début de carrière s'élève donc à 6 000 € nets, et en fin de carrière à 11 000 € nets, indépendamment de la rémunération de la PDS.



## Verbatims

Vous avez été très nombreux à apporter des commentaires ; au-delà des remerciements et encouragements qui nous touchent vraiment, il se confirme que le sujet – volontairement non abordé dans le questionnaire – du reclassement des praticiens hospitaliers reste un traumatisme pour tous les PH à travers vos remarques. Cette injustice, deux ans après, reste très prégnante et emblématique d'un ressenti de mépris des tutelles pour le travail des praticiens hospitaliers.

## Conclusion

La permanence des soins est une contrainte majeure du travail des praticiens hospitaliers.

Les résultats de cette enquête dont le taux de réponse est très élevé confortent ces propositions et justifient pleinement de prendre des mesures d'attractivité pour les carrières médicales à l'hôpital public :

- Des mesures immédiates : revalorisation substantielle de la PDS, reconnaissance du samedi matin comme période de la PDS, bonification des 4 ans d'ancienneté qui ont été refusés aux praticiens hospitaliers nommés avant le 1<sup>er</sup> octobre 2020.
- Des mesures à moyen terme : ouverture du chantier sur la PDS et le temps de travail des praticiens hospitaliers — homogénéisation du temps de travail des praticiens, limitation du temps de travail, reconnaissance de la pénibilité dès la première garde, révision de la rémunération des praticiens hospitaliers au regard des contraintes de l'exercice hospitalier.

L'hôpital public et le système de santé dans son intégralité ont besoin d'une vision à long terme. Ces mesures sont indispensables au sauvetage de l'hôpital public dans sa mission de service public ouvert H24, quelle que soit la complexité et le degré d'urgence de la pathologie, mission qui n'est désormais plus assurée sur l'ensemble du territoire.

Anne Geffroy-Wernet -  
SNPHARE,  
secrétaire générale  
Avenir Hospitalier

## Retraites des Hospitalo-Universitaires : la part hospitalière doit rejoindre le système de retraite publique

**Transversal et emblématique, le sujet des retraites est un des dossiers épineux de la rentrée pour la commission Hospitalo-Universitaire de l'intersyndicale APH.**

### Bi-appartenance : un traitement universitaire et des émoluments hospitaliers

Les quelques 6 000 médecins hospitalo-universitaires français (PU-PH et MCU-PH) ont un statut « bi-appartenant » régi par un décret spécifique qui vient tout juste d'être modifié (Décret N°2021-1645) pour unir au sein de ce même statut les H-U Pharmaciens et Odontologistes. Le salaire de ces praticiens est en deux parties : un traitement universitaire (fonction publique d'État) et « des émoluments » hospitaliers d'un montant à peu près équivalents. Pour leur retraite ils ne cotisent que sur leur traitement de fonctionnaire et il n'y a aucun prélèvement obligatoire sur les émoluments hospitaliers hormis la RAFP (cf. plus loin). De ce fait, les pensions de retraite des H-U offrent des taux de remplacement<sup>1</sup> très médiocres (environ 30 % des derniers revenus d'exercice).

**Depuis 2007 a été mis en place un dispositif optionnel de cotisation volontaire dans un système d'épargne individuelle par capitalisation. Ce dispositif s'est peu à peu développé depuis 15 ans.**

### Pension d'État : uniquement sur le traitement universitaire

Dans la fonction publique, le calcul de la pension s'effectue sur la base du seul traitement indiciaire (excluant les émoluments hospitaliers). Plusieurs dérogations à ce principe existent cependant : nouvelle bonification indiciaire (NBI) spécifique de certains agents paramédicaux, primes substantielles de quelques « corps réga-

liens » à forts effectifs (gendarmes, douaniers, agents des finances) incluses dans le calcul des pensions de ces personnels.

Les H-U étant statutairement tenus d'exercer « conjointement et de manière indissociable » des fonctions universitaires et des activités hospitalières dans un CHU, **il serait cohérent de traiter les émoluments hospitaliers comme une part de la rémunération principale et à ce titre, de les prendre en compte pour les droits à la retraite, comme le traitement indiciaire.** Un rapport de l'IGAS de 2013 sur les retraites H-U admettait que cet argumentaire logique n'est « pas en accord avec la politique gouvernementale de rémunération des agents publics » (sic). Pire, cette solution présenterait même « un fort risque de contagion » à d'autres catégories de fonctionnaires. Enfin, une demande de révision en ce sens du décret statutaire des H-U avait été rejetée par un arrêt du Conseil d'État le 24/09/1999.

### La Retraite Additionnelle de la Fonction Publique : un régime par capitalisation basé sur les primes

La Retraite Additionnelle de la Fonction Publique (RAFP) est un régime par capitalisation créé en 2003 pour percevoir des cotisations sur les primes des fonctionnaires. Les émoluments hospitaliers des H-U sont considérés comme une « prime » et, à ce titre, peuvent entrer dans l'assiette de la RAFP. Ce dispositif par points est cependant très médiocre car l'assiette de cotisation à la RAFP est plafonnée à 20 % des primes et son rendement est très faible (< 4 %). Il ne laisse espérer qu'un gain de pension d'environ 100 €/mois pour des H-U nommés à 45 ans.

<sup>1</sup> Le taux de remplacement est le pourcentage de son ancien revenu que l'on perçoit une fois arrivé à la retraite.

## IRCANTEC : nécessité d'un assujettissement obligatoire des émoluments hospitaliers !

L'IRCANTEC est un régime par répartition réservé aux agents non titulaires de l'État<sup>2</sup> et complétant leur retraite de base du régime général de la sécurité sociale. Les praticiens hospitaliers non universitaires sont affiliés toute leur carrière à l'IRCANTEC dont la pension constitue la part la plus importante de leur retraite.

Un éventuel adossement à l'IRCANTEC des émoluments hospitaliers des H-U avait été un temps envisagé par les partenaires sociaux. Malgré la baisse du rendement de l'IRCANTEC provoquée par sa réforme de 2009, le gain sur les pensions H-U serait intéressant et bien supérieur aux autres options de retraite additionnelle, type RAFF, PREFON ou COREM.

