

COMPTE RENDU DE LA COMMISSION REGIONALE PARITAIRE

DU 7 AVRIL 2014

Participants :

Au titre de l'ARS

C. LANNELONGUE directeur général de l'ARS Bourgogne
D. JAFFRE directeur de l'organisation des soins ARS
Dr F. JANDIN conseillère médicale DOS ARS
N. GARTAU conseillère technique et pédagogique ARS
M-L RICHARD conseillère technique DOS ARS

Au titre des Représentants des syndicats de PH

Dr A. PATENOTTE CH Semur CPH
Dr J-B. TUETHEY CH Chalon CPH
Dr B. RIVOIRE CH Macon INPH
Dr J-L. VAILLEAU CH La Chartreuse INPH
Dr A. NAOURI CH Macon CMH
Dr G. MILLERET CH La Chartreuse CMH
Dr M. POINSARD CH Auxerre SNAM-HP
Dr C. QUANTIN CHU Dijon SNAM-HP
Dr N. CROS TERRAUX CHU Dijon AH

Au titre des CCU-AH

Dr S. MIREK

Au titre des représentants de la FHF

C. BILHAUT DRH CH Beaune
A-L. BOULANGER DAM CHU Dijon
B. LEGOURD directeur CH Autun
D. VALZER délégué régional FHF
Dr M-P. GUENFOUDI vice-présidente de la CME du CHU
Dr B. JONON président de la CME CH Auxerre
Dr L. FRIGUI président de CME CH Joigny
Dr J-E. BEZIN président de CME CH Charolles
Dr M. FRANCOISE président de CME CH Chalon

Excusés :

Dr C. WELLELS CHU Dijon
P. CUVILLIERS CH Auxerre
Dr E. SAUTEREAU CHS Yonne
Dr M. LOMBARD CH La Chartreuse Dijon
M. LE CLANCHE CH Semur-en-Auxois
Dr R. de VARAX CH Mâcon

Le DGARS ouvre cette première séance d'installation de la CRP, en rappelant les règles de composition et les missions qui lui sont données par les textes (cf document en annexe).

Il propose un tour de table pour que chacun exprime ses attentes par rapport à cette instance.

Les représentants des syndicats de praticiens hospitaliers listent les sujets qu'ils souhaitent voir évoqués dans le cadre de la CRP, et soulignent globalement leur satisfaction de voir cette instance mise en place pour relancer le dialogue avec les représentants de la communauté médicale hospitalière :

- CPH :
 - Mise en œuvre de l'arrêté du 8 novembre 2013 relatif aux astreintes médicales, qui est favorable pour les conditions de travail des praticiens mais pose des problèmes d'application alors que les outils de calcul du temps de travail des médecins n'existent pas
 - Le dialogue social, pour lequel la CRP peut être force de proposition
 - Les conditions de financement par l'ARS des primes pour exercice multi-établissements dans le cadre de la coopération inter-établissements
 - Le Dr PATENOTTE souhaiterait pouvoir communiquer par courriels avec l'ensemble des PH des établissements

- INPH :
 - Pénibilité de l'exercice médical à l'hôpital
 - Réglementation sur les astreintes et le temps de travail médical
 - Relancer le dialogue social après la suppression de certaines instances nationales et régionales actée par la loi HPST, essayer de gérer en amont les difficultés relationnelles au sein des établissements impliquant des personnels médicaux

- CMH :
 - La problématique de la permanence des soins et de la pénibilité
 - M. le Dr MILLERET souhaite qu'un focus soit fait sur les problèmes de la démographie des psychiatres hospitaliers, alors que les demandes d'intervention de la part des médecins généralistes et des services sociaux sont en hausse
 - Disposer d'un calendrier des réunions suffisamment à l'avance, de préférence l'après-midi

- Avenir Hospitalier :
 - Le dialogue social : la CRP résulte du rapport Couty sur le pacte de confiance pour l'hôpital, qui avait également prévu la création d'une représentation médicale au sein des CHSCT, non aboutie
 - L'attractivité des carrières médicales
 - L'interim médical

