

« NUITS BLANCHES »

RESULTATS

**DE LA GRANDE CONSULTATION NATIONALE
SUR LA PERMANENCE DES SOINS MEDICALE**

Dossier de presse

ACTIONS PRATICIENS HOPITAL

1^{er} juillet 2022

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| Introduction | 4 |
| CONFLITS D'INTERETS | 6 |
| METHODOLOGIE | 7 |
| DEMOGRAPHIE..... | 8 |
| Sexe, tranches d'âges..... | 8 |
| Répartition par statut..... | 8 |
| Quotité de temps de travail et activité libérale..... | 9 |
| Répartition par spécialités | 11 |
| GARDES ET ASTREINTES | 14 |
| Description de l'exercice de la PDS..... | 14 |
| Décompte du temps de travail..... | 21 |
| L'activité nocturne de la permanence des soins..... | 23 |
| La fatigue..... | 25 |
| Troubles du sommeil..... | 26 |
| DOCTEURS JUNIORS..... | 28 |
| L'INDEMNITE DE SUJETION | 29 |
| SAMEDI MATIN | 30 |
| TEMPS DE TRAVAIL ADDITIONNEL (TTA) | 32 |
| REGARD SUR LA PERMANENCE DES SOINS..... | 33 |
| DISPENSE DE PERMANENCE DES SOINS ? | 34 |
| 75 % DES MEDECINS..... | 36 |
| VERS DES SOLUTIONS ?..... | 37 |
| COMBIEN VAUT UN PRATICIEN HOSPITALIER ? | 37 |
| VERBATIMS | 40 |
| Conclusion..... | 41 |
| REMERCIEMENTS | 42 |
| QUI SOMMES-NOUS ?..... | 43 |
| ANNEXE I – QUESTIONNAIRE | 45 |
| ANNEXE II – LE RECLASSEMENT DES PH..... | 53 |

NUITS BLANCHES
Résultats de la grande consultation nationale sur la permanence des soins médicale
1^{er} juillet 2022

INTRODUCTION

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.

En cause, des erreurs systémiques de politique de santé, tant au niveau du territoire, de la définition de la place de chacun dans le système de santé, que de ressources humaines. Malgré d'innombrables rapports (rapport véran sur l'intérim en 2013, rapport Le Menn de 2015 sur l'attractivité des carrières hospitalières... ou plus récemment la commission d'enquête du Sénat en janvier 2022, la mission Braun dont le (projet de) rapport a été diffusé le 30 juin 2022), aucune politique de santé n'a réellement réussi à restaurer l'attractivité hospitalière. Faute de système de financement adapté, l'hôpital transformé en « hôpital entreprise » subit une pression de productivité contraire au principe du « bon soin ». Ces politiques de santé nous ont au contraire embarqué dans une spirale négative de perte de sens mettant le système de santé à bout de souffle.

La permanence des soins 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.

Depuis 2019, des tensions se font particulièrement sentir dans les spécialités « à forte contrainte de permanence des soins ». Malgré des mouvements spécifiques aux urgences (juin 2019, naissance du « Collectif Inter-Urgence ») ou plus larges (mobilisation historique en novembre 2019 « Sauvons l'hôpital public »), malgré la demande incessante de certains syndicats médicaux professionnels, relayés par Action Praticiens Hôpital, de traiter de la permanence des soins, ce chantier n'a toujours pas été ouvert.

Il a même été refermé par le Ministre chargé de la Santé au moment des négociations du Ségur, avec la complicité des organisations syndicales médicales signataires du protocole d'accord. En effet, une maigre hausse de rémunération des gardes avait été proposée (+ 20 %) rapidement abandonnée au profit de nouveaux échelons de fin de carrière. A l'époque, la demande de juste décompte du temps de travail (« 24 heures = 5 demi-journées ») avait été totalement intégrée par les négociateurs et le ministre, mais refusée, au titre qu'elle représentait un budget de 180 millions d'euros par an, soit 500 000 euros par jour... économisés par l'Etat sur le dos des praticiens de garde.

La parenthèse de la première vague de la crise sanitaire a fait appel à la résilience de tous les professionnels de santé. L'hôpital public a été fortement sollicité. Les retours, outre l'échec du Ségur, ont été décevants : octroi de primes et survalorisation du temps de travail additionnel distribués de manière aléatoire, refus des tutelles d'ouvrir le chantier de la permanence des soins.

A cette déception s'ajoute une autre déception du Ségur pour les praticiens nommés avant le 1^{er} octobre 2020, contraints, suite à une évolution positive pour les plus jeunes, de coexister avec eux sur une grille de rémunération nettement défavorable (décalage de 4 ans d'ancienneté), alors qu'ils tiennent l'hôpital public à bout de bras depuis des années.

Le taux de départs vers d'autres modes d'exercice (via le dispositif de la disponibilité) a explosé (x 4 en dix ans). L'inadéquation entre l'offre de soins non programmée (urgences, mais aussi plateaux techniques et maternités) et la demande, d'autant plus grandissante que la médecine de ville est elle aussi en grande difficulté, contraint à utiliser des modes dégradés : diminution des lignes de gardes, recours à l'intérim, et récemment prime de solidarité territoriale. Force est de constater que ces rustines, qui altèrent la qualité et la sécurité des soins, ne sont même plus efficaces en termes de « bouchage de trous ».

L'arrêté du 30 avril 2003 régit l'exercice de la permanence des soins médicale dans les établissements de santé (<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000005634331/2019-04-15/>). A près de 20 ans d'existence, il n'a été que très peu modifié et ne s'est donc pas adapté à l'évolution des caractéristiques de la permanence des soins hospitalière ; de même la rémunération de la permanence des soins a excessivement peu évolué en 20 ans ; elle n'a même jamais été indexée au point d'indice.

Action Praticiens Hôpital a décidé au mois de juin 2022 de lancer une grande consultation nationale auprès des praticiens sur leur pratique de la permanence des soins, l'enquête « Nuits Blanches ». Cette enquête a pour but d'évaluer le vécu et les conséquences de la contrainte de la permanence des soins 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...

CONFLITS D'INTERETS

Aucun

Financement de l'étude = 0, réalisation sur temps syndical (MSS / MSP) et bénévolat...



Financement de la conférence de presse : soutien financier du Groupe Pasteur Mutualité pour la location de la salle de la Villa M.



METHODOLOGIE

Action Praticien Hôpital (APH) a élaboré le questionnaire. Le Dr Anne Geffroy-Wernet, membre du bureau d'APH, a coordonné l'enquête.

Il s'agit d'une enquête en ligne, installée sur Google Forms : <https://forms.gle/wc45TredgcYEABy17> (Questionnaire en annexe, fin du document).

L'enquête s'est déroulée du lundi 13 juin 2022, 9 heures, au lundi 27 juin 2022, minuit). Le lien vers l'enquête ainsi qu'un teaser <https://youtu.be/38JnpLGbiFs> ont été diffusés par newsletter aux praticiens le lundi 13 juin, le lundi 20 juin, le jeudi 23 juin et le lundi 27 juin via la mailing list d'APH : cette mailing list est issue du fichier du Centre National de Gestion, qui gère les carrières des praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires. Il n'existe à notre connaissance aucun fichier centralisé répertoriant les autres praticiens (contractuels, assistants...) des hôpitaux. L'information de l'enquête a également été diffusée par les réseaux sociaux d'APH (Facebook, Twitter).

Parallèlement, les syndicats composant APH ont relayé l'information vers leurs adhérents, par tous modes de communication qui leur semblaient pertinents.

Des organisations extérieures à APH ont été sollicités pour la diffusion de l'enquête, et ont répondu positivement (cf. Remerciements) : les syndicats « Jeunes Médecins », « Syndicat National des Jeunes Anesthésistes-Réanimateurs » (SNJAR) et « Association des Médecins Urgentistes de France » (AMUF), les collectifs « Santé en Danger » (CSED) et « Interhôpitaux » (CIH), les conférences de présidence de CME de CHU, CH et CHS, l'ensemble des praticiens hospitaliers et enseignants (PU-PH et MCI-PH) ainsi que les sociétés savantes « Société Française d'Anesthésie-Réanimation » (SFAR) et « Société Française de Médecine d'Urgence » (SFMU).

Une réponse a été apportée à chaque praticien ayant une difficulté d'accès au questionnaire (moins d'une dizaine). L'oubli de la spécialité « neurologie » dans les dénominations de spécialité a été corrigé dès les premières heures de l'enquête, et les effectifs de neurologues participants à l'enquête ont été rectifiés en conséquence.

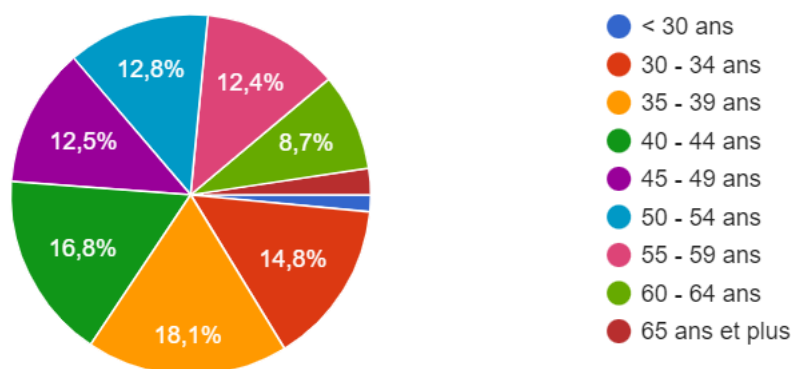
Les données ont été extraites le lundi 27 juin 2022 à minuit (tableau Excel produit par Google Forms, capture d'écran de l'ensemble des graphiques).

DEMOGRAPHIE

Sexe, tranches d'âges

Les praticiens qui ont répondu sont en majorité des femmes (55 %), ce qui s'explique probablement par la répartition de la population, les jeunes générations ayant particulièrement répondu à l'enquête. La faible proportion de répondants < 30 ans est liée au fait qu'on n'est diplômé qu'à la fin de la deuxième décennie ; la faible proportion de > 65 ans par le fait qu'une grande partie de ces praticiens sont à la retraite, et que ceux qui travaillent encore ne participent souvent plus à la permanence des soins, et ne se sont donc pas sentis concernés par cette enquête.

La moitié des répondants ont moins de 45 ans : c'est l'avenir du système de santé qui s'est exprimé massivement, ce qui donne d'autant plus de poids aux résultats, et donc conditionne les mesures qu'il faudra prendre pour limiter l'exode hospitalier lié à la permanence des soins.

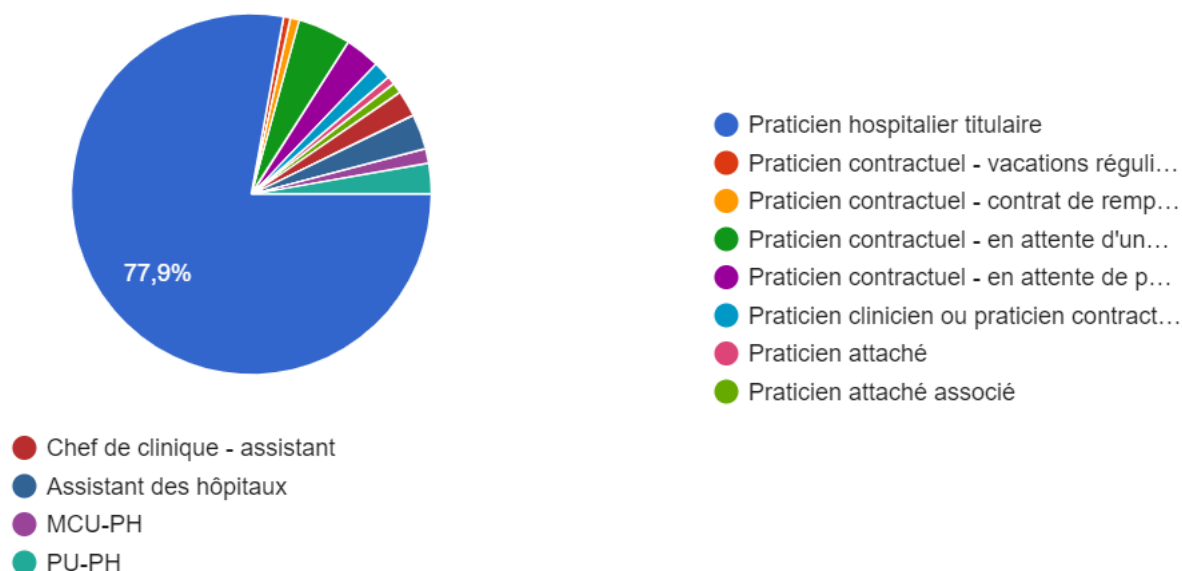


Répartition par statut

77,9 % des répondants sont des praticiens hospitaliers. Ce chiffre important s'explique par le mode de diffusion de l'enquête : envoi via notre fichier syndical, qui ne comprend quasiment que les praticiens hospitaliers et les praticiens hospitalo-universitaires. En effet, les praticiens hospitaliers (environ 45 000 au total) et les hospitalo-universitaires (environ 6000 au total) ont des carrières gérées par le Centre National de Gestion, et donc sont facilement « accessibles » par le fichier du CNG ; les autres statuts et contrats se négocient gré à gré avec chaque direction (et chaque université pour certains) : c'est la raison pour laquelle nous avons multiplié les voies de diffusion de l'enquête.

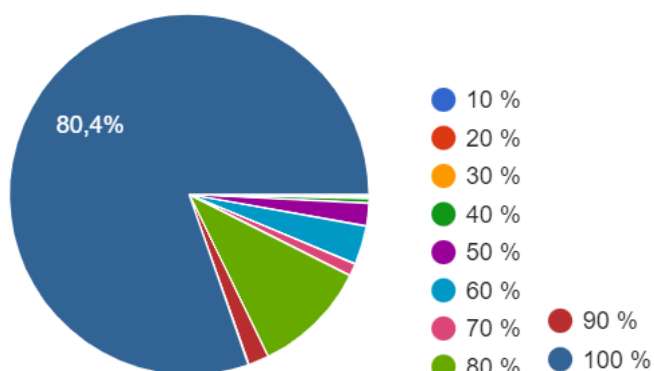
Notons que respectivement 4,8 % et 3,1 % des répondants sont des praticiens contractuels en attente de poste de praticien hospitalier (PH) ou en attente de passer le concours de PH. Ajoutés aux précédents, cela représente près de 87 % de praticiens engagés dans une carrière hospitalière ou une perspective de carrière hospitalière.

Enfin, 1,3 et 2,8 % des MCU-PH et PU-PH (respectivement 4,5 et 4,1 % des effectifs dans leur corps) ont répondu à notre enquête. Nous n'avons pas de données sur la participation des hospitalo-universitaires à la permanence des soins. En revanche, il faut rappeler que la permanence des soins est l'objet d'une rémunération quasi doublée chez les hospitalo-universitaires par rapport aux autres praticiens.

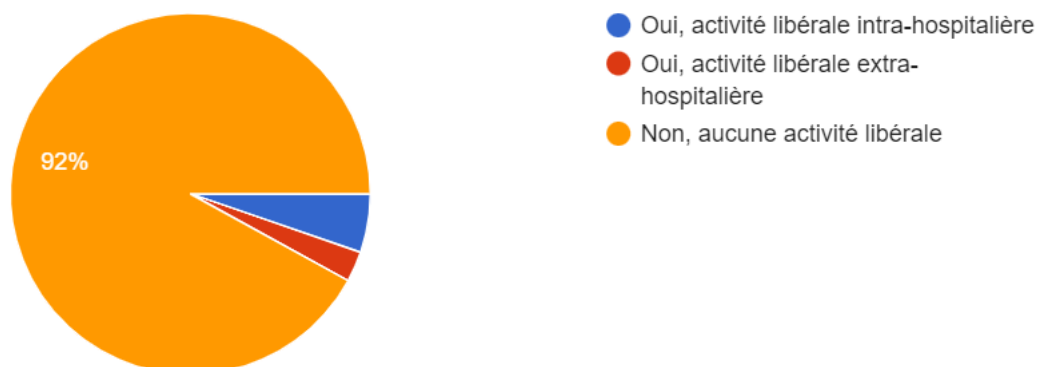


Quotité de temps de travail et activité libérale

La quotité de travail des praticiens est principalement à temps plein (plus de 80 % d'entre eux), ou à 80 % (plus de 10 % d'entre eux).



L'activité libérale ne peut s'envisager que dans une quotité de travail inférieure à un temps plein. 8 % des praticiens répondants ont une activité libérale : 5,3 % intra-hospitalière, 2,7 % extra-hospitalière.



L'activité libérale intra-hospitalière est autorisée chez les titulaires (PH, PU-PH, MCU-PH). Le cumul d'une activité libérale intra- et extra-hospitalière est interdit.