Une affiliation à l'IRCANTEC nécessiterait de modifier les textes car normalement un fonctionnaire ne peut pas relever simultanément du régime de la fonction publique et d'un autre régime. Mais depuis la suppression, par la réforme des retraites 2010, de la « validation des services auxiliaires », tous les H-U seront désormais « polypensionnés ». Cette « validation des services auxiliaires » permettait de transférer vers le régime des fonctionnaires, les cotisations versées durant les premières années de carrière hospitalière. Il sera désormais impossible d'avoir une carrière complète (42 ans de cotisations) dans le statut universitaire. La retraite des nouveaux H-U sera un miX très défavorable, composé d'une pension d'État minorée d'une forte décote, associée à des bouts de pensions incomplètes du régime général SS et de l'IRCANTEC. Le manque à gagner est d'au moins 300 €/mois.

**Ce système de « polypension » relance fortement la question d'un assujettissement obligatoire des émoluments hospitaliers à l'IRCANTEC.**

## Épargne individuelle : elle devait être temporaire !

Le dispositif d'épargne facultatif par capitalisation mis en place en 2007 avait vocation à être temporaire ; l'objectif affiché étant à terme l'affiliation à l'IRCANTEC.

<sup>2</sup> Les PH sont « titulaires » mais sont des « agents non titulaires de l'État ».

Cette cotisation volontaire est versée par le praticien dans un contrat d'assurance type COREM ou PREFON. Le versement minimal est de 500 €/an permettant un abondement de l'hôpital à hauteur de 50 %, initialement plafonné à 2000 €/an. Depuis sa création en 2007 ce dispositif a été petit à petit « assoupli » montrant par-là l'orientation préférentielle de la politique des retraites. Le plafond des 2000 € a disparu. La limite de la participation de l'hôpital (part employeur de 50 %) initialement limitée à 5 % puis 9 % des émoluments hospitaliers, vient d'être hissée à 12 % à l'issue des négociations du Ségur.

Cette proposition n'est pas négligeable bien que les taux de rendement des principaux contrats (COREM, PREFON, MACSF..) soient bien inférieurs à ceux d'une pension d'État ou de l'IRCANTEC. Comme tout système par capitalisation facultatif, l'intérêt du dispositif vaut davantage pour les PU-PH qui ont un taux d'épargne élevé que pour l'ensemble de la population concernée. La valeur symbolique de ce dispositif est également à souligner : **cette exception au régime des fonctionnaires ouvre la porte aux régimes par capitalisation privés dans la fonction publique et le gouvernement ne semble pas redouter le risque de contagion à d'autres catégories de fonctionnaires** ! Il est à noter que les taux de rendement de ces dispositifs sont très bas (3 à 4 %) ce qui signifie qu'ils rapportent peu et qu'il faut survivre au moins 20 ans après son départ en retraite pour espérer « récupérer » l'argent investi. Par ailleurs ces plans de retraite par capitalisation sont soumis aux fluctuations du marché. Le COREM a dû diminuer ses pensions en 2022. Enfin une évaporation des retraites « capitalisées » (comme celles du fonds de pension « ENRON » il y a vingt ans aux USA) est toujours à craindre quand les spéculateurs montrent leur nez.

### Pour APH

Ces solutions de retraites complémentaires par capitalisation ne constituent qu'un pis-aller dont le volume et le champ d'application doivent être limités. L'appartenance, naturellement revendiquée, des hospitalo-universitaires à la fonction publique impose de trouver une solution de caractère obligatoire et uniciste à leur problème de retraite, au sein même des systèmes de retraite publiques. C'est une des tâches à laquelle s'attèlera la commission Hospitalo-Universitaire d'APH.

Raphaël Briot, APH, MCU-PH - SAMU 38 – Pôle Urgences Samu Smur - CHU Grenoble

# Un été chaud pour les enfants à l'hôpital

**Tout le monde est d'accord, y compris ceux qui sont en charge de l'organiser (DGOS, ministre de la Santé, présidence de la République ainsi que la FHF, habituellement plus optimiste) l'hôpital vit sa pire période. C'est le résultat d'une dégradation progressive qui s'est accélérée ces derniers mois.**

Il y a encore peu, nos organisations syndicales étaient les seules à alerter sur ces difficultés. Elles ont été minimisées et il nous a été affirmé que le Ségur réglerait tout.

La spécialité, dont les difficultés sont les plus visibles et médiatisées, reste la médecine d'urgence, en grande difficulté depuis longtemps et un peu plus chaque été. L'enquête de SAMU-Urgences de France et les situations survenues dans des grands CH comme Orléans voire un CHU comme Bordeaux en attestent.

## La pédiatrie sera encore plus impactée cet été

La pédiatrie, spécialité éclectique et complexe, qui gère une grande partie des urgences de l'enfant, déjà impactée les étés précédents, va l'être davantage aussi cet été. À chaque période estivale, c'est un peu plus compliqué (vacances) avec des gardes qui reviennent encore plus fréquemment. Les équipes restaient jusqu'alors globalement en effectif limité pour faire face et la moindre activité de l'été (pathologies saisonnières) faisait le reste. Cette saisonnalité semble moins nette depuis la COVID avec une activité encore soutenue l'été dernier et ce printemps.

Des signaux d'alarme avaient retenti et attiré notre attention l'an dernier à Saintes puis Douai sans autre réaction des autorités que des mesurètes locales. Le bureau du SNPEH avait obtenu un entretien avec un conseiller du ministère de la Santé, sans suite. Les circonstances n'avaient pas aidé puisqu'il nous avait été dit qu'aucune mesure majeure ne pouvait être prise dans cette période préélectorale.

## Des « rapports » trop superficiels !

Un rapport de la DGOS, commandité devant des difficultés préalables (urgences et réanimations pédi-

triques), et un autre de la Cour des comptes, plus récent, évaluent certaines difficultés de la pédiatrie et de la prise en charge des enfants en urgence, mais ces rapports restent très superficiels !

D'un hôpital à l'autre, selon l'organisation locale et le type de pathologies, les enfants venant consulter en urgence dans les hôpitaux sont accueillis par des pédiatres ou des urgentistes. Ces deux spécialités sont en grande difficulté avec des risques de fermeture, des fermetures permanentes ou certains jours, ou à certains horaires.