- SNAM-HP :
 - L'organisation de la permanence des soins dans les hôpitaux où les effectifs sont réduits
 - La problématique des CET
 - Certaines activités non valorisées comme la prise en charge en télé-médecine (actes non cotés), ce qui rend difficile l'organisation des soins dans l'intérêt des patients
- INCAA : le Dr MIREK souligne qu'il est important d'associer les jeunes médecins aux réflexions
 - Il faudrait avoir une visibilité des postes disponibles sur la région, et prendre en compte la thématique des couples de médecins
 - Un autre thème important est celui des risques psycho-sociaux, sur lequel il y a un travail en cours

Les représentants de la FHF expriment également leurs attentes :

- D. VALZER délégué régional de la FHF :
 - La gestion du temps de travail médical à la suite de l'arrêté du 8 novembre 2011, qui pose des difficultés techniques d'application et suscite des inquiétudes sur la pérennité de certaines spécialités à l'hôpital public
 - Les conditions de l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital : des orientations viennent d'être adoptées par la FHF au niveau national
 - En ce qui concerne le dialogue social, c'est au niveau des établissements qu'il doit avoir lieu, il faut éviter que la CRP ne devienne une instance d'appel des décisions locales en cas de conflit : il propose qu'un protocole soit préalablement adopté pour l'exercice de la mission de conciliation de la CRP
- Dr JONON au titre de la conférence régionale des présidents de CME :

Il souhaite qu'une gestion prévisionnelle des postes de praticiens se mette en place, avec la formalisation des postes vacants ou qui vont le devenir, et qu'un travail de prospective soit mené en lien entre le CHU, avec les responsables de DES, et les CH.

- Dr FRIGUI président de CME CH Joigny :
 - Quelles actions pour améliorer l'attractivité des postes hospitaliers compte tenu du grand nombre de postes vacants en Bourgogne
 - Harmoniser les règles de paiement du temps de travail additionnel sur les établissements de la région
 - Reconnaître la pénibilité des gardes et astreintes
 - Problématique du décompte du temps de travail alors que les PH travaillent en demi-journées non définies
- Dr BEZIN président de CME du CH de Charolles :
 - Les difficultés de la démographie médicale hospitalière et les conditions pour rendre les postes attractifs
 - L'exercice sur plusieurs établissements qui est particulièrement répandu dans les petits centres hospitaliers
 - L'application de la réforme du temps de travail médical hospitalier d'autant plus difficile dans les petites structures

- B. LEGOURD directeur du CH d'Autun :
 - Il serait souhaitable qu'une approche cohérente de la réglementation du temps de travail soit appliquée dans l'ensemble des établissements de la région
 - Nécessité d'un baromètre de l'emploi médical régional
 - Problématique des coopérations hospitalières et des primes multi-sites dans le cadre des fédérations médicales inter-hospitalières des urgences à mettre en place

A la suite de ces interventions, M. LANNELONGUE précise certains points de méthodologie sur le fonctionnement de la CRP :

- Calendrier des réunions : après discussion, les dates retenues sont le
 - Jeudi 19 juin, 14h30 salle C000**
 - Jeudi 2 octobre (et non le 11 septembre comme prévu initialement) 14h30 salle C000**
 - Jeudi 4 décembre, à 14h30 salle C000**
- Accord pour avoir au préalable un diagnostic de la situation des emplois médicaux, qui pourrait être présenté lors de la prochaine réunion du 19 juin, ainsi qu'un point sur la mise en œuvre des nouvelles règles concernant le temps de travail
- En ce qui concerne le dialogue social, l'ARS est attentive à ce que ce dialogue fonctionne au sein des établissements, notamment dans le cadre des réorganisations liées aux contrats de retour à l'équilibre (8 établissements concernés), il est important de développer et diffuser les bonnes pratiques dans ce domaine. L'ARS intervient à titre exceptionnel dans les situations de blocage, mais ne doit pas se substituer aux instances et procédures locales : accord pour qu'un protocole d'intervention sur certaines situations individuelles soit élaboré
- Le sujet de l'attractivité des postes hospitaliers sera abordé aux réunions suivantes : dans ce domaine, l'attractivité est très liée, plutôt qu'à des questions financières, aux pratiques de bonne gestion et de bon management
- Sur la prévention des risques psycho-sociaux, des instructions nationales pour l'ensemble du secteur public seront prochainement publiées
- Les sujets devraient être préparés en sous-groupes de travail issus de la CRP, avec une composition paritaire, à élargir en fonction des problématiques à des experts extérieurs
- L'ARS aura aussi des sujets d'actualité à soumettre : la révision du schéma cible de la PDES, le dispositif des postes d'assistants partagés, l'organisation des communautés hospitalières de territoire dans les 6 territoires hospitaliers