Répartition par spécialités

| | Nombre total de réponses | Dont réponses PH | Effectif PH (données CNG 1 ^{er} janvier 2022) | % de réponses PH par rapport au nombre de PH dans la spécialité |
|--|--------------------------|------------------|--|---|
| | 7401 | 4743 | 45475 | 10,4% |
| Total biologie | 333 | 265 | 2068 | 12,8% |
| Chirurgie générale | 18 | 16 | 309 | 5,2% |
| CMF + orale / stomatologie | 15 | 11 | 155 | 7,1% |
| Chirurgie orthopédique | 92 | 75 | 912 | 8,2% |
| Chirurgie plastique et esthétique | 13 | 7 | 91 | 7,7% |
| Chirurgie pédiatrique | 55 | 39 | 199 | 19,6% |
| Chirurgie thoracique et cardiovasculaire | 29 | 20 | 204 | 9,8% |
| Chirurgie vasculaire | 14 | 10 | 152 | 6,6% |
| Chirurgie viscérale | 115 | 91 | 651 | 14,0% |
| Gynécologie-obstétrique | 258 | 207 | 1577 | 13,1% |
| Neurochirurgie | 26 | 18 | 166 | 10,8% |
| OPH | 8 | 6 | 354 | 1,7% |
| ORL | 38 | 29 | 524 | 5,5% |
| Urologie | 23 | 18 | 376 | 4,8% |
| Total chir | 704 | 547 | 5670 | 9,6% |
| Allergologie | 1 | 1 | 12 | 8,3% |
| Ana-path | 12 | 10 | 374 | 2,7% |
| AR | 1368 | 1056 | 4646 | 22,7% |
| Dermatologie | 18 | 8 | 269 | 3,0% |
| Endocrinologie | 67 | 54 | 571 | 9,5% |
| EFR | 4 | 3 | 37 | 8,1% |
| Gynécologie médicale | 5 | 5 | 70 | 7,1% |
| Génétique | 8 | 6 | 104 | 5,8% |
| Gériatrie | 270 | 239 | 2387 | 10,0% |
| Hygiène hospitalière | 3 | 2 | 221 | 0,9% |
| Hématologie | 48 | 41 | 382 | 10,7% |
| Hémobiologie transfusion | 0 | 0 | 93 | 0,0% |
| Hépto-gastro-entérologie | 90 | 73 | 936 | 7,8% |
| Immunologie clinique | 0 | 0 | 10 | 0,0% |
| Mal. Infectieuses et tropicales | 41 | 35 | 358 | 9,8% |
| Cardiologie | 123 | 96 | 1359 | 7,1% |
| Médecine d'urgence | 1666 | 1278 | 4922 | 26,0% |
| Santé au travail | 9 | 7 | 79 | 8,9% |

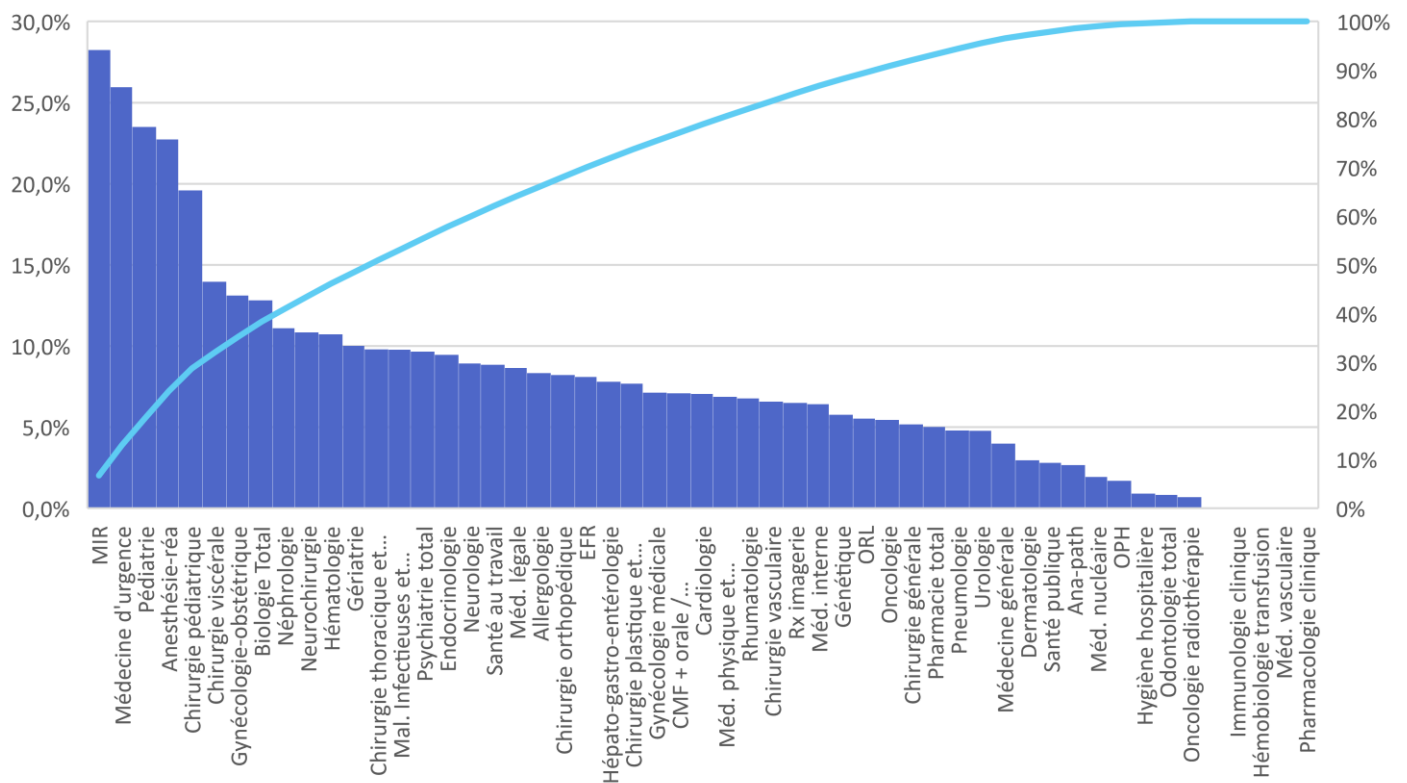
NUITS BLANCHES

Résultats de la grande consultation nationale sur la permanence des soins médicaux
1^{er} juillet 2022

| | | | | |
|--|-------------|-------------|--------------|--------------|
| Médecine générale | 205 | 147 | 3687 | 4,0% |
| MIR | 216 | 172 | 609 | 28,2% |
| Méd. interne | 61 | 41 | 639 | 6,4% |
| Méd. légale | 22 | 11 | 127 | 8,7% |
| Méd. physique et rééducation | 36 | 27 | 392 | 6,9% |
| Méd. vasculaire* | 11 | 9 | 25 | 36,0% |
| Neurologie | 111 | 88 | 985 | 8,9% |
| Néphrologie | 78 | 63 | 567 | 11,1% |
| Oncologie | 24 | 17 | 311 | 5,5% |
| Oncologie radiothérapie | 1 | 1 | 144 | 0,7% |
| Pharmacologie clinique | 5 | 0 | 94 | 0,0% |
| Pneumologie | 49 | 40 | 834 | 4,8% |
| Pédiatrie | 909 | 657 | 2795 | 23,5% |
| Rhumatologie | 28 | 25 | 369 | 6,8% |
| Santé publique | 14 | 13 | 464 | 2,8% |
| Total médecine | 5503 | 4225 | 28872 | 14,6% |
| Total 2 médecine (sans AR MIR MU) | 2253 | 1719 | 18695 | 9,2% |
| Total AR + MIR | 1584 | 1228 | 5255 | 23,4% |
| | | | | |
| Odontologie total | 6 | 2 | 237 | 0,8% |
| Pharmacie total | 161 | 148 | 2949 | 5,0% |
| Psychiatrie total | 568 | 488 | 5053 | 9,7% |
| | | | | |
| Méd. nucléaire | 7 | 4 | 207 | 1,9% |
| Rx imagerie | 119 | 93 | 1429 | 6,5% |
| Total Rx | 78 | 78 | 1636 | 4,8% |

*Le taux de réponse en médecine vasculaire n'est pas interprétable : de nombreux PH pratiquent la médecine vasculaire sans être recensés comme tels par le CNG ; d'ailleurs, la majorité des postes de PH libellés « médecine vasculaire » ne sont pas pourvus ! En conséquence, ce résultat a été retiré du diagramme de Pareto ci-après.

% de PH qui ont répondu à l'enquête dans chaque spécialité



5 spécialités ont donc un fort taux de réponses chez les praticiens hospitaliers : médecine intensive-réanimation, médecine d'urgence, pédiatrie, anesthésie-réanimation, chirurgie pédiatrique. Plusieurs explications à cela :

- Une diffusion préférentielle liée à nos canaux de communication (notamment dynamique des syndicats de spécialités en médecine d'urgence, anesthésie-réanimation, pédiatrie)
- Une problématique aiguë dans ces services, qui sont les services qui assurent les urgences médicales et sur les plateaux techniques (blocs opératoires, maternités), avec une charge de travail particulièrement lourde en responsabilité (confrontation permanente à l'urgence vitale).

GARDES ET ASTREINTES

Près de 96 % des répondants font des gardes et/ou des astreintes. Parmi eux :

- ✓ 42 % prennent uniquement des gardes
- ✓ 22 % prennent uniquement des astreintes
- ✓ 36 % prennent des gardes et des astreintes.

Description de l'exercice de la PDS

Gardes

Les gardes consistent à exercer l'activité d'urgence, de l'urgence vitale « absolue » aux soins non programmés qui ne peuvent attendre la journée suivante. Cette activité est par définition imprévisible, et impose aux praticiens d'être sur place à l'hôpital. Elle est suivie d'un repos de sécurité, d'une durée au moins égale à la durée de présence à l'hôpital. Une nuit de garde est habituellement précédée d'une journée de travail, et suivie d'au moins 24 heures de repos.

Les gardes font partie des obligations de service de l'ensemble des praticiens qui exercent à l'hôpital dans le cadre d'un statut. Nul n'en est dispensé, sauf en cas de contre-indication médicale. Il existe une tolérance pour les praticiens au-delà de 60 ans et pour les femmes enceintes au-delà de 3 mois, mais ces deux critères ne représentent pas des motifs de dispense de droit.

95 % des répondants prennent des gardes et/ou des astreintes. 71 % d'entre eux prennent des gardes

Sex ratio

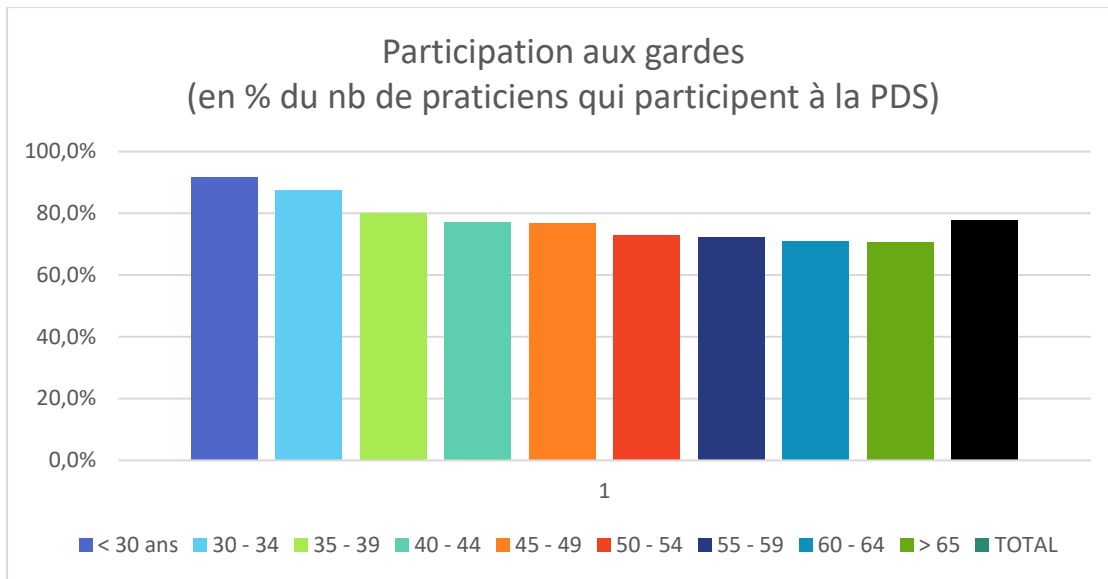
Le ratio hommes / femmes des praticiens qui prennent des gardes est de 47/53 (vs répartition des répondants 45/55).

Tranches d'âge

La participation à la permanence des soins *sous forme de garde* diminue avec l'âge, mais reste très élevée jusqu'à l'âge de la retraite.

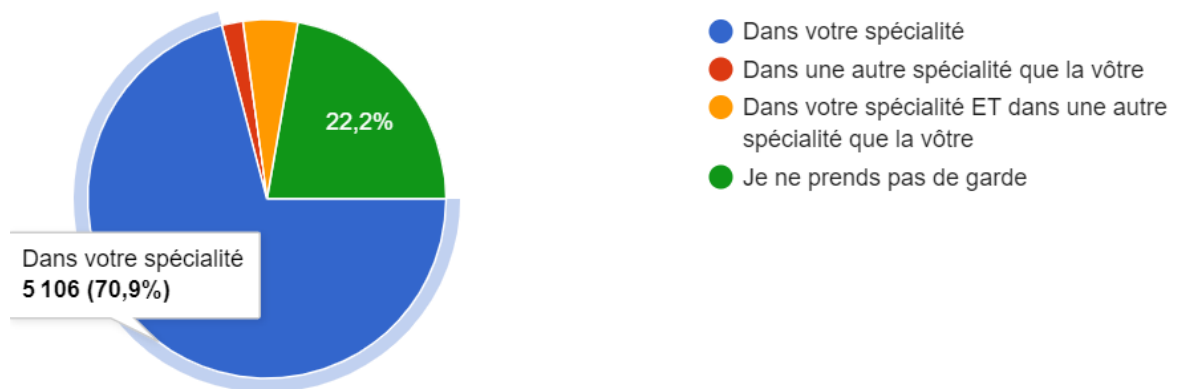
NUITS BLANCHES

Résultats de la grande consultation nationale sur la permanence des soins médicale
1^{er} juillet 2022



Quelles gardes ?

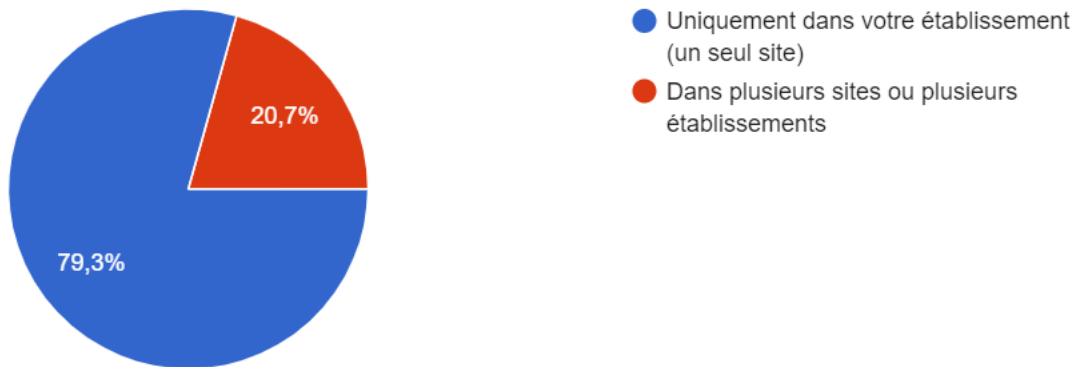
- Dans la spécialité / hors de la spécialité



Peu de praticiens exercent des gardes hors de leur spécialité (n = 486 soit 6 % des répondants) : dans ce cas, ces gardes sont prises principalement les urgences, mais aussi beaucoup en réanimation (médecine intensive réanimation (MIR) & réanimation néonatale), en médecine, en psychiatrie adulte (pour les pédopsychiatres) et en biologie.

Cet exercice en dehors de la spécialité résulte soit d'une volonté du praticien d'élargir son champ d'activité, soit d'une pénurie médicale de ces services liée à un sous-dimensionnement des équipes et / ou une vacance de postes dans ces services à « forte contrainte de PDS » - notre enquête n'a pas exploré ces différentes hypothèses.

□ Où prend-on ses gardes ?



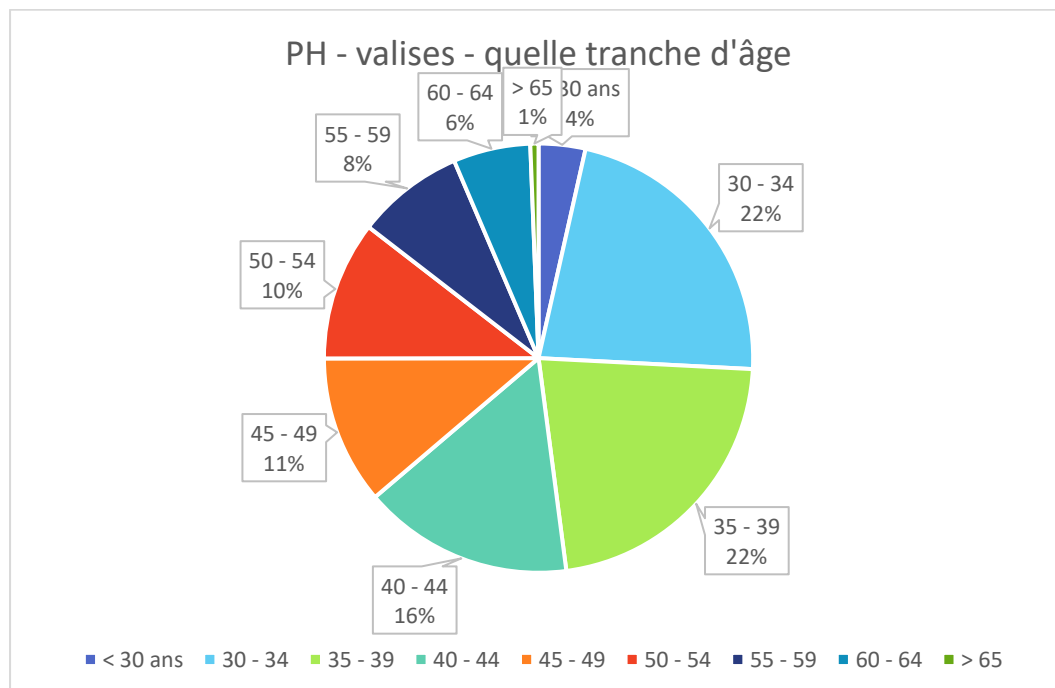
Ce résultat est étonnant, et reflète une évolution des modalités d'exercice qui n'a jamais été une demande syndicale des praticiens hospitaliers. Plus de 20 % de praticiens sont appelés à exercer hors de leur établissement d'affectation pour assurer la permanence des soins : « les praticiens - valises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

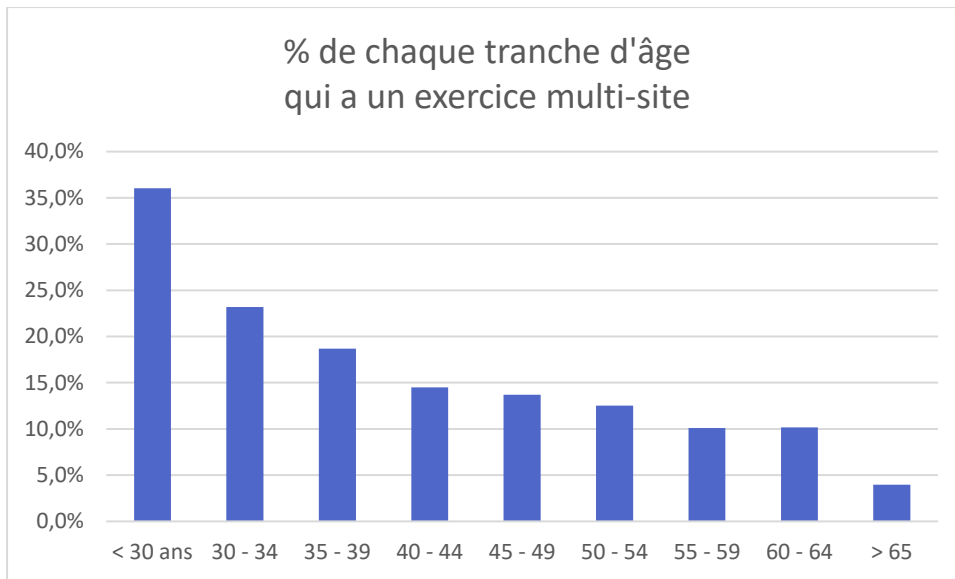
Ratio homme / femme

47 % des « praticiens-valises » sont des femmes (alors que 55 % des réponses à l'enquête viennent de praticiennes).