Ce ne sont pas toujours les médecins qui manquent, mais les personnels non médicaux, et... les médecins s'arrêtent par solidarité, comme au CHR d'Orléans. C'est ainsi parce qu'ils n'ont pas le choix car médecins et personnels non médicaux sont des éléments indispensables, complémentaires et non interchangeables (quand ce n'est pas l'ensemble des soignants).

## C'est au tour de la périnatalité d'être impactée !

À ces difficultés de garde de pédiatrie/urgences pédiatriques se rajoute dorénavant le problème des services de néonatalogie soins intensifs (niveaux 2B) et réanimation (niveaux 3) touchant les plus petits, les plus fragiles.

Contrairement à la pédiatrie, les problèmes des prématurés ne sont pas saisonniers : l'activité est constante et soutenue toute l'année, avec, souvent, des problèmes pour trouver des places pour les nouveau-nés nécessitant une prise en charge (prématurés...).

Jusqu'ici, les services de néonatalogie s'en sortaient tant bien que mal. Mais les problèmes de démographie se sont précipités et de nombreux services de néonatalogie sont au bord de la rupture avec un pic de difficultés cet été. Il existe un manque de médecins spécialisés (compétents en néonatalogie, réanimation et soins intensifs) mais aussi en puéricultrices. Les praticiens devront faire à certaines périodes des gardes tous les

deux jours et de nombreux services rendent des tableaux de garde avec des « trous ». Cela concerne également les SMUR néonataux/pédiatriques car ce sont souvent les mêmes équipes de médecins.

Les maternités sont également concernées du fait du manque de sages-femmes (Nevers...), de gynécologues-obstétriciens et de médecins anesthésistes réanimateurs, des difficultés des néonatalogistes, obligés de se recentrer vers les activités plus intensives (Orléans, ...).

Dans certains centres (Chinon...), les difficultés des urgences impactent les services comme la maternité (redéploiement) mais c'est souvent le témoin d'un problème plus global.

**L'ensemble des enfants, avec des risques vitaux, ayant besoin d'une prise en charge urgente sont en danger . Les nouveau-nés sont les plus à risque, alors que la mortalité infantile remonte en France depuis 10 ans.**

## **Après ce constat, quelles solutions ?**

Le malaise des hôpitaux est particulièrement inquiétant dans les domaines de l'enfance. La lourdeur de l'activité, la charge mentale y sont intenses et font partir les plus jeunes soignants, découragent les vocations. Les plus anciens restent parce qu'ils refusent de voir disparaître ce en quoi ils ont cru, alors que certains souffrent de problèmes de santé : nombre de médecins de plus de 60 ans prennent encore des gardes pour que la « ligne tienne » mais pour combien de temps

encore. La plupart sont épuisés et désespérés de cette situation, surtout lorsqu'ils sont plusieurs dans ce cas dans le même service.

Et quand ce ne sont pas des sexagénaires, ce sont des médecins à diplôme hors Union européenne, mal reconnus, mal payés ou des intérimaires quelquefois sur des montages scabreux et qui ont beau jeu de faire monter les enchères.

Chaque nouveau médecin est accueilli comme le messie. Chaque départ est un drame pour l'équipe.

Pour redonner de l'envie aux jeunes, il faut qu'ils puissent travailler dans de bonnes conditions : en respectant les ratios dévolus à la néonatalogie (menacés actuellement), en créant pour la pédiatrie, les Urgences Pédiatriques, ou en améliorant ceux qui existent.

La mesure la plus immédiatement réalisable et efficace serait de les payer avec des salaires décents, en tenant compte de leurs compétences, de leur engagement, de leur charge mentale, des services rendus à la population.

Si on n'inverse pas rapidement la vague des démotivations et départs, on court à la catastrophe avec des morts, des carrières brisées et une réaction en chaîne de départs encore plus violente !

*Emmanuel Cixous, Président du Syndicat National des Pédiatres en Établissement Hospitalier.*



## L'hôpital public, ce grand désert médical...

**Les déserts médicaux ont été un des grands thèmes de campagne présidentielle et législative. En ligne de mire, l'accès aux soins de nos concitoyens, et la promesse du président de la République « un accès à un médecin en 30 minutes » qui est intenable...**

La fermeture de services d'urgence, la création d'antennes sans médecin, le développement d'IPA en soins aigus témoignent de la réelle existence de déserts médicaux hospitaliers, et créent de facto une médecine à deux vitesses, au mépris de l'accès à des soins de qualité et sûrs en tout point du territoire, comme le président de la République s'y était pourtant engagé au début de son premier mandat. Les déserts médicaux ont été un des grands thèmes de campagne présidentielle et législative. En ligne de mire, l'accès aux soins de nos concitoyens, et la promesse du président de la République « un accès à un médecin en 30 minutes » qui est intenable... et pousse à changer de braquet, en développant la pratique avancée infirmière (cf. notre lecture de ce dispositif dans le précédent numéro, où nous avons consacré un grand dossier à la pratique avancée infirmière, <https://aph-france.fr/Actu-APH-no11.html> - pages 4 à 15) plutôt qu'avoir une vision à long terme sur les effectifs médicaux.

La préoccupation n'est pas que le territoire, notamment le territoire rural dépouillé de tous ses services publics, ce sont aussi les services de l'hôpital public. Ce n'est pas faute d'avoir mis en garde depuis plus de vingt ans...

## Le Centre National de Gestion publie chaque année des statistiques très complètes sur les praticiens hospitaliers.

Deux indicateurs sont pertinents pour évaluer la pénurie médicale hospitalière :

- Le taux de démissions et de disponibilités pour convenance personnelle, qui reflètent en général des départs définitifs vers d'autres modes d'exercice, voire un autre métier
- Le taux de vacance statutaire.