Impact de l'arrêté du 8 novembre 2013 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité et de la permanence des soins dans les établissements publics

- D. VALZER précise que les difficultés posées par l'application de ce texte sont de plusieurs ordres :
 - Besoin d'une clarification du temps de travail additionnel : une circulaire est en attente sur ce point
 - Problèmes matériels : la mise en place de registres de temps travaillé implique un décompte du temps de travail analogue à celui du personnel non médical (alors que la notion de demi-journée est toujours floue), et donc l'extension au personnel médical des logiciels existants de calcul du temps de travail et de paye
 - Conséquences de cette réforme sur l'organisation des soins : il sera impossible de mettre sur le tableau de service un praticien d'astreinte, ne sachant pas à l'avance s'il va devoir se déplacer

en période d'astreinte, ce qui va fragiliser nombre d'activités fonctionnant avec 2 ou 3 praticiens. Le risque est d'accroître le recours à l'interim

- Cette réglementation crée une distorsion entre le secteur public et le secteur libéral non soumis aux mêmes contraintes

Il conviendra de partager au niveau de la commission les solutions possibles pour réorganiser les activités médicales.

L'évaluation des conséquences financières de l'arrêté du 8 novembre (conséquences directes en terme d'indemnisation du temps additionnel ou de CET, et conséquence en terme de perte d'activité programmée) est très difficile.

- Les représentants des syndicats de praticiens soulignent qu'il n'y a toujours pas de définition de la demi-journée, qui reste l'unité de temps de travail dans le statut : des négociations nationales sont en cours sur le temps de travail médical, mais le ministère jusqu'à présent n'a pas souhaité définir la demi-journée en heures, et se prononcer notamment sur le différentiel entre la durée légale hebdomadaire de travail de 39 heures, et la durée maximale de 48 heures par semaine lissée sur 4 mois, à partir de laquelle se déclenche le temps de travail additionnel.

Il y a en outre un problème de risque médico-légal dans le cas où les praticiens sont amenés à dépasser le nombre maximal d'astreintes par semaine ou par mois fixé par le texte, ce qui est le cas en période de congé : il est rappelé que la responsabilité de la validation des tableaux de service appartient au chef d'établissement.

Cette pratique n'est pas généralisée dans tous les établissements.

Le DGARS propose qu'une mini-enquête soit réalisée par l'ARS auprès des établissements d'ici la prochaine réunion, sur la connaissance des horaires de travail des médecins et l'impact de la réforme sur les tableaux de service.

D. VALZER informe que ce sujet sera évoqué lors de la prochaine rencontre des responsables des affaires médicales le 28 mai.

Primes pour exercice sur plusieurs établissements

M. LANNELONGUE indique que la coopération inter-hospitalière est un sujet prioritaire pour l'ARS, que la constitution des CHT et des FMIH des urgences a pour objectif une amélioration de l'organisation des filières de soins, et la création d'un cadre de travail plus motivant pour les médecins hospitaliers. Il y a donc un point d'équilibre à trouver avec les contraintes de financement des primes multi-sites dans le cadre du FIR, tout en respectant les conditions réglementaires de leur attribution. L'EPRD du FIR 2014 est en cours d'élaboration.

L'ARS reste vigilante vis-à-vis des directions qui ne verseraient pas les primes aux praticiens lorsque les conditions réglementaires sont remplies.

Parallèlement, il envisage de solliciter des dérogations nationales sur les modalités de rémunération des praticiens qui exerceront dans le cadre des FMIH des urgences.

D. VALZER souhaite avoir un bilan des primes financées par l'ARS.

Il souligne que les conditions réglementaires doivent être respectées car les établissements sont soumis au contrôle de la chambre régionale des comptes.

L'attractivité de l'exercice sur plusieurs établissements ne pourra être résolue qu'avec un vrai statut de praticien territorial, qui se traduise par des primes et des règles d'avancement spécifiques.

Le Dr RIVOIRE soulève la question de la couverture assurantielle en cas d'accident lors des déplacements inter-établissements.

Le Dr MIREK propose de faire un point sur la problématique des assistants en exercice partagé, et fait référence à l'expérience des hôpitaux du département du Nord autour du CHU de Lille.

Prochaine réunion : jeudi 19 juin 2014