

LA PÉNIBILITÉ EN 10 POINTS

L'INPH réitère ses propositions en terme de Pénibilité et PH sous la forme de cette newsletter « **LA PÉNIBILITÉ EN 10 POINTS** ».

Le moment est venu car le 9 janvier 2014, Marisol TOURAINE a adressé un courrier à l'INPH pour lancer la concertation sur *la pénibilité du travail des médecins hospitaliers et plus largement les conditions d'exercice médical à l'hôpital*.

Cette concertation se déroulera durant l'année 2014 autour de trois axes :

- connaissance de la pénibilité
- prévention des situations de pénibilité
- accompagnement et compensation de la pénibilité

Dix propositions pour réduire la pénibilité et essayer de prévenir l'épuisement professionnel.

1/ Définir clairement le Service Public Hospitalier, ses missions et la place du praticien hospitalier.

Le service public hospitalier doit retrouver la place que la Loi HPST lui a fait perdre. La notion de service public est une donnée forte de l'identité des PH. Elle doit être confortée en permettant un exercice de la plénitude des missions de service public par des équipes médicales reconnues et valorisées. Articulé sur le territoire, le service public hospitalier sera le moteur de l'attractivité hospitalière à condition de donner aux PH qui l'animent les moyens nécessaires et une représentativité opérationnelle.

2/ Définir le temps de travail :

La définition du temps de travail est devenue nécessaire, la société évolue et revendique un juste équilibre entre temps de travail et temps personnel. Le temps consacré à l'exercice médical ne peut se définir à l'aune du droit du travail, ni aboutir à inclure la pratique médicale au sein de la fonction publique hospitalière.

Le concept de valences porté depuis plus des années par l'INPH est une réponse adaptée, souple et valorisante à la notion de temps de travail médical

- La permanence et la continuité des soins
- Le travail de nuit
- L'isolement professionnel
- La spécificité de la spécialité
- Les activités et responsabilités institutionnelles et transversales
- Les activités administratives de compte rendus et de codage
- Les activités d'enseignement, de recherche et de compagnonnage

3/ Restaurer une démocratie à l'hôpital avec un droit d'expression de chaque praticien

Les espaces de démocratie que constituent les conseils médicaux de service et/ou de pôle sont nécessaires si l'on conserve ce mode d'organisation. La Commission Médicale d'Etablissement doit retrouver toute sa place, en particulier pour tout ce qui concerne l'affectation des praticiens et la mise en œuvre du projet médical.

4/ Retrouver une attractivité de la carrière hospitalière (rémunérations et retraite)

L'attractivité des carrières hospitalières doit être renforcée en particulier dans les régions à recrutement difficile et dans les centres hospitaliers de taille réduite. Un niveau de médicalisation suffisant et de qualité est un facteur facilitant de recrutement pour un établissement.

La clarté du profil de poste au recrutement est importante, son évolution dans le temps l'est encore plus et doit se décliner en parfait accord avec le praticien.

La rémunération doit être à la hauteur des responsabilités d'un tel exercice, sans aucun équivalent dans le monde du travail. Il faut prendre en compte la longueur extrême et la sélectivité de la formation universitaire initiale, et permettre aux futurs praticiens l'entretien et le développement de leurs connaissances et de leurs compétences pendant toute leur carrière. La création de valences contractualisées et valorisées est indispensable comme nous l'avons évoqué.

La question des retraites est importante. Maintenir un niveau de rente inférieur à la moitié du salaire de fin d'exercice n'est plus tenable et doit être compensé par un régime sur complémentaire volontaire abondé par l'employeur et le praticien.

5/ Envisager des projections de carrières (évaluation)

L'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins est bien perçue par les équipes même si individuellement les évaluations sont ressenties comme des contrôles pouvant conduire à des reproches ou des sanctions. L'évaluation économique est vécue comme une charge lourde, dispendieuse et peu tournée vers l'amélioration des moyens disponibles. Ces démarches d'évaluation doivent reposer sur le volontariat du praticien.

6/ Favoriser la mobilité (géographique, statuts, missions) en cours de carrière

La mobilité doit être facilitée et promue par exemple par une valence. Elle permet un exercice dans de petites structures en gardant un contact hebdomadaire avec un plus grand établissement.

Le choix au cours de l'exercice professionnel entre les activités à temps plein et à temps partiel doit être possible. L'unification des deux statuts doit être définitivement finalisée.

7/ Améliorer les conditions de travail

En toute circonstance, le repos de sécurité doit être observé. Les rythmes de travail de vingt-quatre heures ne doivent plus être tolérés et encore moins imposés.

Les conditions matérielles de travail (tenue, ordinateur, téléphone cellulaire,...) bureau (non mutualisé), chambres de garde (confortables), espaces de repos (conviviaux) méritent une attention favorable de la part des directions hospitalières. Elles sont un facteur d'attractivité.

8/ Alléger les charges administratives (secrétariat...)

Les charges administratives sont unanimement citées parmi les facteurs de pénibilité par les praticiens hospitaliers. Elles ont une relation souvent très indirecte avec l'activité réalisée.

Les actes de codification sont réglementaires leur non-exécution serait reprochable disciplinairement mais n'apportent à aucun moment un « bonus » organisationnel ou financier.

Les secrétariats médicaux gagneront à être recentrés sur leur cœur de métier, le soutien aux activités médicales.

9/ Favoriser les missions universitaires (enseignement, recherche) et DPC

Les fonctions d'enseignement et de recherche clinique sont importantes et sont un facteur de prévention de la démotivation des praticiens les plus dynamiques. Elles doivent relever d'une valence. Le praticien doit pouvoir participer aux instances décisionnaires de la Faculté. L'entretien et le développement des compétences du praticien hospitalier constituent un droit statutaire intangible. Le système mis en place est trop complexe, lié au projet médical de l'établissement où exerce le praticien, la gestion du DPC médical ne fait pas de juste place aux hospitaliers.

Il est nécessaire de simplifier et de rendre moins rigide le DPC. L'ouverture des structures nationales de gestion du DPC aux hospitaliers est impérative.

10/ Envisager des passerelles professionnelles

Les carrières hospitalières sont longues. Bien que l'intérêt des professions hospitalières soit, grâce à leur polymorphisme, considérable, les facteurs d'usure physiques ou psychologiques sont nombreux.

La définition d'angulation de carrières et de passerelles professionnelles est indispensable. Elles permettraient avant la constitution de situations d'épuisement professionnel ou d'insuffisance professionnelle de proposer au praticien d'autres modes d'activité de l'accompagner et de le former à ces activités parentes ou nouvelles

La pénibilité ne peut se limiter aux revendications catégorielles de nos collègues en service la nuit ni à stigmatiser telle ou telle spécialité.

C'est donc bien un apport global général et collectif sur l'ensemble de la carrière des Praticiens Hospitaliers, toutes spécialités confondues, toutes plages horaires confondues, tous sites géographiques confondus, tous statuts hospitaliers confondus que l'INPH soutiendra.

C'est la ligne directrice de l'INPH qui n'en déviera pas afin de ne pas contribuer à déséquilibrer plus qu'il ne l'est encore aujourd'hui un statut de Praticien Hospitalier déjà bien fragile.

***Docteur Rachel BOCHER
Docteur Jean-Michel BADET
Docteur Alain JACO***