Cette année, un zoom particulier a été fait sur les **disponibilités**. Pourquoi ce chiffre des disponibilités est-il si important ? Parce que les démissions « officielles » des PH sont rares. Cependant, même rares, elles augmentent régulièrement (+ 28 % en cinq ans). Le plus souvent, le départ de l'hôpital public est fait sous le mode d'une demande de disponibilité : ce chiffre a plus que quadruplé en 10 ans. Actuellement, 10,5 % des PH sont en disponibilité, dont 93 % pour « convenance personnelle »... ainsi, plus d'un PH sur 10 ne travaille pas à l'hôpital. Toutes les spécialités sont concernées, avec certaines particulièrement impactées, notamment l'ophtalmologie (21,9 %), la santé au travail (19,6 %) et la gynécologie-obstétrique (18,1 %).

## Le taux de vacance statutaire est sujet à discussion.

En effet, il reflète le nombre de postes de PH réellement occupés par des PH (... ou par des PH en disponibilité).

- D'une part, il part du principe que tous les postes nécessaires au fonctionnement des services sont déclarés (c'est-à-dire : qu'un effectif cible est défini, permettant à chaque PH de prendre l'intégralité de ses congés formation, CA, RTT et ne pas avoir de TTA, mais ce n'est jamais le cas !) et que chaque poste vacant est ouvert au recrutement.
- D'autre part, il ne signifie pas que les services sont vides : cette pénurie est compensée, partiellement ou totalement, par des praticiens contractuels.

## Un constat sans appel

En revanche, l'évolution de ce taux est intéressante à suivre : comme l'illustre le schéma (ne concernant

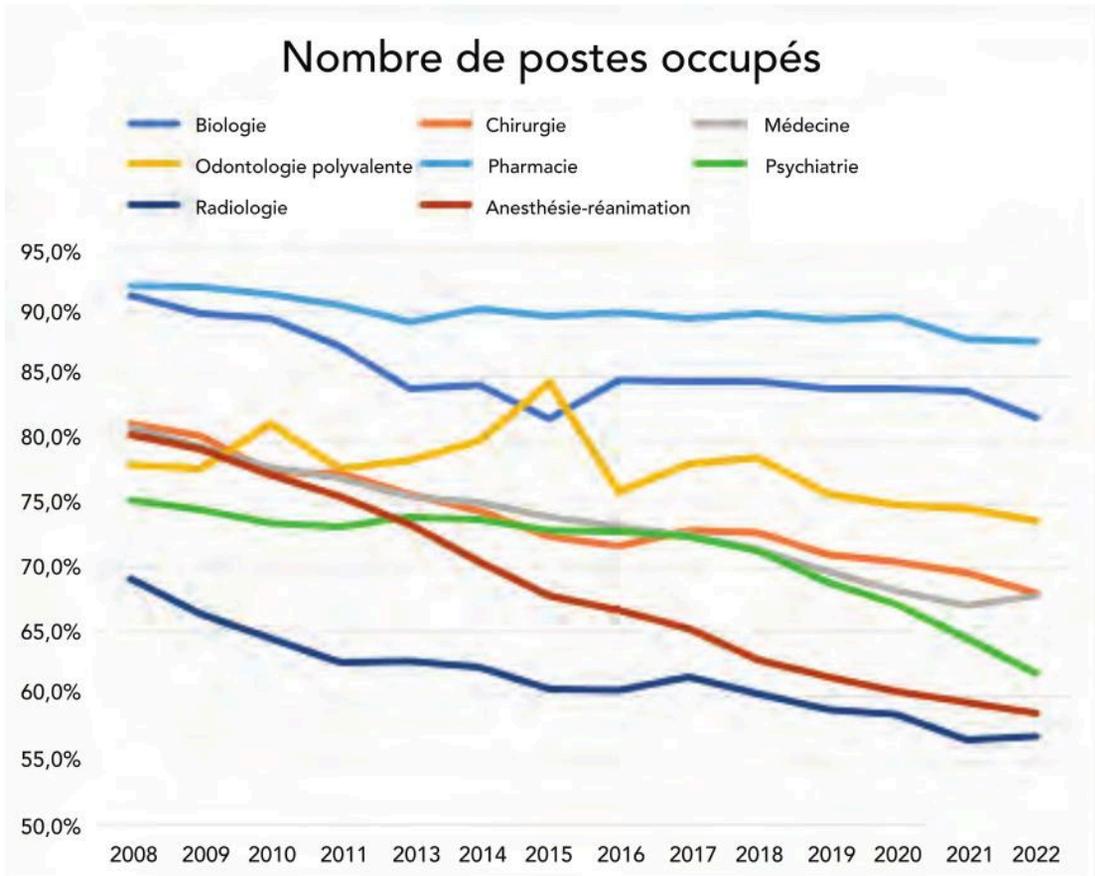


Tableau : Nombre de postes de PH temps plein occupés. \* pour la médecine, l'anesthésie-réanimation était intégrée à la composante « médecine » jusqu'en 2021

que les PH temps plein, c'est-à-dire l'immense majorité des PH), le constat est sans appel. Le statut de PH est toujours en perte d'attractivité, et les mesures prises en 2017 (notamment la PECH) et en 2020 (Ségur) n'ont clairement pas eu l'effet escompté les années suivantes.

La réforme du statut de PH (février 2022) et l'ouverture du concours de PH peu après la fin de l'internat permettront-elles d'inverser les courbes ? L'avenir nous le dira rapidement... **mais pour Action Praticien Hôpital, résumer l'attractivité hospita-**

**lière à donner la possibilité de pouvoir « mettre du beurre dans les épinards » en sortant de l'hôpital n'est pas satisfaisant : c'est aux conditions de travail à l'hôpital, au temps de travail, à la permanence des soins qu'il faut s'attaquer... et à la reconnaissance du travail des praticiens : les 4 ans volés aux praticiens hospitaliers sont une erreur morale qu'il conviendrait de réparer très rapidement.**

*Anne Geffroy-Wernet - SNPHARE, secrétaire générale Avenir Hospitalier*

**PENSEZ À SUIVRE L'ACTUALITÉ SUR LE SITE d'APH**

**<https://aph-france.fr/>**

**Pour s'abonner aux newsletters : <http://eepurl.com/c04mX1>**



Suivez-nous sur facebook :  
<https://www.facebook.com/Action-Praticien-Hopital-252176902225161/>



Suivez-nous sur Twitter :  
[@ActionPratHopit](https://twitter.com/ActionPratHopit)

## PADHUE : l'interminable attente !

**Le Dr Nefissa Lakhdara est secrétaire générale du SNPADHUE, un syndicat membre d'APH. À travers elle, nous vous racontons l'histoire des PADHU, et pourquoi leur avenir professionnel est actuellement menacé. En nous racontant son histoire, Nefissa Lakhdara fait écho au quotidien et à la situation de nombreux médecins qui exercent dans nos hôpitaux.**

**Actu'APH : Pouvez-vous définir ce que sont les PADHUE ?**

**Dr Nefissa Lakhdara :** Les PADHUE sont des praticiens hors diplôme européen. Ils sont médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes et ils ont eu leur premier diplôme dans un pays hors de l'Union européenne, mais leur diplôme n'est pas reconnu pour exercer en France.