Tranche d'âge

Ce sont principalement les jeunes praticiens qui sont le plus mobiles. Ce résultat est à rapprocher du résultat sur les statuts (cf. infra).

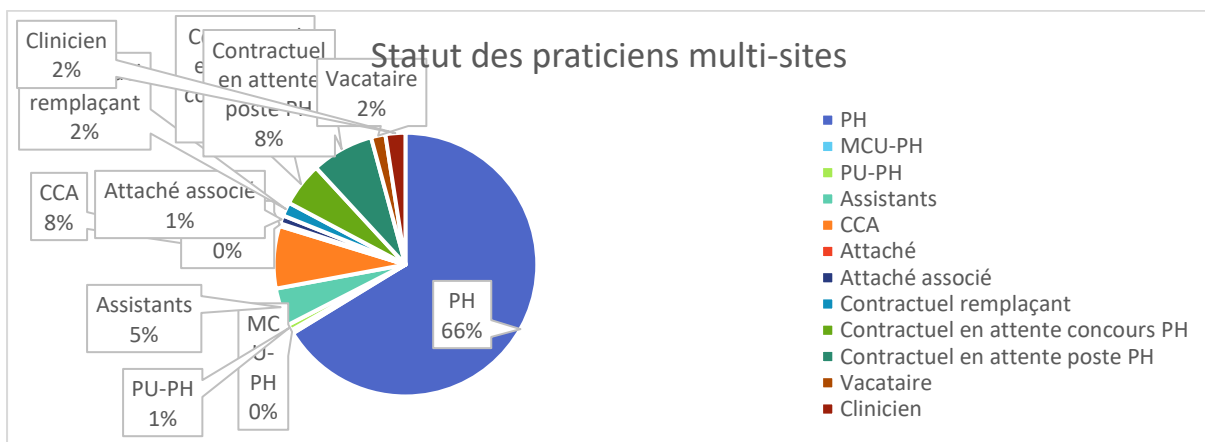




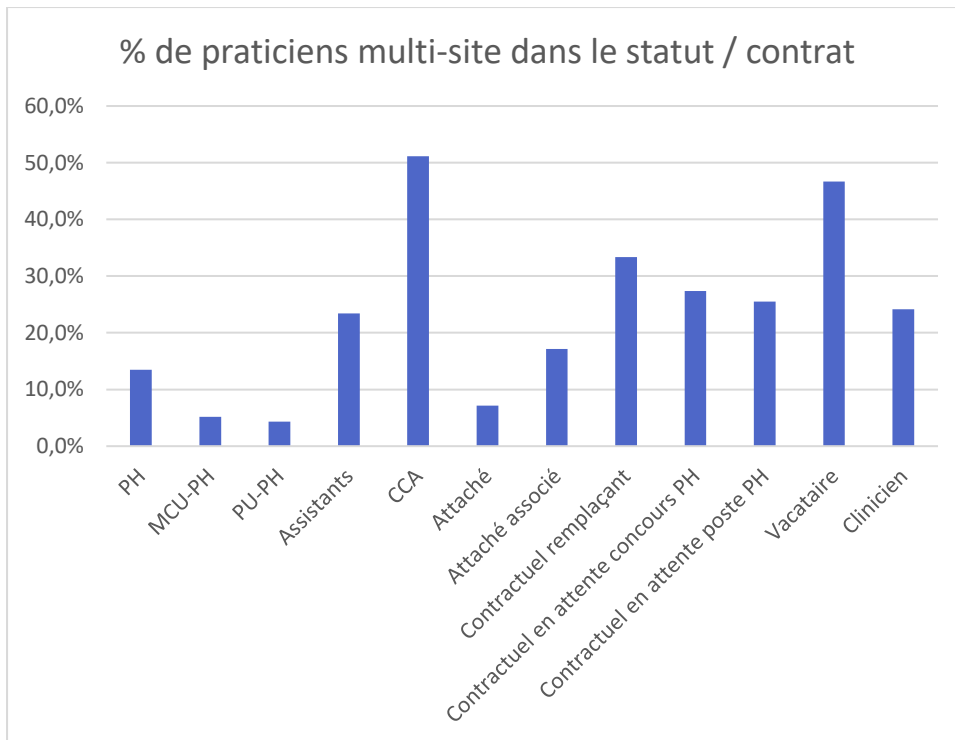
Statut

En nombre absolu, ce sont surtout les PH titulaires qui ont un exercice multi-site.

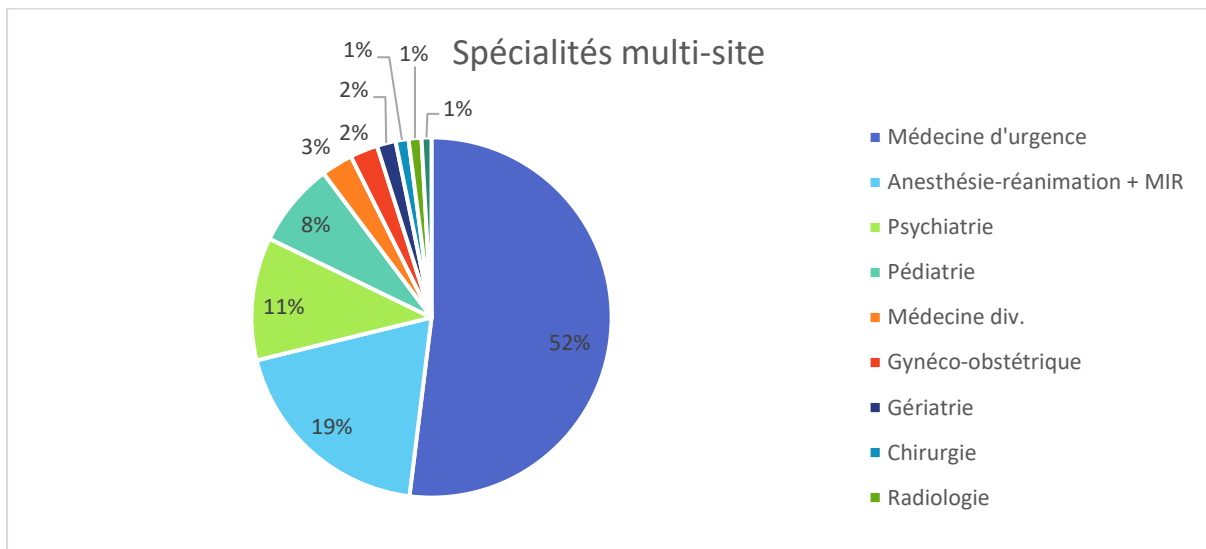
En revanche, lorsqu'on regarde à l'intérieur de chaque statut, ce sont principalement les praticiens non-titulaires (CCA, contractuels vacataires, remplaçants ou en encore en attente de poste de PH ou de passer le concours de PH) qui ont un exercice multi-site.



L'exercice multi-site doit faire réglementairement l'objet d'un accord du praticien hospitalier, ou être le choix en cas d'assistantat partagé. Au vu de situations qui nous sont communiquées via le syndicats, cet accord est régulièrement imposé, et la précarité des non-titulaires peut inciter à mettre une pression sur le praticien pour qu'il soit mobile. Inversement, cette mobilité peut également permettre d'enrichir ses compétences en post-internat : équipes différentes, recrutements de patients différents etc.



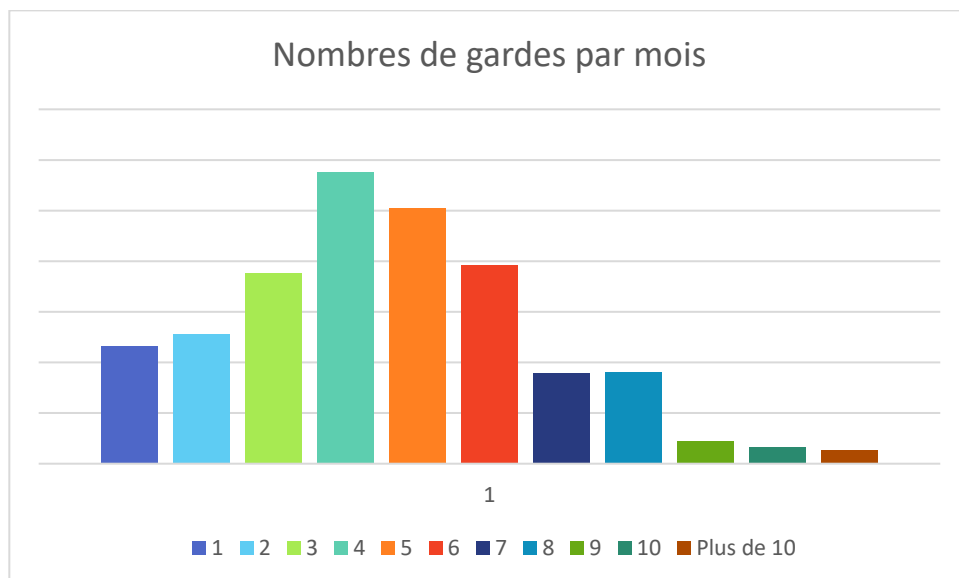
Par spécialité



L'exercice multi-site est prédominant en médecine d'urgence, de manière très nette, puis en anesthésie-réanimation et médecine intensive réanimation, en psychiatrie et en pédiatrie. Ce sont les spécialités qui ont le plus répondu à l'enquête : l'interprétation de cette répartition est donc à nuancer.

Nombre de gardes par mois

La médiane du nombre de gardes mensuelles des praticiens est de 4 gardes par mois. Une fraction non négligeable de praticiens effectue 7 gardes par mois ou plus, soit environ une garde tous les 4 jours en moyenne.

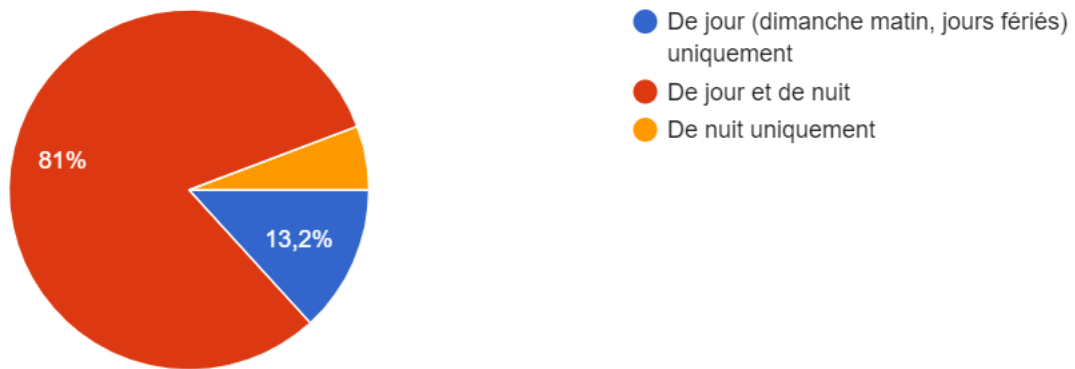
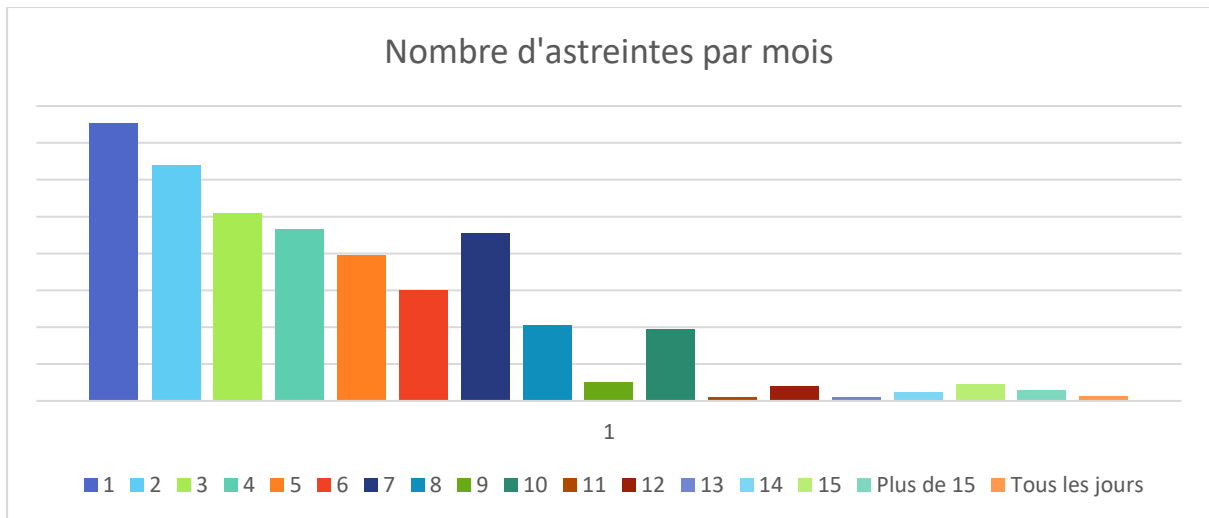


Cette répartition se retrouve quel que soit la tranche d'âge étudiée.

Astreintes

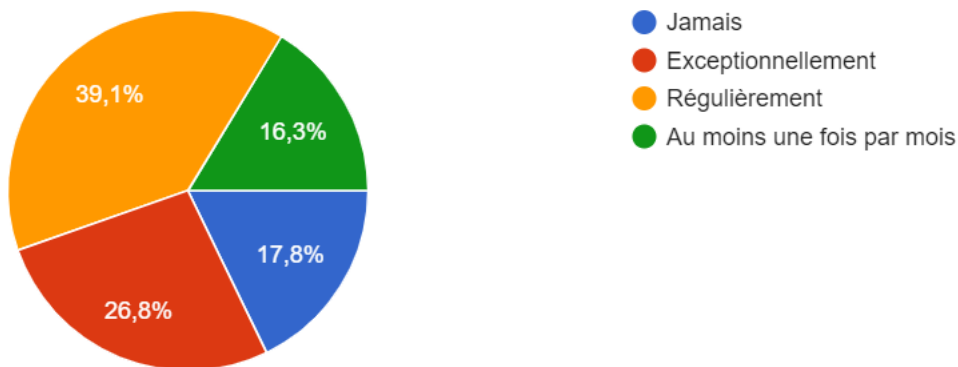
Les astreintes ont le même but que les gardes : exercer l'activité d'urgence, de l'urgence vitale aux soins non programmés qui ne peuvent attendre la journée suivante. Elle impose donc au praticien d'être joignable et disponible en permanence, et d'avoir à venir le cas échéant à l'hôpital « dans les plus brefs délais ». Outre les déplacements, le praticien d'astreinte répond au téléphone pour assurer la continuité des soins du service et pour donner des avis : ce temps de « télémedecine » n'est ni décompté, ni valorisé financièrement. L'astreinte est suivie d'un repos de sécurité d'au moins 11 heures après la fin du dernier déplacement. Une astreinte nocturne est habituellement précédée d'une journée de travail.

Dans notre étude, le nombre médian d'astreintes mensuelles est également de 4, avec d'énormes variations selon les praticiens. La grande majorité des praticiens fait des astreintes à la fois de jour (samedis après-midi, dimanches, jours fériés) et de nuit.

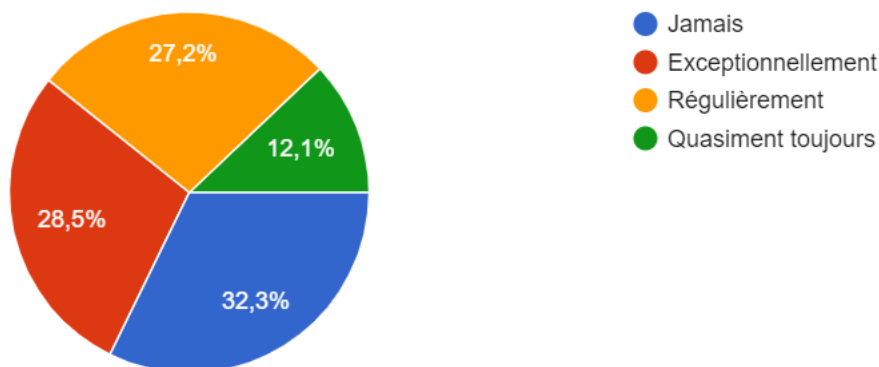


Rythmes gardes et astreintes

Le rythme de garde n'est pas régulier. Pour des raisons d'équilibre vie privée – vie professionnelle (week-ends, vacances), il peut arriver que les gardes soient très rapprochées (par exemple : garde du vendredi + dimanche). L'occurrence de survenue de 2 gardes de 24 heures dans un intervalle d'une semaine est habituelle pour plus de la moitié des praticiens.