**Actu'APH : Pouvez-vous nous rappeler la loi du 24 juillet 2019 et nous expliquer le dispositif transitoire d'autorisation d'exercice ?**

**Dr Nefissa Lakhdara :** Dans cette loi, soit « Ma santé 2022 », deux articles concernaient les PADHUE, les articles 70 et 71. Notamment le 70 car il modifiait la procédure de demande d'exercice pérenne qui est appelé EVC, c'est-à-dire les épreuves de vérifications des connaissances. Il visait aussi à apporter une procédure transitoire, la procédure STOCK. Le but de cette procédure était de régulariser sur les acquis des personnes déjà incluses dans le système de santé français. Il fallait pour cela cumuler deux conditions : un critère de présence et un critère d'activité, soit l'équivalent de deux années d'activité entre 2015 et 2020. Ensuite les médecins devaient déposer une demande auprès des ARS, qui l'envoyait ensuite au CNG. Il y a donc un premier examen régional du dossier avant l'examen du CNG. Quant aux pharmaciens, dentistes et sages-femmes, leur demande devait être faite directement au niveau du CNG.

**Actu'APH : À combien estimez-vous ce « stock » de PADHUE exerçant actuellement en France ? Et combien de dossiers sont en attente ? Certaines spécialités sont-elles plus concernées par le retard ?**

**Dr Nefissa Lakhdara :** Actuellement, le nombre de personnes qui ont déposé un dossier dans ce cadre s'élève à 4500. 3000 dossiers sont toujours bloqués au niveau des ARS, 1500 sont arrivés au niveau du CNG, mais seulement 800 d'entre eux ont été traités. Dans les dossiers, il y a une majorité de médecins, parmi eux une majorité

en médecine générale, psychiatrie et pédiatrie. Les commissions d'examen, coordonnées par l'ARS, ne sont pas gérées de manière équitable. Pour certaines spécialités, où il y a peu de candidats, les commissions sont trop éloignées dans le temps mais, s'il y en a deux par an, elles arrivent quand même à éponger le stock. Cependant, dans les spécialités pour lesquelles il y a beaucoup de candidats deux commissions par an ne suffisent pas.

**Actu'APH : Certains de vos collègues sont au chômage ou séparés de leur famille, pouvez-vous nous expliquer pourquoi ?**

**Dr Nefissa Lakhdara :** Il était écrit que l'autorisation temporaire d'exercice maintenait le PADHUE sur le poste qu'il avait dans le même hôpital, dans le même service et sous le même statut. Quand cela dure un an, ça peut passer mais quand cela dure quatre ans, ce n'est plus possible. Certains PADHUE sont au chômage car leur hôpital n'a pas renouvelé leur contrat, ils ne peuvent pas être recrutés ailleurs car leur autorisation d'exercice ne leur permet de travailler qu'au niveau de l'hôpital où ils exerçaient déjà. La mobilité des PADHUE a été mise de côté au moment où la loi a été prolongée. L'étude de tous les dossiers devait avoir lieu au plus tard le 31 décembre 2021. Lorsque le délai défini par la loi a été prolongé, personne n'a pensé à la condition de mobilité. On se retrouve aujourd'hui avec 1/5<sup>ème</sup> des dossiers traités, alors que tous les services crient à la pénurie de médecins. C'est incompréhensible.

« La mobilité des PADHUE a été mise de côté ! »

**Actu'APH : Pourquoi êtes-vous opposés à un nouveau report de la date du 31 décembre 2022 ?**

**Dr Nefissa Lakhdara :** Il y a déjà eu un report. Les gens ne réalisent pas la situation des PADHUE et des hôpitaux. Aujourd'hui, les services d'urgence sont menacés de fermeture à cause de cette situation également. La situation

mérite qu'on règle le problème, qu'on arrête de maintenir les médecins dans des postes précaires et les empêcher d'accéder à de véritables postes. Les dossiers des médecins attendent d'être traités sur des tables depuis des mois. La moitié des PADHUE sont en *burn out*, ils ne savent pas de quoi demain sera fait, ils attendent depuis des années donc depuis trop longtemps.

### **Actu'APH : Une suppression de l'étape régionale d'autorisation par les ARS serait-elle une solution d'accélération de la procédure ?**

**Dr Nefissa Lakhdara :** Oui, mais les instances nationales de leur côté doivent également instruire rapidement. Les dossiers n'ont pas à attendre un, deux ou trois ans avant d'être traités. Nous avons prévenu le CNG sur l'ampleur des dossiers à traiter, durant une réunion à la fin de l'année 2019. Le CNG n'a pas eu les moyens de le faire, et tout est fait avec une lenteur incroyable. Les réunions se font en visioconférence actuellement, ce qui facilite les choses, ils pourraient donc vraiment mieux faire. Nous sommes à six mois de la fin de la procédure et on nous dit que l'on pourra être prolongés mais ce n'est pas ce que nous voulons !

### **Actu'APH : Et les candidats aux épreuves de vérifications des connaissances, pouvez-vous nous expliquer la situation ?**

**Dr Nefissa Lakhdara :** Les EVC c'est le sésame, lorsqu'on les décroche cela signifie qu'on peut souffler. On se dit que l'on va avoir une période probatoire, même si c'est un statut précaire. C'est la 1<sup>ère</sup> fois qu'ils ont créé une répartition par ordre de mérite et sur choix, mais au jour de la promulgation des résultats, nous nous sommes aperçus que les postes attribués n'étaient pas validants et pas assez nombreux, ça ne correspondait pas à ce que demande la commission nationale d'autorisation d'exercice. La commission a des prérequis, peu importe que vous soyez issu du stock, des EVC, ils lisent un dossier et disent si le candidat peut exercer ou pas. Les lauréats ne sont pas des bouche-trous ! Ils sont déjà spécialistes et viennent pour parfaire leurs compétences et intégrer le système français. Depuis les résultats en février, la priorité est aux personnes qui étaient déjà sur un poste, donc la notion de concours n'existe même plus. C'est ahurissant !

### **Actu'APH : Suite à votre mouvement du 31 mai 2022, vous avez été reçue par le directeur adjoint du cabinet du ministre de la Santé et des Préventions. Qu'est-il ressorti de cet entretien ?**



« On se retrouve aujourd'hui avec 1/5<sup>ème</sup> des dossiers traités, alors que tous les services crient à la pénurie de médecins »

**Dr Nefissa Lakhdara :** C'était la première fois que nous rencontrions Monsieur Chafaud. Nous avons proposé des solutions, j'ai expliqué pour ma part que je parlais tous les jours au téléphone avec des médecins en *burn out*, certains ne savent même pas où sont leurs dossiers. Les ARS sont sous l'eau, nous avons dit que nous refusions fermement le report et que nous méritions d'être écoutés. Nous sommes garants de ces médecins en tant que syndicat qui agit depuis 17 ans. Une réunion est prévue avant les vacances d'été, avec promesse de solutions concrètes. Nous ne voulons pas de report, nous ne voulons pas de ce statut précaire, nous voulons que nos dossiers soient traités et qu'on nous donne des réponses claires.

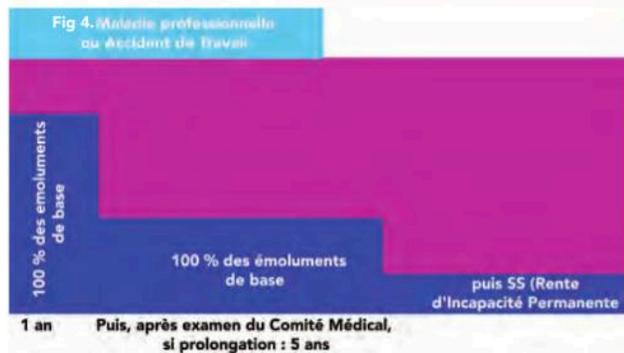
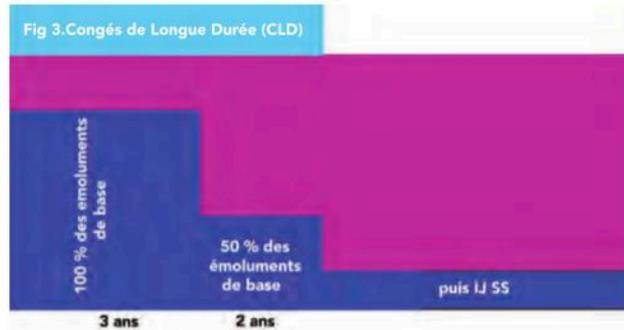
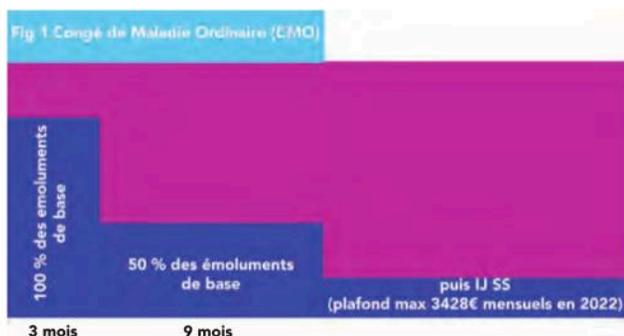
### **Actu'APH : Que pensez-vous du statut de praticien associé qui vous est proposé ?**

**Dr Nefissa Lakhdara :** C'est une aberration. Ce n'est pas faute d'avoir prévenu. Le CNOM nous a dit que c'était un statut de formation mais les praticiens ne se forment pas seulement dans le service, ils se forment également via l'université. Les commissions nationales d'autorisation d'exercice n'accepteront jamais un dossier qui ne contient pas de diplômes inter-universitaires. Il faudrait que ces PADHUE le fassent sur leurs congés personnels. C'est un statut stérile qui nous empêche d'évoluer. C'est une situation dramatique.

*D'après les propos recueillis auprès de Nefissa Lakhdara*

## CMO, CLM, CLD, mais que veulent dire ces acronymes mystérieux et quelles sont leurs conséquences pour vous ?

Il faut le savoir, vous n'êtes pas assurés à 100 % *ad vitam aeternam* !



Très rapidement, en moins de 4 mois, dans le cas d'un **Congé de Maladie Ordinaire** (CMO) (fig.1) art. R6152-37 du CSP, votre salaire sera divisé par deux pendant 9 mois.

Le **Congé de Longue Maladie** (CLM) (fig 2) art. R6152-38 du CSP, intervient après décision par le comité médical selon le type de maladie que vous avez selon l'arrêté du 14 mars 1986.

Enfin, le **Congé de Longue Durée** (CLD) (fig 3) art. R 6152-39 du CSP est reconnu si le praticien est atteint de tuberculose, de maladie mentale, d'affection cancéreuse, de poliomyélite ou de déficit immunitaire grave et acquis, après avis par le comité médical, et s'il est empêché d'exercer ses fonctions. Il est de droit mis en congé de longue durée par décision du préfet du département. Le comité médical est saisi la plupart du temps par le directeur général de l'établissement après avis du PCME.

Pour les indemnités journalières (IJ), en principe, le versement des prestations complémentaires (prévoyance) est subordonné à l'octroi d'indemnités journalières de la part de la Sécurité sociale et ce quelle que soit l'assurance ou mutuelle.

Le versement des prestations complémentaires permet de prendre en charge tout ou partie du salaire afin de garantir un certain niveau de rémunération, déduction faite des IJ de la sécurité sociale et, le cas échéant, du maintien du salaire de base acquitté par l'employeur. Ne sont pas comprises les primes et les indemnités de garde et d'astreinte.