De même pour les astreintes, où la réglementation stipule qu'on ne peut obliger un praticien à faire plus de trois gardes par semaine. Pourtant, 40 % font plus de 3 astreintes par semaine de manière habituelle.



Décompte du temps de travail

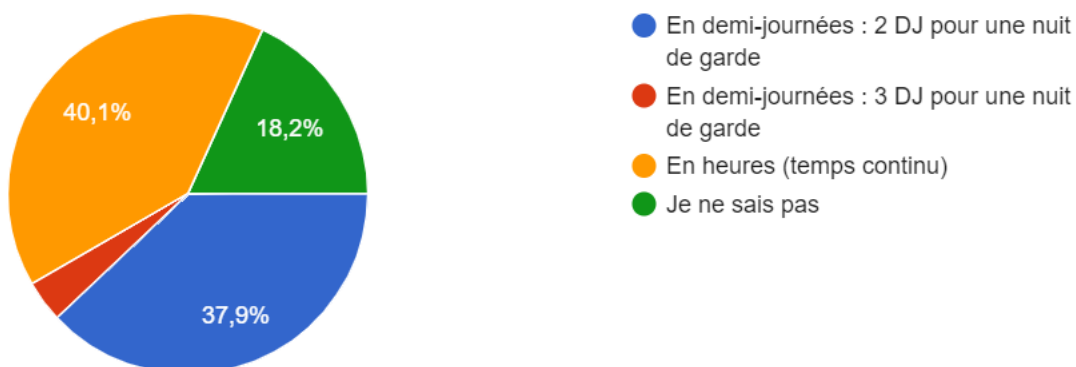
Décompte du temps de travail lors de la garde nocturne

La garde est incluse dans le temps de travail des praticiens hospitaliers, lequel est décompté soit en demi-journées, soit, de manière dérogatoire, en heures (« temps continu »). Lorsque le temps de travail est en demi-journées (DJ), la garde du samedi après-midi compte pour 1 DJ, de la journée d'un dimanche ou d'un jour férié pour 2 DJ, pour la nuit 2 DJ : ainsi, une journée de travail de 24 heures est décomptée 4 DJ. Ceci est l'objet d'un contentieux ancien et jamais résolu, bien que connu des tutelles : les obligations de service des praticiens sont de 10 DJ (11 pour les hospitalo-

NUITS BLANCHES

Résultats de la grande consultation nationale sur la permanence des soins médicale
1^{er} juillet 2022

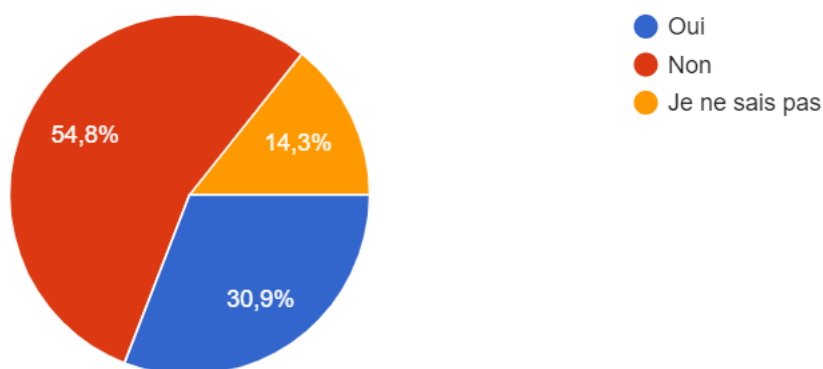
universitaires): 2 gardes font 48 heures (limite supérieure légale du temps de travail hebdomadaire) mais ne font pas 2 DJ. Ainsi, la garde de nuit devrait être décomptée à 3 DJ pour qu'il y ait une cohérence entre le décompte en DJ et le volume horaire réalisé par les praticiens. En conséquence, chaque garde de 24 heures contient au minimum 1 DJ de travail qui n'est pas reconnue en temps et donc en rémunération. Le montant de la correction de cette anomalie a été évalué pendant le Ségur par le Ministère de la Santé à 180 millions d'euros par an (500 000 euros par jour).



Le décompte à 3 DJ pour une nuit est illégal. Il n'est possible que via une manipulation du planning, plus ou moins connue et validée des tutelles. Dans notre enquête, cela concerne essentiellement les spécialités de pédiatrie et anesthésie-réanimation / médecine intensive réanimation.

Décompte du temps de travail lors de la garde nocturne

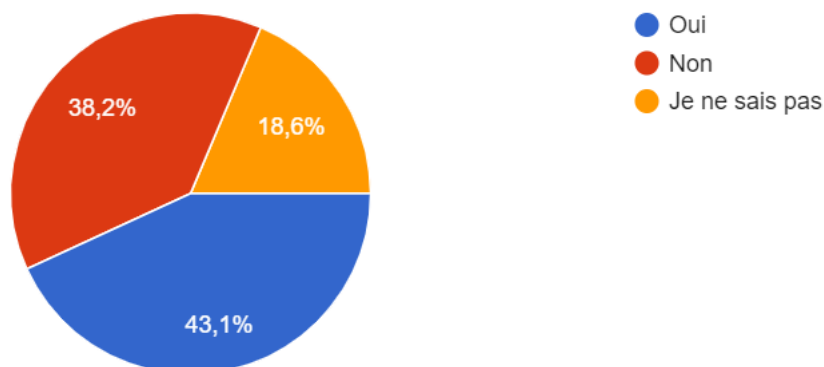
Le temps de travail en astreinte est-il décompté ?



Le temps de travail en astreinte est très mal décompté. Son évaluation est déclarative – les praticiens qui ont répondu « non » ne décomptent donc probablement pas ce temps de travail. Par ailleurs, seule l'activité de déplacement est décomptée, et encore, le temps de trajet ne l'est pas toujours. L'activité de « télé-médecine » - réponse aux appels téléphoniques n'est pas décomptée, que ces appels soient ou non suivis de déplacements. Ces appels sont généralement de 2 à 5 appels par nuit - plus de 5 appels dans 14 % des cas et un appel ou moins dans 40 % des cas. Dans les contributions de fin

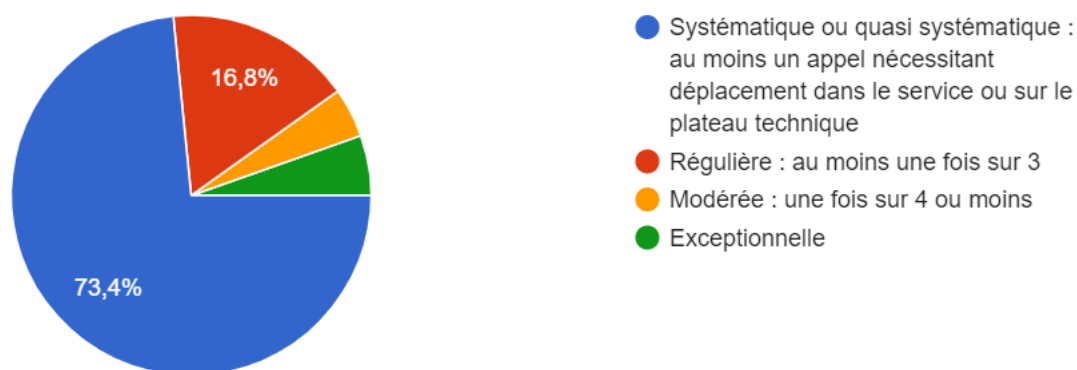
d'enquêtes, des praticiens ont rapporté un nombre d'appels beaucoup plus important (plusieurs dizaines par astreinte, de manière systématique).

Le décompte du temps de trajet lors des déplacements est encore plus flou...



L'activité nocturne de la permanence des soins

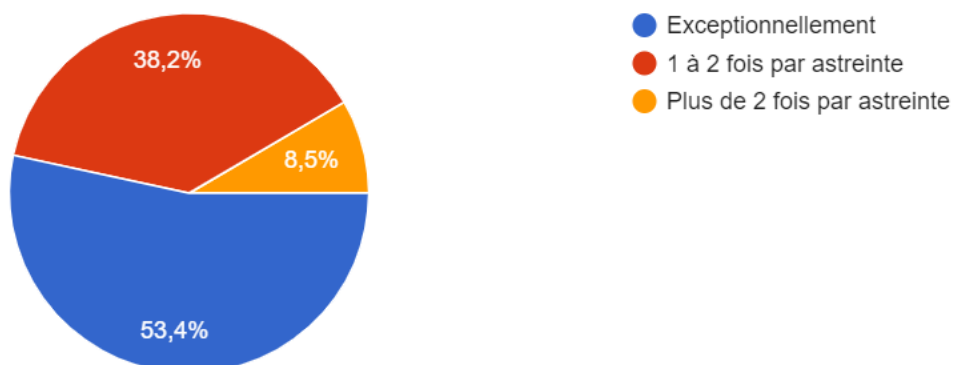
L'activité en « nuit profonde » correspond aux niveaux de veille les moins physiologiques ; cette période s'étend de minuit à 5 heures du matin. Pour 90 % des praticiens qui prennent des gardes, cette activité est intense. Ainsi, le terme de « garde » prête-t-il à confusion : il ne s'agit pas d'être « disponible au cas où » mais d'une véritable activité de travail effectif.



Astreinte nocturne

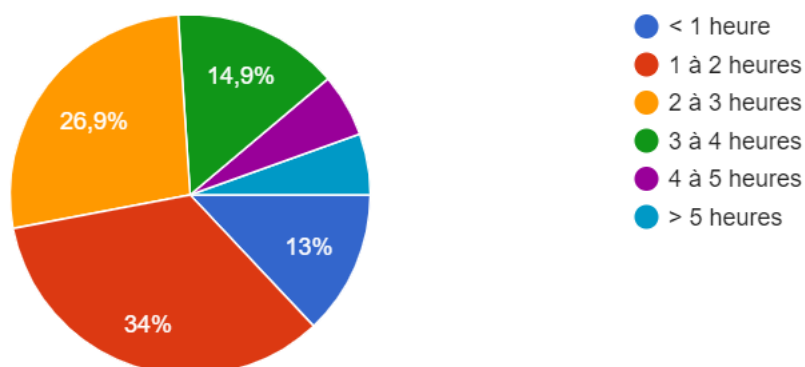
Une petite moitié des astreintes occasionnent des déplacements lors des astreintes. Cette répartition ne semble pas être très liée à des spécialités particulières ; d'autres hypothèses seraient à tester (établissement à faible activité non programmée, supervision d'un docteur junior...).

Nombre de déplacement par astreinte :

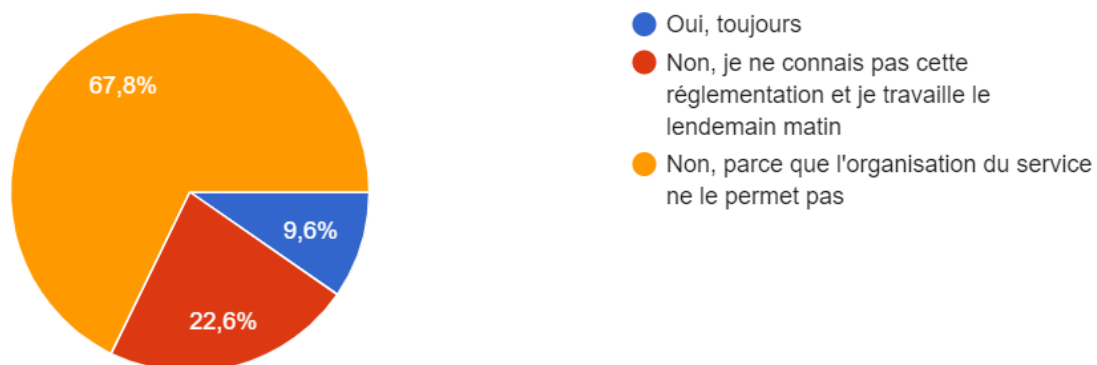


Durée d'un déplacement en astreinte (en moyenne)

Les durées de déplacement en astreinte sont variées, et sont reliées au type d'activité (notamment en chirurgie). Ces durées s'additionnent en cas de déplacements multiples.



A la suite de ces déplacements, la réglementation prévoit un repos de sécurité de 11 heures après la fin du dernier déplacement. En pratique, cette réglementation n'est appliquée que pour 10 % des praticiens.



Les réponses « non » méritent un commentaire. Si l'organisation du service ne permet pas le respect du repos de sécurité – qui est une sécurité autant pour le praticien que pour le patient – c'est que l'équipe est sous-dimensionnée. La méconnaissance de la réglementation par les praticiens (22,6 % des praticiens qui prennent des astreintes) témoigne de cet état de faire où l'habitude est de vivre au-dessous de ses moyens humains...

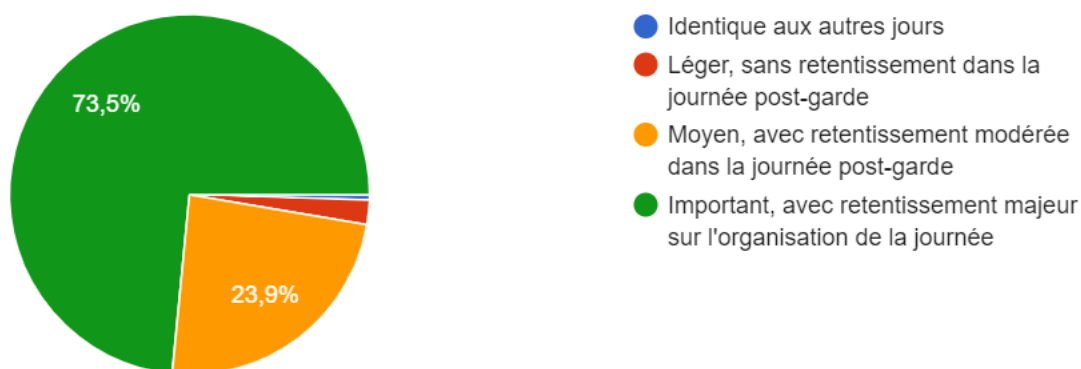
La fatigue

La fatigue du lendemain d'une garde ou d'une astreinte est au moins aussi éprouvante que la fatigue durant la nuit de travail.

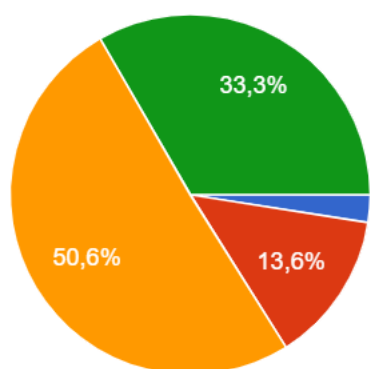
Le niveau de fatigue post-garde ou post-astreinte a un retentissement conséquent sur l'organisation de la journée. Ce résultat est cohérent avec l'activité décrite par les praticiens sur leurs gardes et astreintes.

Ici sont représentés les niveaux de fatigue...

... après une garde :

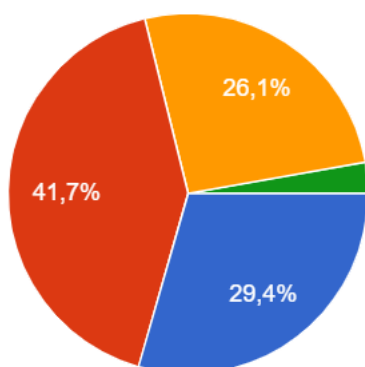


... après une astreinte déplacée :



- Identique aux autres jours
- Léger, sans retentissement dans la journée post-astreinte
- Moyen, avec retentissement modérée dans la journée post-astreinte
- Important, avec retentissement majeur sur l'organisation de la journée

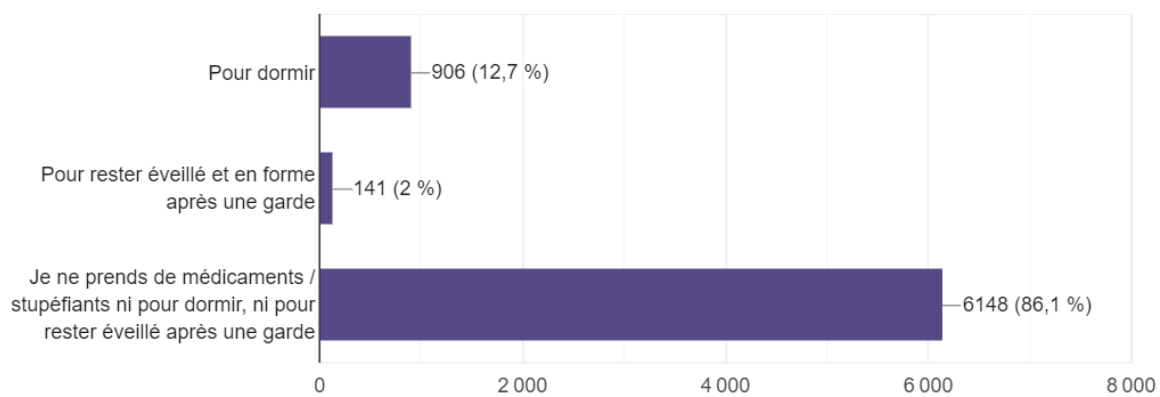
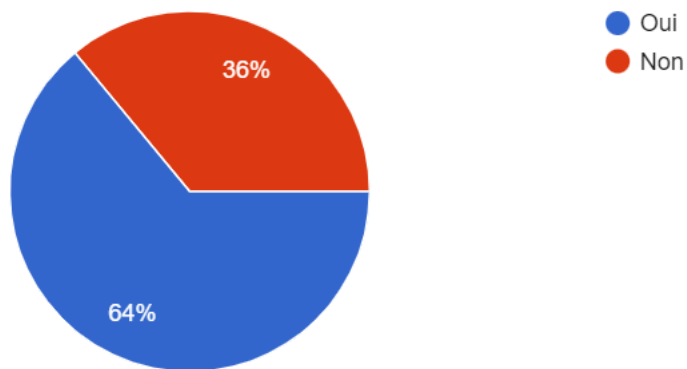
Après une astreinte non déplacée : même sans déplacement, le simple fait d'être susceptible d'être appelé au téléphone ou appelé pour un déplacement engendre une majoration du niveau de fatigue dans plus de 70 % des cas.