## Les indemnités journalières ne vous seront pas acquises à vie.

Au-delà de 3 ans, elles peuvent être remises en question, interrompant le versement de votre prévoyance. Il faudra alors demander de passer en invalidité, dossier à préparer en amont, ou être proche de la retraite.



décembre 2001<sup>1</sup> confirmait que l'URSSAF était justifié à réintégrer les soins gratuits du CH de Bourg-en-Bresse sur les années 1994-1998 dans l'assiette de cotisation de la CSG et de la CRDS en tant qu'avantages en nature et un arrêt de la Cour de cassation du 2 avril 2009<sup>2</sup> précise que la gratuité des soins constitue un avantage en nature pour tous les agents bénéficiaires, quelle que soit leur situation individuelle. Ces avantages en nature sont donc soumis à cotisations sociales (CSG, CRDS...) : nous vous recommandons de ne pas faire valoir ce droit aux soins gratuits qui pourrait se retourner contre vous. Quel est l'intérêt de ces soins gratuits ? Faut-il les maintenir ? Bref, la vie n'est pas un long fleuve tranquille, encore moins quand vous êtes malade.

*Eric Branger - Secrétaire général APH/CPH,  
Florence Compagnon - Présidente du SNPGH et  
David Guenet - SNBH*

Au terme de tous ces congés, le praticien est placé en disponibilité d'office s'il est reconnu inapte à ses fonctions ou en invalidité suivant l'avis du comité médical. Le taux d'invalidité est fixé par le médecin de l'assurance maladie. Vous avez le droit aussi aux soins gratuits mais ceux-ci sont des avantages en nature. Un arrêt de la Cour de cassation du 13

<sup>1</sup> Cour de Cassation, Chambre sociale, du 13 décembre 2001, 00-12.540

<sup>2</sup> Cour de cassation, Deuxième Chambre civile, Arrêt n° 564 du 2 avril 2009, Pourvoi n° 08-13.892

## Pourquoi est-il utile d'adhérer à une prévoyance ?

Comme nous l'avons vu, les indemnités journalières ne sont pas acquises à vie. La prévoyance compense tout ou partie de la perte de salaire, qu'elle soit due à la maladie, un accident, une incapacité temporaire de travail ou une invalidité... De plus, face au décès, elle garantit le versement d'un capital.

La prévoyance est soumise à une cotisation. La souscription au plus jeune âge ou au plus tôt dans la carrière permet d'être couvert au meilleur tarif et dans les meilleures conditions (acceptation médicale facilitée, absence d'évolution du tarif / âge).

Pour quelles garanties opter ?

- Incapacité / Garantie de ressources en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident (au travail ou dans sa vie personnelle) : il est conseillé de couvrir 100 % du salaire net jusqu'à la mise en invalidité ou la retraite,
- Invalidité : c'est la même logique et il est essentiel de s'assurer un maintien de 100 % du salaire net,
- Et un capital « perte de profession » basé sur un barème d'invalidité adapté à 100 % à votre profession qui permettra d'adapter votre vie et votre activité le cas échéant,
- Des garanties en cas de décès avec au minimum un capital égal à deux ans de salaire brut,
- Ce capital étant majoré en cas d'accident sachant que l'accident est toujours imprévisible.

Chacun, selon sa situation, peut opter pour des garanties additionnelles telles que :

- Une rente éducation en cas de décès / études des enfants,
- Un capital décès supplémentaire,
- Une pension de conjoint assurant un revenu viager à son conjoint en cas de décès,
- Une couverture totale ou partielle du revenu des gardes et/ou astreintes.

# Reclassement et autres contentieux : où en sommes-nous ?

**Action Praticiens Hôpital, union d'Avenir Hospitalier et de la Conférence des Praticiens des Hôpitaux sont régulièrement contraints de porter des dossiers au contentieux, via la juridiction administrative.**

Dans un premier temps, nous devons formuler un recours vis-à-vis du ministère de la Santé ou du Premier Ministre pour contester une décision qui ne nous paraît pas juste.

En l'absence de réponse dans les deux mois - ce qui est la règle - nous déposons ce recours au Conseil d'État (CE).

Par la suite la procédure est longue : la justice n'ayant pas la même constante de temps que la médecine. Un délai de 18 mois à 3 ans est la règle pour qu'une décision administrative soit rendue en CE.

Durant ce délai, les parties échangent des « mémoires » (argumentaires). Une fois que cette séquence, dite « instruction » est close, une date d'audience est fixée.

C'est un gros travail syndical, en collaboration avec les avocats qui pour ester devant le Conseil d'État doivent avoir une habilitation spécifique, et donc coûteux : ce sont les cotisations des adhérents qui permettent de réaliser ces actions.

## Le scandale du reclassement des praticiens hospitaliers restera gravé dans la mémoire de tous les PH.

Pour mémoire, nous contestons la création de deux grilles d'émoluments parallèles, via le décret du 28 septembre 2020 qui supprime les premiers échelons de la grille sans compensation pour les PH déjà nommés (avant le 1<sup>er</sup> octobre 2020).

Le recours contre le décret a été porté au CE fin novembre 2020 ; un mémoire en défense a été produit – sur injonction du CE, parce que le ministère de la Santé n'avait pas respecté les délais – en juin 2021, auquel nous avons répondu.

L'instruction a été clôturée au mois de mai, et la

date d'audience devrait être au plus tard autour de la rentrée de septembre. Les recours individuels que vous avez portés au tribunal administratif seront examinés une fois que le CE se sera prononcé. Si vous recevez de nouveaux arrêtés d'échelon, il faut naturellement les signer, et idéalement les joindre à votre plainte au TA. Ceux qui n'ont pas déposé le recours dans les temps à l'hiver 2021 peuvent le faire cette fois-ci. Dans les deux cas, vous disposez d'un délai de 2 mois (procédure sur le site du SNPHARE).