- Identique aux autres jours
- Léger, sans retentissement dans la journée post-astreinte
- Moyen, avec retentissement modérée dans la journée post-astreinte
- Important, avec retentissement majeur sur l'organisation de la journée

Troubles du sommeil

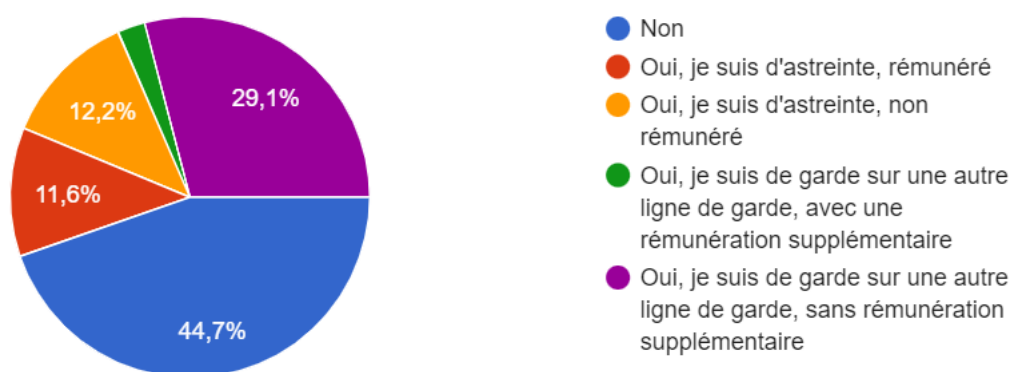
Le taux de troubles du sommeil est important chez les praticiens qui prennent des gardes et des astreintes. 14 % des praticiens prennent des substances psychotropes – médicaments et/ou stupéfiants – pour réguler leurs périodes de veille / sommeil.



DOCTEURS JUNIORS

Les docteurs juniors sont des étudiants en médecine, internes, en dernière année d'étude, créés dans le cadre de la réforme du 3^{ème} cycle : c'est une situation assez nouvelle. Une fois thésés, ils sont autorisés à prendre des gardes à la place d'un « senior » diplômé, dans le cadre d'une « autonomie supervisée », le superviseur étant un praticien hospitalier qui est à disposition, soit sur place, soit au téléphone. Ce praticien hospitalier peut être amené à répondre au téléphone pour donner conseils et avis, se déplacer en urgence, et est responsable *in fine* de la prise en charge des patients.

« Vous arrive-t-il de superviser un docteur junior qui est de garde la nuit ? »

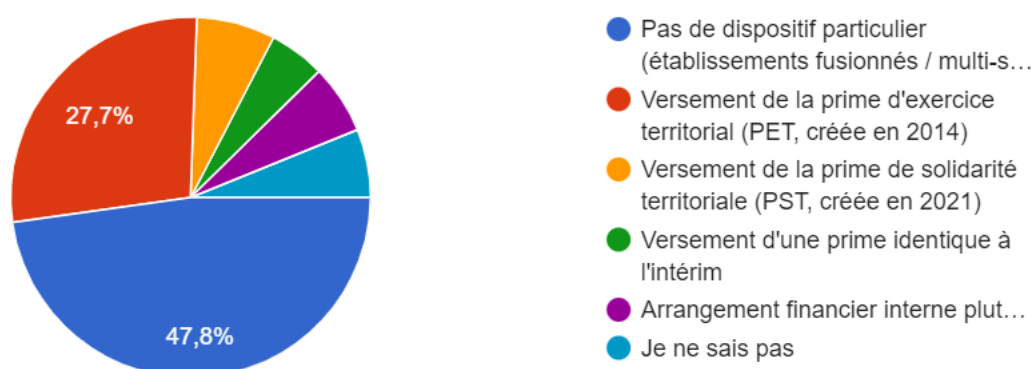


Ni la rémunération ni la sécurisation de cette activité ne sont prévues par la réglementation : les modalités de cette supervision sont donc variables... et auront à être rapidement précisées par les tutelles.

L'INDEMNITE DE SUJETION

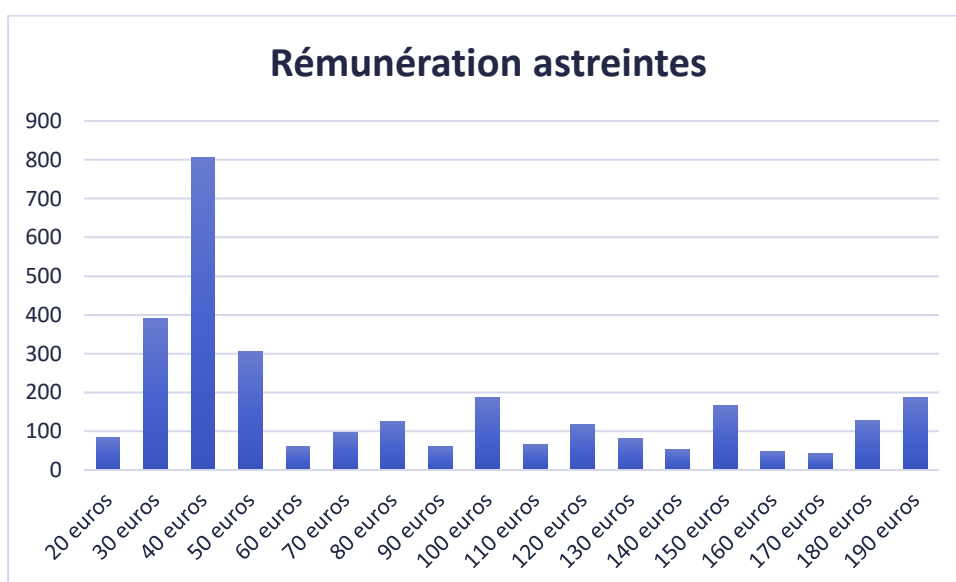
La rémunération de la garde est fixée réglementairement à 268 euros. Dans le cadre d'un exercice multi-site ou multi-établissement, elle peut être majorée par une prime territoriale, fixée également réglementairement.

Le questionnaire n'a pas étudié les modalités de l'exercice multi-site : réalisé dans le cadre des obligations de service (PET) ou au-delà des obligations de service (« heures supplémentaires » réalisées dans un autre établissement, PST).



En revanche, il est troublant de constater d'une part des montages financiers plus ou moins légaux, d'autre part l'absence d'indemnisation de cet exercice multisite pour la moitié des praticiens.

Concernant les astreintes, le mode de rémunération est excessivement complexe (forfait de base + rémunération au déplacement, ou forfait quel que soit le déplacement, ou encore absence de rémunération au-delà du forfait mais récupération du temps passé).



Il n'y a quasiment aucun lien entre le montant de l'astreinte et la charge moyenne de l'astreinte des praticiens (nombre de déplacements, durée des déplacements)...

SAMEDI MATIN

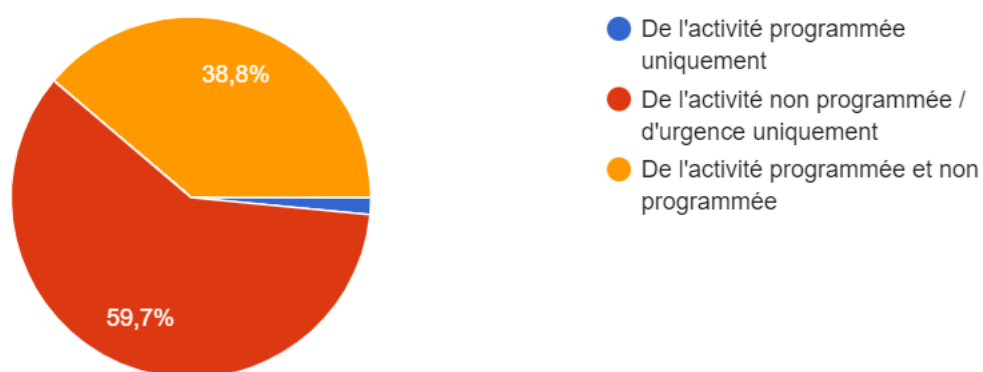
Le samedi matin est définie comme un jour de semaine, et est donc exclu de la période de « permanence des soins », qu'elle soit ambulatoire ou en établissement de santé.

En réalité, pour des raisons sociétales et d'équilibre vie personnelle – vie professionnelle, et parce que les obligations de services sont de 10 demi-journées par semaine, les effectifs médicaux sont régulièrement moins importants le samedi matin dans les services, pour une charge de travail identique. Inversement, sur les plateaux techniques, il est possible d'avoir, ou non, une activité programmée moins importante que les autres jours de la semaine, et une activité de soins non programmés (« urgences ») plus importante.

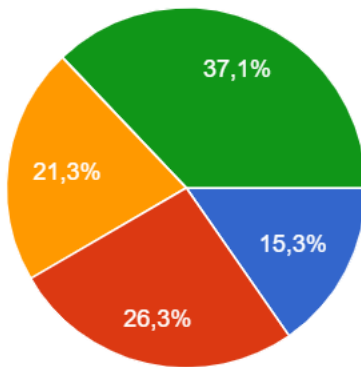
Ainsi, la permanence des soins du samedi n'est décomptée et rémunérée comme telle qu'à partir du samedi après-midi.

La reconnaissance du samedi matin en période de « permanence des soins » est une revendication assez ancienne chez les libéraux.

Sur les plateaux techniques (bloc opératoire, maternités), le médecin d'astreinte ou de garde est rarement sollicité pour une activité programmée exclusive : ceci justifie que le samedi matin soit reconnu en période de permanence des soins.

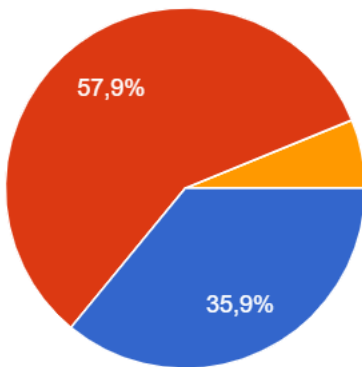


Hors des plateaux techniques (cf. infra), par exemple dans les services d'hospitalisation, la charge de l'activité se répartit sur un effectif inférieur pour les $\frac{3}{4}$ des praticiens : l'activité du praticien présent le samedi matin est donc particulièrement lourde. D'ailleurs, elle peut engendrer un dépassement de la plage horaire du samedi matin, et revient régulièrement à du travail invisibilisé réalisé par le médecin présent le samedi matin ou le médecin déjà chargé de l'activité de garde.



- Oui, et elle donne lieu à reconnaissance en astreinte le samedi après-midi
- Oui, et elle est bénévole (invisible sur le tableau de service)
- Oui, et elle est terminée par la personne qui est de garde sur place
- Non

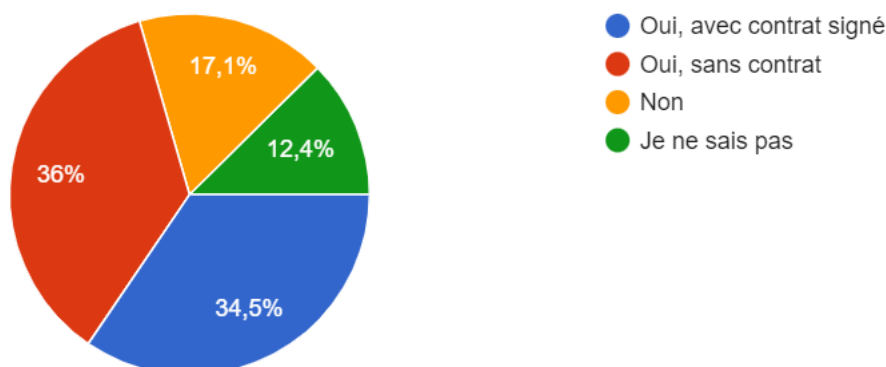
De manière logique, les praticiens demandent que le samedi matin soit intégré à la permanence des soins, comme le demandent également les libéraux.



- Oui s'il s'agit d'une activité de garde ou d'astreinte uniquement
- Oui, qu'il s'agisse de l'activité "habituelle" / programmée ou d'une activité d'urgence
- Non

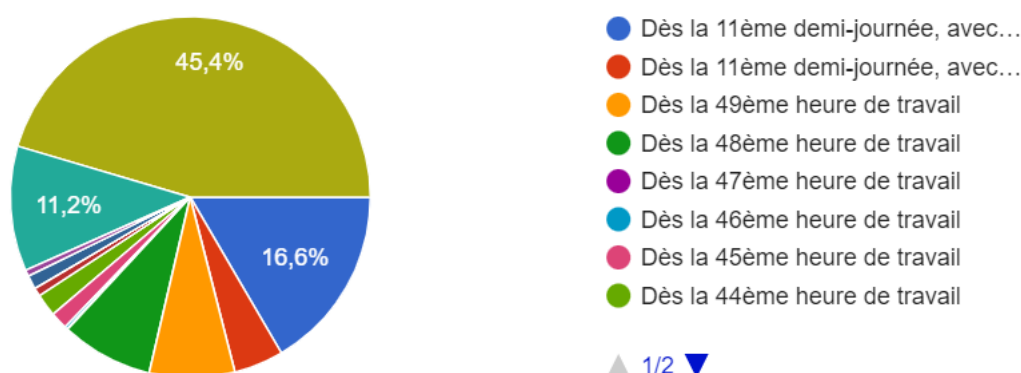
TEMPS DE TRAVAIL ADDITIONNEL (TTA)

Le temps de travail des praticiens n'étant compté en heures que de manière dérogatoire, les praticiens ne font pas à proprement parler d'« heures supplémentaires » mais du « temps de travail additionnel », au-delà de leurs obligations de service (c'est-à-dire, au-delà des 10 demi-journées hebdomadaires, donc théoriquement au-delà de 48 heures par semaine), sur la base du volontariat, et avec contractualisation de ce TTA avec le directeur et le chef de pôle, conformément à la directive européenne sur le temps de travail (2003/88 CE).



Nos enquêtes précédentes chez les anesthésistes-réanimateurs et les urgentistes ont montré que de nombreux praticiens faisaient du TTA « auto-contraint », c'est-à-dire par conscience professionnelle... pour compenser la pénurie, maintenir l'équipe et l'accès aux soins des patients.

Le seuil de déclenchement de ce TTA est variable, selon la décision locale, et entraîne des inégalités majeures de temps de travail / de rémunération entre les praticiens.

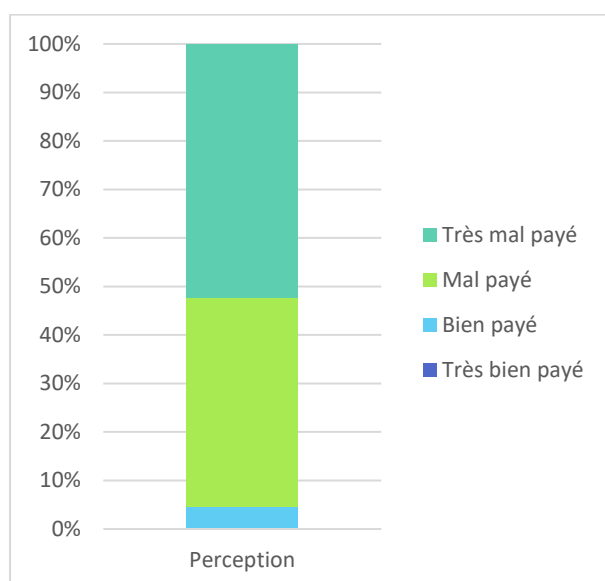


Ce TTA est rémunéré en dessous de la rémunération de base de la plupart des praticiens, et bien en dessous des tarifs légaux de l'intérim.

REGARD SUR LA PERMANENCE DES SOINS

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 permanence des soins.

Sur la rémunération de la permanence des soins : le constat est sans appel : la rémunération de la permanence des soins est très insuffisante, selon les praticiens qui assurent cette permanence des soins, et témoigne d'une absence de reconnaissance de leur travail par les tutelles.

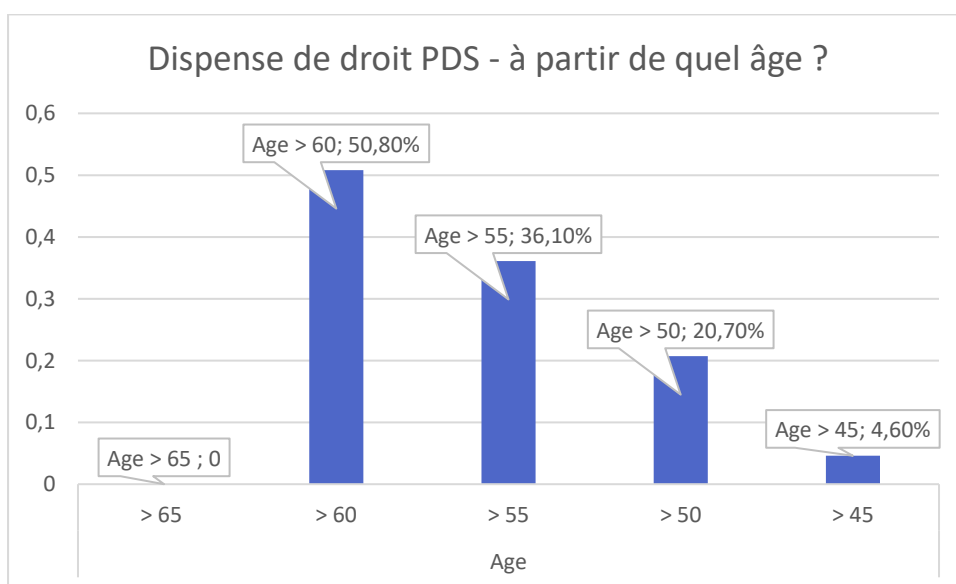


DISPENSE DE PERMANENCE DES SOINS ?