## Le contentieux sur le décompte horaire du temps de travail

Le travail de la majorité des PH est décompté en demi-journées : c'est dans le statut (le temps continu est une mesure dérogatoire, pour certaines spécialités). La durée de la demi-journée (DJ) étant mouvante, il n'est pas rare de dépasser la limite légale des « 48 heures maximum, moyennées sur un quadrimestre » (Directive Européenne sur le Temps de Travail, 2003), sans que ce dépassement soit intégralement décompté (ex : garde de 24 h comptée 4 DJ, journées 8 h – 20 h comptées 2 DJ). Un arrêt de la cour de justice européenne « arrêt Matzak » enjoint l'ensemble des pays de l'UE à ce que les employeurs tiennent un décompte horaire du temps de travail des salariés.

APH a déposé un recours en décembre 2020 pour application de cet arrêt aux PH. Le Conseil d'État vient, en date du 22 juin 2022, de le rejeter, tout en exprimant l'obligation – déjà existante – pour l'employeur de faire ce décompte horaire ! Nous allons vous communiquer très rapidement les suites à donner à ce rejet qui a cependant un goût de victoire.

Nous travaillons avec nos conseils pour déterminer les recours possibles dont vous disposez pour faire



valoir vos droits et la prise en compte de votre temps de travail effectif qui est une des obligations légales baffouées par nos directions hospitalières.

## Le contentieux sur les moyens syndicaux

Ce contentieux vise à dénoncer la faiblesse de nos moyens, comparativement aux grandes centrales syndicales de la fonction publique hospitalière pour les professionnels non médicaux, ou à des professions « comparables » : directeurs d'hôpitaux, magistrats.

Le tant attendu décret sur les moyens syndicaux est décevant, voire insultant sur tous les plans : financement des moyens humains, budget de fonctionnement, locaux, accès aux messageries professionnelles pour la diffusion d'information. Le gouvernement et la DGOS répriment ainsi le dialogue social en limitant nos moyens pour vous représenter et vous défendre.

Ce recours a été déposé par APH en septembre 2021, mémoire en défense du ministère, et le mémoire en réponse d'APH est en voie de finalisation à l'heure où nous écrivons ces lignes.

Nous ne pouvons que déplorer la multiplication des contentieux vis-à-vis des textes officiels parus. C'est une des manifestations, comme les grèves de

praticiens, que le dialogue social n'arrive ni à vivre ni à être constructif, faute d'écoute du terrain.

Il est de notre mission, pour vous défendre, de faire ces recours, et donc de nous soumettre au temps (long) de la justice..., et à des frais d'avocats conséquents mais nécessaires. Vous savez pouvoir compter sur notre aide et nous avons besoin de votre soutien !

*Yves Rébufat - SNPHARE,  
président exécutif Avenir Hospitalier, APH  
Anne Geffroy-Wernet - SNPHARE,  
secrétaire générale Avenir Hospitalier, APH  
Jean-François Cibien - Président d'APH*

## Numéro spécial à l'attention des élus de la République

**APH a fait le choix d'intensifier sa communication pendant cette période car elle semble propice à l'obtention des mesures d'attractivité que nous réclamons depuis des mois. APH a décidé de sensibiliser l'ensemble des députés récemment élus à nos difficultés. Chaque nouveau député que vous venez d'élire, chaque sénateur a reçu un document APH (à télécharger ici : [https://aph-france.fr/IMG/pdf/actu\\_aph-n-special.pdf](https://aph-france.fr/IMG/pdf/actu_aph-n-special.pdf)), dont la première page figure ci-dessous. Ce document reprend notre argumentaire et nos propositions pour mettre un coup de frein à l'exode médical hospitalier que chacun peut observer dans son service ou son établissement. Nos députés ne pourront plaider l'ignorance de notre situation pas plus que l'incompréhension de nos demandes.**

En tant qu'élus de nos territoires et représentants de la Nation, vous constatez, comme nous, la déliquescence de notre système hospitalier, mais également de l'offre et de la qualité des soins.

Le découragement des soignants et des praticiens témoigne d'une résilience en rupture devant une technocratie et une bureaucratie qui vous indiquent que tout serait sous contrôle. Pourtant l'effondrement du pilier Santé, élément essentiel du système solidaire à la française, et la souffrance des hospitaliers n'ont jamais été aussi évidents.

La politique de santé que vous allez devoir mener et les textes que vous voterez doivent permettre de garantir la santé pour tous et partout dans notre pays. Elle doit aussi garantir à celles et à ceux qui soignent, et plus particulièrement aux hospitaliers, de pouvoir exercer leurs missions de soins conformément aux bonnes pratiques.

Action Praticiens Hôpital, union des intersyndicales Avenir Hospitalier et de la Conférence des Praticiens des Hôpitaux, majoritaires chez les praticiens hospitaliers et les contractuels aux dernières élections professionnelles, a demandé, en novembre 2021, un audit parlementaire en urgence sur les conditions de travail des hospitaliers avec de réelles mesures d'attractivité à proposer. Lors de nos auditions par le Sénat, nous avons partagé le constat de l'explosion du mal-être au travail comme du manque de moyens alloués qui étouffe le système hospitalier. Nous avons prôné une nouvelle forme de démocratie sanitaire qui permettrait de faire la synthèse et de planifier les éléments de correction à mettre en place en intégrant le financement de chacune des mesures.

Le rapport de la Commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et du système de santé en France fait les mêmes constats que tous les rapports précédents. Il reprend quelques-unes de nos propositions, champ de la psychiatrie exclu.

**Nous exigeons aujourd'hui la participation active des corps intermédiaires syndicaux à l'élaboration d'un projet commun de politique de santé digne de ce nom. En effet, les femmes et les hommes de terrain sont les véritables experts des territoires, mais également les éléments moteurs du lien essentiel dans la construction d'un dialogue social et sanitaire qui doit retrouver sa véritable place dans notre démocratie.**

**Le principe d'un accès au soin garanti en tout point du territoire, y compris les départements éloignés de l'Hexagone, est un des piliers de notre République. Nous défendrons cet héritage.**

**À ce titre, nous proposons d'évaluer l'existant dans sa globalité en abordant les quatre éléments socles dans un document fondateur : le financement de la Santé, le temps de travail et les rémunérations des hospitaliers, la démographie et l'attractivité comme la gouvernance.**

Veillez agréer, Messieurs les Présidents, Mesdames et Messieurs les élus, l'expression de nos sentiments déterminés, et soyez assurés de notre engagement sans faille pour un juste soin en tout point du territoire national.