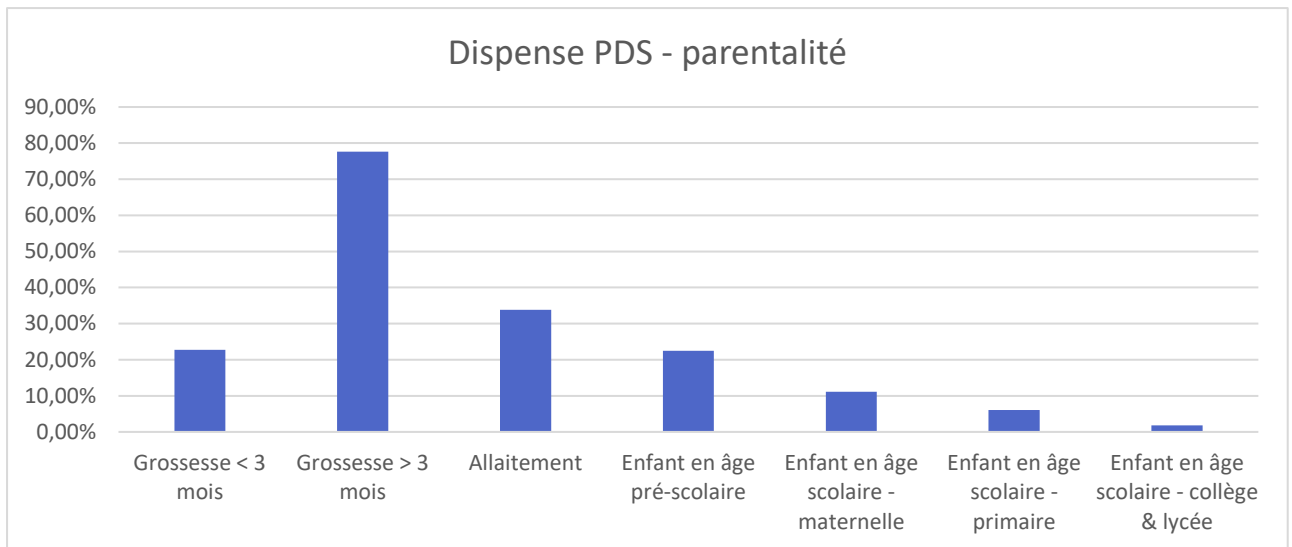
Les praticiens hospitaliers peuvent être dispensés de permanence des soins nocturnes dans des circonstances très particulières : contre-indication médicale, et, sur avis du directeur, une grande souplesse est accordée au-delà de 60 ans (avis du responsable de structure et de la commission de l'organisation de la permanence des soins – COPS – locale, sous réserve des « nécessités de service ») et au-delà de 3 mois de grossesse (théoriquement avis nécessaire du médecin du travail).

Les praticiens ont été interrogés sur l'opportunité d'étendre les dispenses de droit :

- ✓ En cas de pathologie médicale sérieuse : pour 86,6 %... seulement ! des praticiens, une pathologie de type cancéreuse, cardiovasculaire ou psychiatrique justifie une dispense de la permanence des soins.
- ✓ En fonction de l'âge : le seuil de 60 ans ne convient qu'à la moitié des praticiens



Dans le cadre de la parentalité



Le principe de la dispense pour une grossesse > 3 mois n'est admis que par ¾ des répondants ; la période d'allaitement (qui est habituellement interrompu pour des raisons organisationnelles maternelles dès la reprise des gardes) constitue une dispense de droit de permanence des soins pour seulement un tiers des répondants.

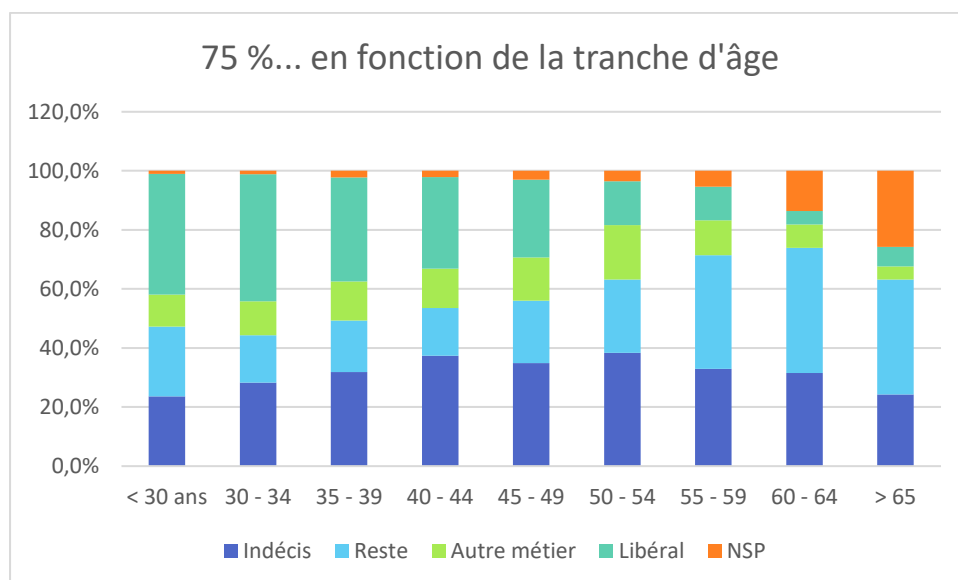
Ces résultats un peu étonnants reflètent la réflexion d'une part du praticien pour lui-même, d'autre part du praticien comme membre d'une équipe – laquelle pourrait se trouver en difficulté en cas de pénurie de médecins participant à la permanence des soins. Ce point a été relevé à plusieurs reprises dans les verbatims.

75 % DES MEDECINS...



Et voilà... Dans cinq ans, à cause de la permanence des soins, 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 permanence des soins. L'avenir est donc à la majoration de la pénurie de professionnels hospitaliers de la permanence des soins. C'est un problème de santé publique qui, si rien n'est fait, va inéluctablement s'aggraver.



La permanence des soins est bien un sujet central de l'attractivité des carrières hospitalières médicales. Ce résultat montre l'urgence de mesures à prendre en compte pour les praticiens en termes de reconnaissance et de valorisation.

VERS DES SOLUTIONS ?

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

- Réflexion sur le temps de travail
- Réflexion sur la durée maximale d'une période de permanence des soins, 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 permanence des soins.

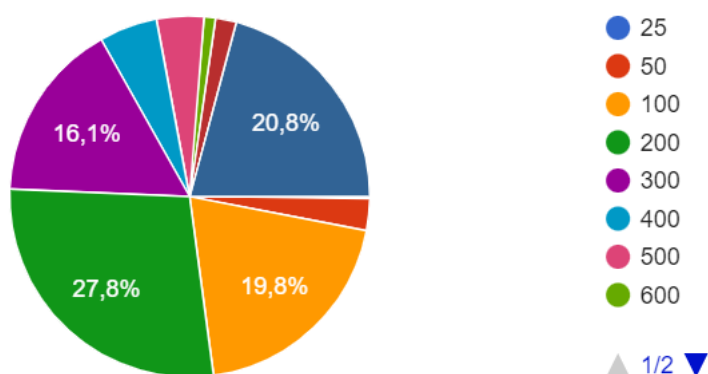
COMBIEN VAUT UN PRATICIEN HOSPITALIER ?

Des solutions sur le temps de travail des praticiens, les conditions d'exercice des gardes et du repos pendant et après la garde sont à discuter dans le cadre d'un chantier de négociation avec les tutelles, que nous appelons de nos vœux depuis des années.

Mais 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 % ».

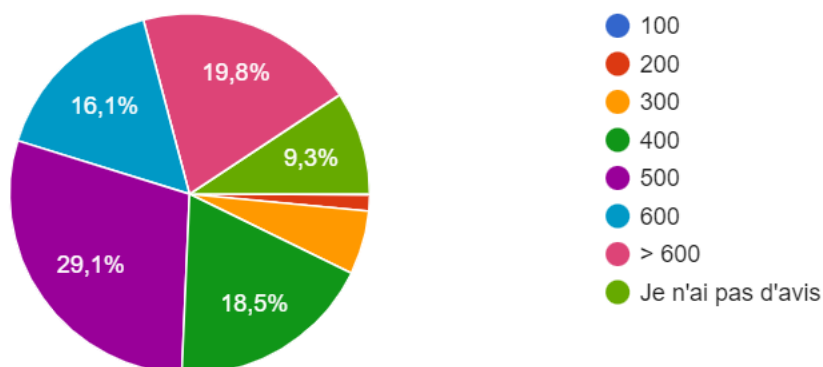
Nous avons proposé aux praticiens d'évaluer la valeur de leur travail : en garde, en astreinte, et pour leur rémunération mensuelle.

Astreinte



Si la médiane de rémunération souhaitée s'élève à 200 euros 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 euros nets.**

Garde

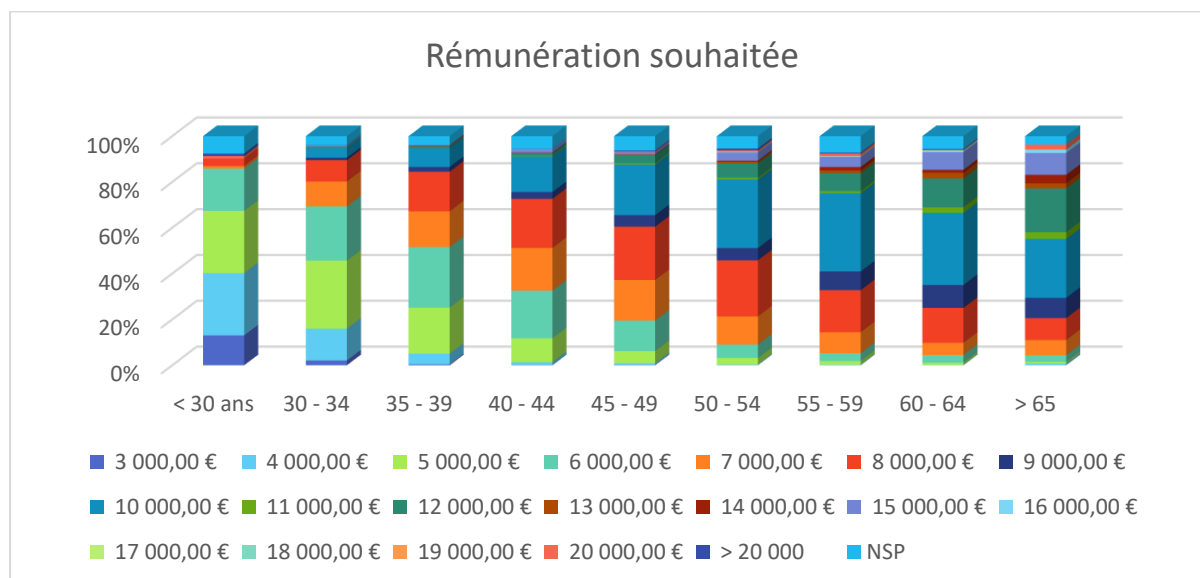


Pour la garde, la médiane est à 500 euros nets, mais les spécialités à forte contrainte de la permanence des soins la placent beaucoup plus haut. La sous-rémunération de la garde, au vu des compétences, des responsabilités et de la pénibilité qui la caractérisent, est flagrante. **Action Praticiens Hôpital recommande de fixer l'indemnité de sujétion de la garde à 600 euros nets, quel que soit le statut du praticien.**

Cette demande est sans commune mesure avec les tarifs pratiqués pour la permanence des soins ambulatoires, la régulation médicale par les médecins libéraux (jusqu'à 150 euros de l'heure, défiscalisés), ou les tarifs pratiqués lors de l'été 2021 pour la vaccination COVID pour ces mêmes libéraux...

Grille salariale

Enfin, la grille salariale paraît nettement insuffisante ; nous avons analysé les demandes par tranches d'âge. 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 euros nets, et en fin de carrière à 11 000 euros nets, indépendamment de la rémunération de la permanence des soins.**



VERBATIMS

Près d'un répondant sur trois a apporté une contribution écrite dans l'espace dédié en fin d'enquête. Ces commentaires sont en cours d'analyse et feront l'objet d'une annexe complémentaire. Les principales thématiques de ces commentaires sont représentées par :

- Des remerciements / encouragements / espoirs dans l'effet de cette enquête
- L'expression d'un ras-le-bol, épuisement, envie ou demande de démission, burn-out
- L'expression de non-reconnaissance / mépris sur le travail de la permanence des soins ou le travail en général
- La référence au reclassement des praticiens hospitaliers à l'issue du Ségur, qui a donné une bonification de 4 ans d'ancienneté aux praticiens néo-titularisés après le 1^{er} octobre 2020 ; cette bonification a été refusé aux praticiens nommés avant cette date, et qui pourtant tiennent l'hôpital public malgré son effondrement. Ainsi coexistent deux grilles d'ancienneté et donc deux grilles salariales, où les moins jeunes sont nettement désavantagés (perte relative de 4 ans d'ancienneté, soit généralement 2 échelons). 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. Imposant des journées de travail de 24 heures d'affilée, elle n'est légalement pas reconnue comme pénibilité liée au travail de nuit. Les services exposés à cette forte contrainte de permanence des soins craquent de manière exponentielle depuis quelques semaines, mettant en péril la prise en charge de l'ensemble de nos concitoyens pour les soins non programmés. Il s'agit d'une crise sanitaire pourtant prévisible, et pour laquelle Action Praticiens Hôpital et ses composantes ont depuis longtemps proposé des solutions aux tutelles : elle signe l'échec des politiques successives de santé depuis plusieurs dizaines d'années.

Les résultats de cette enquête dont le taux de réponse est majeur 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 permanence des soins : plafonnement du forfait des astreinte à 400 euros, garde à 600 euros, TTA à 650 euros et défiscalisé (rémunérations brutes) 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^{er} octobre 2020
- Des mesures à moyen terme : ouverture du chantier sur la permanence des soins 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.

Le rétablissement d'une seule et même grille d'ancienneté pour tous les PH, incluant la bonification de 4 ans d'ancienneté à tous (et non aux seuls néo-nommés) est également indispensable.

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.

REMERCIEMENTS

Action Praticiens Hôpital et ses composantes remercient

- Pour la diffusion de l'enquête :
 - Le syndicat « Jeunes Médecins »
 - Le Syndicat des Jeunes Anesthésistes-Réanimateurs
 - L'Association des Médecins Urgentistes de France
 - Le collectif « Santé en Danger »
 - Le collectif Inter Hôpitaux
 - Les conférences de présidence de CME de CHU, CH et CHS ?
 - Les praticiens hospitaliers et enseignants (PU-PH et MCU-PH)
 - La Société Française d'Anesthésie-Réanimation
 - La Société Française de Médecine d'Urgence
 - ... et notre partenaire de toujours : Ektopic

- Pour la conférence de presse : le soutien financier du Groupe Pasteur Mutualité

- Pour la participation à l'enquête : les quelques 7500 praticiens qui ont pris de leur temps pour répondre !

QUI SOMMES-NOUS ?

Action Praticiens Hôpital a été créée en 2015 pour réunir deux intersyndicales de communauté d'idées et de revendications pour les praticiens hospitaliers et pour l'hôpital public très proches : Avenir Hospitalier et la Confédération des Praticiens des Hôpitaux. Syndicats de spécialités et syndicats généralistes, ils rassemblent l'ensemble des spécialités médicales, pharmaceutiques et odontologiques.

Avenir Hospitalier

Intersyndicale créée en novembre 2011, à l'initiative du syndicat SNPHAR-E. Ce dernier a été rejoint par le SYNGOF et le SMH sur des valeurs de défense du service public hospitalier et de ses acteurs, dans leur pluridisciplinarité.

En 2014, le SNGC, en 2015, Samu Urgences de France et en 2017, le SJBH, ont rejoint AVENIR HOSPITALIER. C'est donc un engagement fort pour le renouvellement du paysage syndical, le dynamisme, la transparence et la démocratie, en dehors de toute ambition personnelle ou conflit d'intérêts.



Composition d'Avenir Hospitalier

- Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs, Elargi aux autres spécialités (SNPHARE)
- Syndicat National des Gynécologues-Obstétriciens de France (SYNGOF)
- Syndicat des Martiniquais Hospitaliers (SMH)
- Syndicat National de Gérontologie Clinique (SNGC)
- SAMU-Urgences de France (SUdF)
- Les Biologistes Médicaux (ex – SJBH)
- Syndicat National des Pédiatres en Etablissement Hospitalier

Confédération des Praticiens des Hôpitaux

REDONNER SON SENS ET SES VALEURS A L'HOPITAL PUBLIC

Il est urgent de mettre en place des mesures fortes destinées à redonner aux carrières hospitalières une attractivité et une lisibilité qu'elles ont perdues, à redonner du sens au travail et à l'engagement dans la carrière, pour toutes les générations. C'est l'avenir du Service Public Hospitalier qui en dépend.



Composition de la Confédération des Praticiens des Hôpitaux :

- Syndicat des Praticiens des Hôpitaux Publics (SPHP)
- Fédération Nationale des Praticiens des Hôpitaux Généraux (FNAP)
- Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH)
- Union Syndicale de la Psychiatrie (USP)
- Syndicat National des Biologistes Hospitaliers (SNBH)
- Syndicat National des Praticiens à Diplôme Hors Union Européenne (SNPADHUE)
- Syndicat National des Pharmaciens Gérants Hospitaliers (SNPGH)

ANNEXE I – QUESTIONNAIRE

Permanence des soins : vous avez la parole !

APH représente les professionnels de terrain : vos représentants ont tous une activité clinique !

Nous souhaitons aborder les VRAIES questions de l'hôpital public. La question actuellement aiguë est celle de la permanence des soins.

Donnez votre avis massivement, partagez ce questionnaire : vous allez nous parler de vos gardes, de vos astreintes, du samedi matin, du temps de travail additionnel et de la rémunération à la juste hauteur de votre travail.

Vous n'aurez à répondre qu'aux sujets vous concernant. Nous vous remercions de remplir les quelques données démographiques à la fin du questionnaires, cruciales pour l'interprétation fine des résultats.

Le temps de réponse est estimé de 3 à 10 minutes selon votre implication dans la permanence des soins. 10 minutes pour défendre nos longues nuits, ça vaut le coup de prendre la parole !

Les réponses sont anonymes.

Nous porterons ces résultats auprès des tutelles. Nous comptons sur votre mobilisation sur cette enquête !

C'est parti !

Vous faites

- Des gardes et/ou des astreintes
- Ni gardes ni astreintes

Les gardes sur place à l'hôpital public

Vous prenez des gardes

- Dans votre spécialité
- Dans une autre spécialité que la vôtre
- Dans votre spécialité Et dans une autre spécialité que la vôtre
- Je ne prends pas de garde

Vous prenez des gardes dans une spécialité qui n'est pas la vôtre :

- Urgences
- Autre

Vous prenez des gardes

- Uniquement dans votre établissement (un seul site)
- Dans plusieurs sites ou plusieurs établissements

Si vous prenez des gardes sur plusieurs sites ou établissements, y a-t-il une compensation à cet exercice multi-site / multi-établissement

- Pas de dispositif particulier (établissements fusionnés, multi-site)
- Versement de la prime d'exercice territorial (PET, créée en 2014)
- Versement de la prime de solidarité territoriale (PST, créée en 2021)
- Versement d'une prime identique à l'intérim
- Arrangement financier interne plutôt complexe
- Je ne sais pas

Combien faites vous de gardes par mois, en moyenne ? (réponses possibles : de 1 à plus de 10)

Vous arrive-t-il de faire plus de deux gardes de 24 heures en 7 jours ?

- Jamais
- Exceptionnellement
- Régulièrement
- Au moins une fois par mois

L'activité en « nuit profonde » (minuit – 5 heures du matin) est

- Systématique ou quasi systématique : au moins un appel nécessitant dans le service ou sur le plateau technique
- Régulièrement : au moins une fois sur 3
- Modérée : une fois sur 4 ou moins
- Exceptionnelle

Votre temps de travail en garde est décompté

- En demi-journées : 2 DJ pour une nuit de garde
- En demi-journées : 3 DJ pour une nuit de garde
- En heures (temps continu)
- Je ne sais pas

Après une garde, votre niveau de fatigue est

- Identique aux autres jours
- Léger, sans retentissement dans la journée post-garde
- Moyen, avec retentissement modéré dans la journée post-garde
- Important, avec retentissement majeur sur l'organisation de la journée

Astreintes

Faites-vous des astreintes

- Oui
- Non

Combien d'astreintes faites-vous par mois, en moyenne (1 à plus de 15 et « je suis d'astreinte tous les jours de l'année »)

Faites-vous de plus de 3 astreintes par semaine ?

- Jamais
- Exceptionnellement
- Régulièrement
- Quasiment toujours

Votre temps de travail en astreinte est-il décompté ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Le temps de trajet est-il intégré au temps de déplacement ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Vous faites des astreintes

- De jour (dimanche matin, jours fériés) uniquement
- De jour et de nuit
- De nuit uniquement

Astreintes de nuit

Vous vous déplacez combien de fois lors de chaque astreinte, en moyenne ?

- Exceptionnellement
- 1 à 2 fois par astreinte
- Plus de 2 fois par astreinte

Combien de temps dure chaque déplacement en astreinte, en moyenne ? (de < 1 heure à > 5 heures)

Combien d'appels téléphoniques recevez-vous pendant votre période d'astreinte, en moyenne (qu'ils soient ou non suivis de déplacements) ?

- 0 à 1
- 2 à 5
- Plus de 5

En cas de déplacement en astreinte, vous est-il possible d'observer le repos de sécurité = 11 heures de repos de sécurité après la fin du dernier déplacement

- Oui, toujours
- Non, je ne connais pas cette réglementation été je travaille le lendemain
- Non, parce que l'organisation du service ne le permet pas

Après une astreinte déplacée, votre niveau de fatigue est

- Identique aux autres jours
- Léger, sans retentissement dans la journée post-astreinte
- Moyen, avec retentissement modéré dans la journée post-astreinte
- Important, avec retentissement majeur sur l'organisation de la journée

Après une astreinte NON déplacée, votre niveau de fatigue est

- Identique aux autres jours
- Léger, sans retentissement dans la journée post-astreinte
- Moyen, avec retentissement modéré dans la journée post-astreinte
- Important, avec retentissement majeur sur l'organisation de la journée

Si vos astreintes sont rémunérées, quel en est l'ordre de grandeur (de 190 à 20, par tranches de 10 euros)

Votre sommeil

Pour mémoire, les réponses sont anonymes

Estimez-vous présenter des troubles du sommeil ?

- Oui
- Non

Prenez-vous des médicaments ou des stupéfiants (cannabis inclus)... La réponse à cette question n'est pas obligatoire

- Pour dormir
- Pour rester éveillé et en forme après une garde
- Je ne prends de médicaments / stupéfiants ni pour dormir, ni pour rester éveillé après une garde

Le samedi matin : PDS ou pas ?

Si vous travaillez dans un plateau technique (bloc opératoire, maternité, cardio / neurologie interventionnelles, imagerie, biologie médicale...): l'activité du samedi matin réalisée PAR LE MEDECIN DE GARDE OU D'ASTREINTE comporte :

- De l'activité programmée uniquement
- De l'activité non programmée / d'urgence uniquement
- De l'activité programmée et non programmée

Si vous travaillez hors d'un plateau technique : l'activité du samedi matin est :

- Identique à une journée de semaine (même charge de travail, même effectif médical)
- Supérieure à une journée de semaine : même charge de travail, effectif médical réduit mais supérieur à l'effectif du dimanche matin)
- Très supérieure à une journée de semaine : même charge de travail, effectif médical identique au dimanche matin)

L'activité prévue pour être réalisée dans le cadre du « samedi matin » déborde-t-elle sur le samedi après-midi (on ne parle pas ici de l'activité d'urgence, mais d'une activité de bloc ou de consultation)

- Oui, et elle donne lieu à reconnaissance en astreinte le samedi après-midi
- Oui, et elle est bénévole (invisible sur le tableau de service)
- Oui, et elle est terminée par la personne qui est de garde sur place
- Non

Selon vous, le samedi matin doit-il être intégré à la permanence des soins (et donc être l'objet d'une indemnité de sujétion) ?

- Oui, s'il s'agit d'une activité de garde ou d'astreinte uniquement
- Oui, qu'il s'agisse de l'activité « habituelle » / programmé ou d'une activité d'urgence
- Non

Votre regard sur la participation à la permanence des soins

Concernant votre participation à la PDS (plusieurs réponses possibles)

- C'est un travail intéressant
- C'est une corvée
- C'est trop bien payé
- C'est bien payé
- C'est mal payé
- C'est très mal payé
- Je souhaite en faire davantage
- Je souhaite en faire moins
- Je souhaite ne plus participer à la permanence des soins
- Autre

Pensez-vous qu'un dispense de PDS « de droit » devrait pouvoir s'appliquer en cas de :

- Pathologie médicale « sérieuse » (cardiovasculaire, néoplasique, psychiatrique...)
- Grossesse < 3 mois
- Grossesse > 3 mois
- Allaitement maternel
- Enfant en âge pré-scolaire
- Enfant en âge scolaire – maternelle
- Enfant en âge scolaire – primaire
- Enfant en âge scolaire – collège & lycée
- Age > 60 ans
- Age > 55 ans
- Age > 50 ans
- Age > 45 ans

- Autre

La contrainte de la permanence des soins pourrait-elle vous faire envisager d'autres modalités d'exercice dans les 5 ans à venir ?

- Non, je resterai à l'hôpital public
 Oui, exercice libéral
 Oui, autre métier
 Je n'ai pas de réponse définitive sur ce point

Ni gardes, ni astreintes

Vous ne prenez ni garde ni astreinte : pourquoi ?

- Il n'y a pas de permanence des soins dans mon service et je ne suis pas sollicité par d'autres services
 Je suis âgé de plus de 60 ans
 Je suis en arrêt de travail / arrêt maladie
 Je suis en mi-temps thérapeutique
 J'ai obtenu des aménagements de poste compte tenu de mon état de santé
 Autre

Quand un docteur junior est de garde...

Vous arrive-t-il de superviser un « docteur junior » (interne en phase de consolidation) qui est de garde la nuit ou les week-ends / jours fériés

- Non
 Oui, je suis d'astreinte, rémunéré
 Oui, je suis d'astreinte, non rémunéré
 Oui, je suis de garde sur une autre ligne de garde, avec une rémunération supplémentaire
 Oui, je suis de garde sur une autre ligne de garde, sans rémunération supplémentaire

Le temps de travail additionnel (TTA)

Vous faites du TTA

- Oui, avec contrat signé
 Oui, sans contrat
 Non
 Je ne sais pas

Le TTA est réglementairement déclenché dès dépassement des « obligations de service ». En pratique, chez vous, le TTA est déclenché

- Dès la 11^{ème} demi-journée, avec décompte du TTA en demi-journées
 Dès la 11^{ème} demi-journée, avec décompte du TTA en heures (conversion 5 h = 1 DJ)
 Dès la 49^{ème} heure.... 40^{ème} heure

Questions subsidiaires : quels devraient être les niveaux de rémunération d'un praticien

Ces questions sont facultatives, mais touchent le nerf de la guerre... le prix de votre travail – compétence, responsabilité, pénibilité incluses.

Quel devrait être le montant de l'indemnité de sujétion d'une astreinte (en euros, nets)

25 / 50 / 100 / 200 / 300 / 400 / 500 / 600 / plus de 600 / je n'ai pas d'avis

Quel devrait être le montant de l'indemnité de sujétion d'une garde sur place (en euros, nets)

100 / 200 / 300 / 400 / 500 / 600 / plus de 600 / je n'ai pas d'avis

Quel devrait être le montant de rémunération d'un praticien de votre âge et de votre ancienneté dans l'hôpital public (rémunération hors indemnités de sujétion, primes etc.), en euros, nets, par mois ?

Réponses proposées de 3000 à plus de 20 000, par tranches de 1000

Deux ou trois mots sur vous (encore un petit effort !)

Nous vous remercions de bien vouloir remplir cette courte partie « démographique » qui nous permettra d'interpréter finement les résultats.

Vous êtes

- Un homme
- Une femme
- Je ne souhaite pas le préciser

Dans quelle tranche d'âge vous situez vous

(tranches de 5 ans, de moins de 30 ans à plus de 65 ans)

Quel est votre statut

- Praticien hospitalier titulaire
- Praticien contractuel – vacations régulières
- Praticien contractuel – contrat de remplacement sur plusieurs semaines
- Praticien contractuel – en attente d'un poste de PH
- Praticien contractuel – en attente de passer le concours de PH... ou pas
- Praticien clinicien ou praticien contractuel type « anciens praticiens cliniciens »
- Praticien attaché
- Praticien attaché associé
- Chef de clinique – assistant
- Assistant des hôpitaux
- MCU-PH
- PU-PH

Quelle est votre quotité de travail ?

(de 10 à 100 %, par tranches de 10 %)

Quelle est votre spécialité

(liste des spécialités, selon la classification utilisée par le Centre National de Gestion)

Vous avez une activité libérale ?

- Oui, activité libérale intra-hospitalière
- Oui, activité libérale extra-hospitalière
- Non, aucune activité libérale

Merci de votre participation !

Nous vous ferons part dès que possible des résultats de cette grande consultation.

Si vous avez des commentaires librez à nous envoyer, vous pouvez le faire ci-dessous.

Pensez à partager cette enquête.

Vous avez encore des choses à nous dire : c'est ici !

ANNEXE II – LE RECLASSEMENT DES PH

Note technique réalisée par le SNPHARE, envoyée au Premier Ministre Jean Castex en février 2021.

Note technique

Séguir 2020 sur les carrières des praticiens hospitaliers :

Une mesure injuste qui défavorise les praticiens investis à l'hôpital public depuis des années

Monsieur le Premier Ministre,

Le Séguir et Ma Santé 2022 ont introduit la coexistence, au sein du statut unique de praticien hospitalier, de deux grilles d'ancienneté, l'une pour les praticiens hospitaliers nommés à partir du 1^{er} octobre 2020, et l'autre pour les praticiens hospitaliers déjà en poste, cette dernière leur étant très défavorable et méprisant leur investissement dans l'hôpital public.

Il y a urgence à corriger cette erreur. **Une mesure transitoire doit pouvoir les faire bénéficier de la bonification de 4 ans d'ancienneté donnée aux plus jeunes.**

Nous vous remercions de prendre connaissance de cette note technique explicative et des suites que vous voudrez bien y donner. Nous sommes à votre disposition pour en conférer avec vous.

Ce document présente

- Le contexte des accords Séguir
- L'impact des décrets réformant les carrières médicales hospitalières
- La demande des praticiens hospitaliers
- Les actions déjà menées et les soutiens à cette demande

CONTEXTE DES ACCORDS : UN DIALOGUE SOCIAL NON RESPECTE

Le contexte : une perte d'attractivité et de fidélisation à l'hôpital public : fuite des jeunes (qui quittent l'hôpital après leur internat ou après un assistantat), mais aussi départ dans toutes les tranches d'âge et toutes les spécialités.

De multiples raisons à cette perte d'attractivité de l'hôpital public :

- Des rémunérations en berne depuis 20 ans, une perte de pouvoir d'achat de 25 % en 20 ans, une grille salariale figée depuis près de 20 ans et la rémunération du travail de nuit (permanence des soins, gardes et astreintes) non revalorisée depuis 20 ans.
- Des réformes successives de l'hôpital qui ont abouti à une perte d'autonomie du corps médical hospitalier public, une charge de travail de plus en plus lourde associée avec une dégradation et une dépréciation de l'exercice médical hospitalier (transferts de tâches, lourdeurs administratives,...).
- Des relations parfois tendues avec l'administration hospitalière prisonnière de la tarification à l'activité et des contrats de performance et qui pousse à la rentabilité sans percevoir les conséquences sur les conditions d'exercice des professionnels de l'hôpital public.

Une réforme de la grille des PH en deux temps

- **La suppression des 3 premiers échelons** (mesure « Ma Santé 2022 », incluse dans le protocole d'accord Ségur),
- **La création de 3 échelons de fin de carrière** (protocole d'accord Ségur)

Lors du Ségur, le SNPHARE, membre de l'intersyndicale Avenir Hospitalier / Action Praticien Hôpital – organisation syndicale majoritaire chez les praticiens hospitaliers, puisqu'ayant recueilli 3 sièges sur 5, a participé activement au Ségur, d'une part par la production d'un livre blanc « Demain l'hôpital » (plus de 200 propositions pour l'hôpital public) et d'autre part par la participation aux réunions de concertations et l'interfaçage avec le terrain (2 enquêtes).

A l'exception de la création d'échelons supplémentaires de fin de carrière, il n'est proposé par le Ministre aucune revalorisation de la grille salariale pour les praticiens hospitaliers déjà nommés avant 2020. Une augmentation de l'indemnité d'exercice de service public exclusif (IESPE qui passe ainsi de 493 à 1010 euros bruts pour les praticiens ayant moins de 15 ans d'exercice hospitalier exclusif et de 700 à 1010 euros bruts pour ceux ayant plus de 15 ans d'exercice hospitalier exclusif) est proposée, concernant l'ensemble des praticiens déjà nommés (sauf ceux ayant une activité libérale) et les futurs praticiens. Elle ne compense pas le différentiel de revenu avec l'activité libérale, et surtout ne peut être considérée comme une mesure compensatoire pour les praticiens nommés avant 2020, puisqu'elle concerne tous les praticiens.

La demande de notre intersyndicale, issue des sondages auprès des praticiens, est : « + 2 échelons (ou 4 ans d'ancienneté) pour tout le monde + la création de la 5^{ème} demi-journée (il s'agit de corriger une aberration, reconnue pendant le Ségur par le Ministre, du décompte du temps de travail de nuit depuis 2003 et qui permettrait de mettre le statut en conformité avec la directive européenne 2003/93 CE sur le temps de travail. Cinq demi-journées par période de 24h de travail permettent ainsi de réaliser les dix demi-journées statutaires hebdomadaires en 48h, durée maximale adoptée par la directive).

NUITS BLANCHES

Résultats de la grande consultation nationale sur la permanence des soins médicaux
1^{er} juillet 2022

Cette demande n'est pas reprise. Pire encore, la réunion censée écrire le protocole d'accord est interrompue brutalement et le Ministre des Solidarités et de la Santé congédie l'ensemble des syndicats le mercredi 8 juillet 2020 « *Je crois que l'on s'est tout dit, il n'y aura pas d'accord* » (PJ n°1 : communiqué de presse « Je crois qu'on s'est tout dit »).

Une nouvelle réunion (convocation par SMS, 3 heures avant ladite réunion, rendant impossible un déplacement pour les représentants syndicaux repartis sur leurs lieux d'exercice en province), se déroule avec la seule présence des organisations syndicales minoritaires chez les praticiens hospitaliers, et bien sûr le Ministre et la Fédération Hospitalière de France (représentant les directeurs d'hôpitaux). Cette réunion aboutit un protocole d'accord comportant 2 mesures phares pour les praticiens hospitaliers :

- La création de 3 nouveaux échelons (+ 5000 / + 5000 / + 7000 euros par an – alors que la proposition du ministère était + 4000 / + 4000 / + 4000 euros par an) en fin de carrière, chaque échelon ayant une durée de 4 ans.
- L'augmentation de l'IESPE à 1010 euros pour tous (soit + 517 euros pour les plus jeunes, + 300 euros pour les PH en milieu et fin de carrière)

IMPACT SUR LES CARRIERES

Jusqu'alors, la carrière des praticiens hospitaliers comprenait 13 échelons. Depuis 2006, lors de la nomination, une reprise d'ancienneté est effectuée par le CNG avec prise en compte des années de services hospitaliers effectuées sous d'autres statuts (CCA, assistants, praticiens attachés ou contractuels, ESPIC...). Cette mesure n'était pas rétroactive et tous les praticiens nommés avant 2006 n'ont pas eu droit à bénéficier ces mesures correctrices.

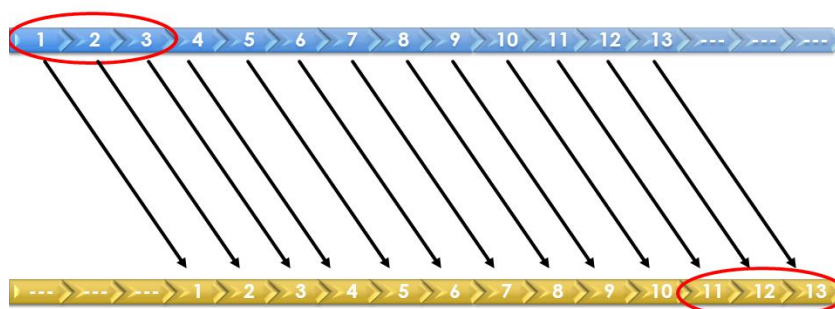
En conséquence :

- *Praticiens nommés avant 2006 : absence de prise en compte des années de « praticien hospitalier provisoire » (1 à 3 ans au moins...)*
- *Tous les praticiens : absence de prise en compte des autres services rendus à l'hôpital public (année-recherche, pourtant nécessaire à une certaine époque pour avoir un poste de chef de clinique-assistant (premier poste) à l'hôpital public, statut de contractuel en attente d'une mutation de PH entre les tours de nomination, etc.)*

La revalorisation de la grille salariale par le bas (entrée dans la carrière) et par le haut (fins de carrière) aurait dû logiquement être appliquée de manière identique à l'ensemble des praticiens :

SNPHAR

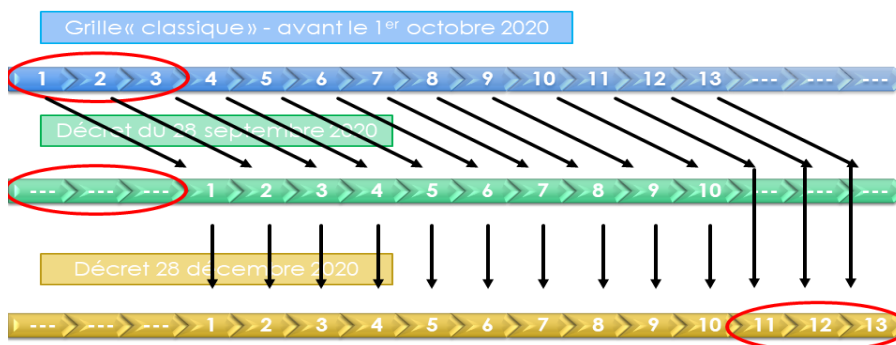
LA SITUATION ATTENDUE ET LOGIQUE



Comme cette réforme s'est déroulée en deux temps (deux décrets), cela revenait à décrire ainsi les revalorisations :



LA SITUATION LOGIQUE ET ATTENDUE



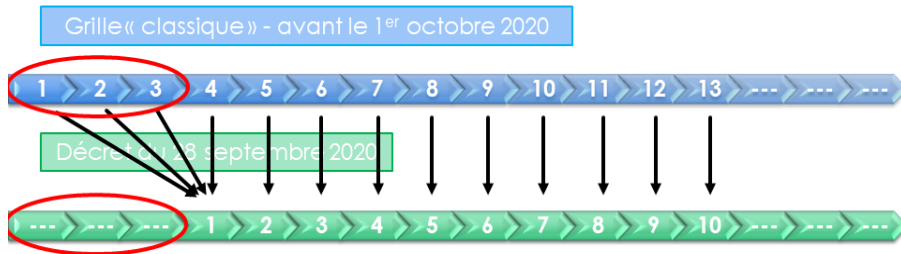
Ce n'est pas du tout ce qui s'est passé !

- **La suppression des 3 premiers échelons** – mesure pour renforcer l’attractivité pour les plus jeunes (mesure « Ma Santé 2022 », incluse dans le protocole d’accord Ségur), a été validée par l’ensemble des organisations syndicales en Conseil Supérieur des Professions Médicales le 2 juillet 2021 avec demande expresse d’une compensation équivalente pour les praticiens hospitaliers déjà nommés – tacitement, on comprend que ce sera le cas). Il en découle un décret :

Décret n° 2020-1182 du 28 septembre 2020 relatif à la modification de la grille des émoluments des praticiens hospitaliers à temps plein et des praticiens des hôpitaux à temps partiel

Ce décret a deux effets :

- Il supprime les 3 premiers échelons conformément aux négociations « MaSanté2022 » menées en 2019 afin d’offrir un niveau de rémunération aux nouveaux médecins et pharmaciens cohérent avec leur niveau de formation et de responsabilité ;
- Il reclasse tous les praticiens hospitaliers en poste 3 échelons en dessous de leur échelon actuel. C’est une renumérotation qui maintient le même niveau d’émolument mais qui fait perdre de manière relative 4 ans d’ancienneté.



Les conséquences de ce reclassement

Ce reclassement est vécu comme un déclassement, il suscite incompréhension, colère et indignation chez de très nombreux praticiens hospitaliers en cours de carrière, quel que soit leur âge. La perte de 4 ans d'ancienneté est vécue comme :

- un sentiment de non reconnaissance de l'engagement hospitalier témoigné jusqu'alors, engagement dont la robustesse a atteint son apogée en 2020 avec la crise sanitaire
- une perte de repère pour les PH nommés ces dernières années et qui étaient aux échelons 3 à 6 : les PH primo-nommés depuis cet automne atteignent directement les échelons de leurs aînés et les dépassent même parfois du fait de la reprise d'ancienneté. Les derniers arrivés auront donc des salaires plus élevés que leurs aînés présents depuis quelques années.

Ce décret crée donc une iniquité franche et significative entre praticiens hospitaliers nommés avant et après le Ségur 2020, comme si anciens et nouveaux PH progressaient sur deux grilles différentes, avec 4 ans d'ancienneté entre les deux. Cette mesure est vécue comme discriminatoire.

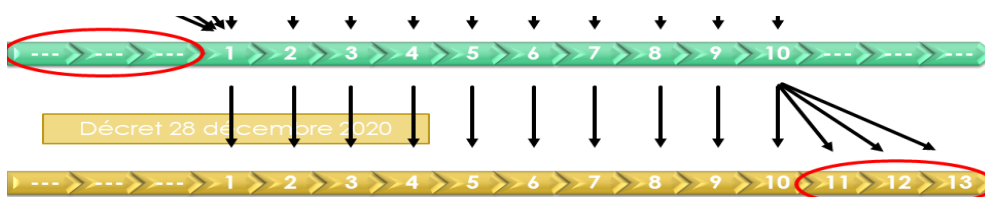
La création de 3 échelons de fin de carrière (protocole d'accord Ségur, absence de nos organisations syndicales – majoritairement représentatives des praticiens hospitaliers)

Décret n° 2020-1743 du 28 décembre 2020 portant création de trois échelons au sommet de la grille des émoluments des praticiens hospitaliers à temps plein et des praticiens des hôpitaux à temps partiel

Ce décret introduit

- la création de 3 échelons en fin de grille espacés de quatre années chacun et entraîne donc deux effets si l'on cumule avec ceux de la mesure de suppression des 3 premiers échelons.
- l'allongement de la durée de carrière qui passe de 24 ans à 32 ans, pour les praticiens nouvellement nommés.

- l'allongement de la durée de carrière qui passe de 24 ans à 36 ans, pour les praticiens précédemment nommés.



Les conséquences de cet allongement

Cette apparente montée en échelon est surtout un mirage. L'allongement de la carrière globale fait qu'il est quasiment impossible d'atteindre le dernier échelon pour les PH en poste (67 ans a minima au début de l'échelon 13) qui ne profiteront des échelons 11 et 12 que durant quelques années de leur fin de carrière.

Si les futurs praticiens hospitaliers et les praticiens hospitaliers en fin de carrière bénéficient de mesures salariales issues du Ségur, pour tous les autres, notamment en milieu de carrière, cela se limite à la majoration de leur prime d'IESPE (+ 300 euros bruts) et à l'allongement de la durée de la grille d'ancienneté (sentiment de perte de 4 ans d'ancienneté vis-à-vis de leurs jeunes collègues).

Ce décalage d'échelon à ancienneté égale est source de tensions au sein des équipes.



DUREE DE CARRIERE

AVANT : 24 ans pour arriver au début du dernier échelon




APRES : 32 ans pour arriver au début du dernier échelon



En synthèse et autrement illustré

On aboutit à une situation ubuesque : la coexistence de deux grilles d'ancienneté dans le corps unique des praticiens hospitaliers ! Cela est même décrit dans la notice explicative CNG-DGOS « Mise en œuvre de la suppression des 3 premiers échelons de PH » (août 2020).



| Années comptabilisées | PH nommés avant 2020 | | | PH 2020 |
|-----------------------------|----------------------|--------------------|--------------------|---------|
| | ancien échelon | échelon 01/10/2020 | échelon 01/01/2021 | échelon |
| De 36 ans et plus | 13 | 10 | 13 | 13 |
| De 32 ans à moins de 36 ans | 13 | 10 | 12 | 13 |
| De 28 ans à moins de 32 ans | 13 | 10 | 11 | 12 |
| De 24 ans à moins de 28 ans | 13 | 10 | 10 | 11 |
| De 20 ans à moins de 24 ans | 12 | 9 | 9 | 10 |
| De 18 ans à moins de 20 ans | 11 | 8 | 8 | 9 |
| De 16 ans à moins de 18 ans | 10 | 7 | 7 | 9 |
| De 14 ans à moins de 16 ans | 9 | 6 | 6 | 8 |
| De 12 ans à moins de 14 ans | 8 | 5 | 5 | 7 |
| De 10 ans à moins de 12 ans | 7 | 4 | 4 | 6 |
| De 8 ans à moins de 10 ans | 6 | 3 | 3 | 5 |
| De 6 ans à moins de 8 ans | 5 | 2 | 2 | 4 |
| De 4 ans à moins de 6 ans | 4 | 1 | 1 | 3 |
| De 2 ans à moins de 4 ans | 3 | 1 | 1 | 2 |
| De 1 an à moins de 2 ans | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Moins d'un an | 1 | 1 | 1 | 1 |

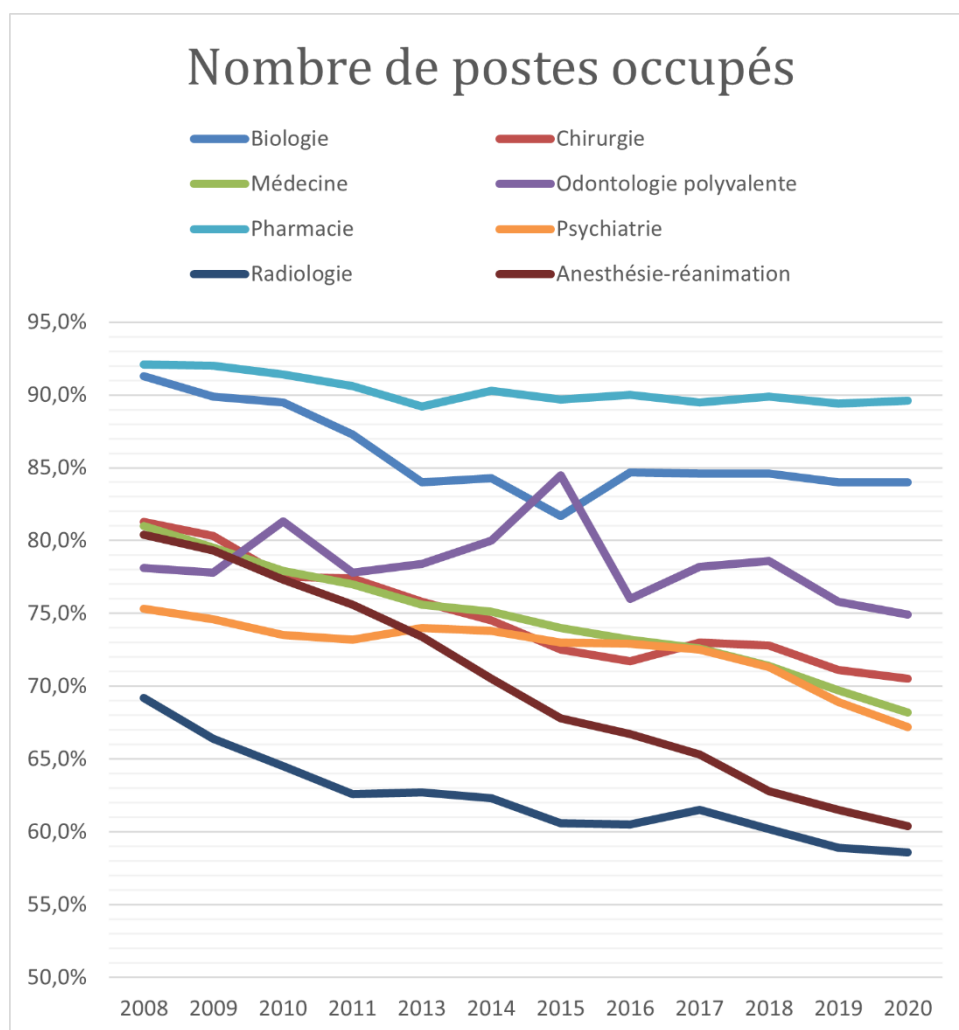
CONSEQUENCES POUR L'AVENIR DE L'HOPITAL PUBLIC :

Si l'effort d'attractivité voulu pour les nouveaux jeunes praticiens hospitaliers est conséquent, il laisse totalement de côté les PH déjà en poste, quel que soit leur âge. Il s'agit même, pour ceux-ci, d'un message contre-productif perçu comme une injustice maltraitante à l'égard de ceux qui maintiennent à bout de bras le fonctionnement de l'hôpital public depuis des années et qui ont été grandement sollicités depuis le début de la crise sanitaire que nous connaissons. Il continuera donc à y avoir des départs encore et probablement encore plus nombreux.

C'est tout un capital de compétences et d'expérience qui est mis en péril. Qui pour continuer à former les jeunes praticiens, qui pour les mentorer ?

Le Ségur fait (peut-être) gagner de l'attractivité aux jeunes nommés, mais il fait fuir les praticiens en poste : il n'y a pas de mesure garantissant la fidélisation des praticiens hospitaliers.

Le Ségur vient aggraver une situation déjà largement périlleuse dans laquelle les taux de vacance des postes de PH augmentent chaque année, toutes spécialités confondues (données CNG).



CE QUE LES PRATICIENS HOSPITALIERS ATTENDENT

Au minimum : **les praticiens hospitaliers attendent une bonification de 4 ans d'ancienneté telle qu'elle a été donnée aux plus jeunes.** Il s'agirait de créer une « mesure transitoire » complétant le décret du 28 septembre 2020, stipulant que les praticiens hospitaliers nommés avant le 1^{er} octobre 2020 bénéficient d'une bonification d'ancienneté de 4 ans (cette récupération d'ancienneté avait eu lieu lors de la modification de la grille salariale en 2000).

Au mieux : **les praticiens hospitaliers souhaitent en outre une prise en compte des années d'ancienneté « perdues », via l'application pour tous les praticiens hospitaliers (quelle que soit leur année de nomination) des article R. 6152-15 et 4. 6152-17 en vigueur aujourd'hui.** Cette mesure pourrait être réalisée dans le cadre d'un chantier « ancienneté » avec la Direction Générale de l'Organisation des Soins.

Le SNPHARE sollicite un rendez-vous auprès du Premier Ministre pour en conférer.

ACTIONS ET SOUTIENS

De multiples actions ont eu lieu, jusqu'à une grève des praticiens hospitaliers – grève rendue particulièrement invisible par le plateau haut hivernal COVID (impossibilité de manifester suite aux mesures barrières, et surtout présence indispensable des praticiens hospitaliers dans les établissements). Ces actions sont initiées par le SNPHARE et son intersyndicale Avenir Hospitalier/Action Praticien Hôpital et soutenues par la Conférence des présidents de CME, les collectifs CIH et SED et des syndicats faisant partie des organisations syndicales signataires du Ségur.

- Sollicitation « amiable » de la DGOS lors d'une rencontre informelle de l'intersyndicale Action Praticien Hôpital (présence du SNPHARE) et lors des réunions du comité de suivi du Ségur et du Conseil Supérieur des Professions Médicales : aucune réponse
- Courriers au Ministre des Solidarités et de la Santé, Premier Ministre, Présidence de la République
- Dépôt d'un recours en Conseil d'Etat contre le décret du 28 septembre 2020 par notre intersyndicale et par « Jeunes Médecins »
- Demande de recours gracieux de chaque praticien hospitalier auprès du CNG à la suite de la réception de son arrêté individuel de reclassement (lorsque ceux-ci ont été distribués, ce qui n'est pas le cas partout) : plus de 8000 recours arrivés au CNG
- Motions concernant la réforme de la gouvernance et la réforme des carrières médicales hospitalières, à l'initiative de la Conférence des Présidents de CME de CH : plus de 350 motions ont été votées dans les CH, CHS et CHU et remises au Ministre des Solidarités et de la Santé
- Dépôt d'un préavis de grève le 14 décembre 2020 pour une grève illimitée à partir du lundi 11 janvier 2021, et demande le 15 décembre 2020 d'un rendez-vous auprès de la Directrice de la DGOS pour résoudre la situation avant la grève
 - Pas de réponse de la DGOS

- Appel téléphonique d'Olivier Véran le jeudi 7 janvier pour avertir que répondre à cette revendication aboutirait à une mesure illégale (!), chiffrage erroné de la mesure (plus de 2 milliards d'euros annoncés, soit plus de 5 fois le coût réel de la mesure), contre-proposition sur un autre sujet du Ségur « mais qui ne concernera pas tous les praticiens » en échange d'une levée du préavis de grève, refus de réunion, demande d'envoi de propositions : nous avons envoyé deux courriers (le 7 janvier au soir et le 10 janvier : courriers restés sans réponse – ni écrite, ni téléphonique)
- Dans ce contexte, démarche juridique en cours pour refus de dialogue social durant le préavis de grève et pendant la grève.
- Pétition en ligne « L'hôpital a besoin de médecins et de pharmaciens » qui a recueilli plus de 35 000 signatures
- Courriers collectifs des praticiens hospitaliers à leurs parlementaires (en cours, PJ n°3 : courrier des 160 praticiens hospitaliers des Pyrénées Orientales)
- Sollicitation du Défenseur des droits (prévue mars 2021)