

Commission médicale d'établissement et
Direction de la politique médicale de l'AP-HP

Cellule de réflexion CME/DPM sur l'anesthésie réanimation (AR) à l'AP-HP

**4^e réunion, le 26 octobre 2012, 18h-19h30,
salle Louis Mourier ; 3, avenue Victoria**

Présents

P ^r Francis BONNET	président de la collégiale d'AR
P ^r Loïc CAPRON	président de la CME
P ^r Isabelle CONSTANT	AR, CME
D ^r Patrick DASSIER	AR, CME
D ^r Louise GOUYET	AR, CME
M. Jérôme HUBIN	DPM
P ^r Rémy NIZARD	orthopédie, président de CME locale
P ^r Gilles ORLIAGUET	AR, CME
D ^r Silvia PONTONE	AR, DPM
P ^r Christian RICHARD	réa méd, CME
P ^r François RICHARD	chirurgie, psl
D ^r Georges SEBBANE	vice-président de la CME

Motif et objectifs de la réunion

La discussions a porté sur (1) les incitations salariales, (2) l'organisation des blocs opératoires, (3) les propositions des PHAR de la CME.

Incitations salariales

M. Jérôme HUBIN (directeur des ressources humaines à la direction de la politique médicale) a examiné avec la direction des finances les quatre pistes qu'il a précédemment présentées (**annexe 1**). Un arbitrage définitif reste à faire en mettant en balance les dépenses supplémentaires engagées par l'AP-HP et l'augmentation de l'activité opératoire avec anesthésie qu'elles permettront.

Quels qu'ils soient, les avantages salariaux concédés seront transitoires, à revoir périodiquement en fonction des évolutions démographiques des PHAR à l'AP-HP, qui devraient se faire vers une inversion du déclin en quelques années.

Trois questions complémentaires se posent :

1. la transparence des mesures adoptées qui devront être présentées à la communauté médicale, de manière qu'elle puisse convenir d'un accord explicite à leur sujet ;
2. dans un esprit d'équité, l'extension des mesures à d'autres disciplines en carence actuelle de recrutement (radiologie interventionnelle, par exemple), jugées comme telles sur des critères objectifs à établir ;
3. la possibilité contractuelle, à l'échelle des GH et des pôles, de financer les plages additionnelles avec l'économie salariale réalisée sur les postes inoccupés.

Organisation des blocs opératoires

François RICHARD a fait le point sur le travail qu'il mène dans le cadre des 16 projets prioritaires du plan stratégique 2010-2014 (direction du pilotage de la transformation) :

- valorisation de la présidence du conseil de bloc et meilleure définition des missions qui lui sont confiées ;
- installation d'une cellule de régulation dans chaque bloc commun, formée d'un chirurgien, d'un PHAR et d'un IBODE ;
- exemple des premiers résultats obtenus à l'hôpital Cochin et extension prévue à d'autres hôpitaux.

Plusieurs ont mis l'accent sur :

- les bienfaits d'un savoir-vivre au quotidien (courtoisie, respect mutuel) entre les professionnels intervenant dans les blocs opératoires ;
- l'utilité d'impliquer la direction du GH dans les conseils de bloc.

Souhaits des PHAR de la CME

Voir **annexes 2 et 3**.

Prochaine réunion de la cellule

Vendredi 21 décembre 2012, 18h-19h30, au Siège de l'AP-HP (salle à déterminer).

Objectifs principaux :

- arbitrage final de la direction des finances sur les propositions de la DPM ;
- retour sur les travaux du P^f François RICHARD sur l'organisation des blocs opératoires ;
- retour sur les propositions des PHAR de la CME ;
- plan de présentation des conclusions et propositions de la cellule à la CME.

Loïc CAPRON
le 1^{er} novembre 2012

Annexe 1

Texte de M. Jérôme HUBIN, direction des ressources humaines médicales (DRHM) de l'AP-HP

Réflexion sur une modification de la politique salariale à l'égard des anesthésistes-réanimateurs

Contexte et enjeux

- démographie défavorable, d'où pénurie relative de ressources ;
- forte concurrence de la part des secteurs public et privé dans les recrutements ;
- effets délétères d'une concurrence entre groupes hospitaliers de l'AP-HP ;
- revendications de la profession pour des conditions salariales plus intéressantes ;
- balance entre coût d'une révision de notre politique salariale à mettre en balance avec le manque à gagner sur les recettes d'activité chirurgicale pour l'AP-HP ;
- maintien d'une égalité de traitement entre médecins de l'AP-HP.

Pistes de réflexion

- 1 encadrer les propositions d'embauche des praticiens attachés en AR ;
- 2 recruter les PHC (praticiens hospitaliers contractuels) au maximum de ce que prévoit la réglementation à savoir au 4^e échelon de la grille + 10 % ;
- 3 permettre aux services de remplacer un PHAR qui solde son CET avant de quitter définitivement l'AP-HP (retraite) ;
- 4 permettre le paiement de temps de travail additionnel sans contrepartie (reprise des indemnités de sujétion).

Piste 1 : encadrer les propositions d'embauche des praticiens attachés dans les services d'AR

Discussion

Les GH disposent d'une grande marge de manœuvre dans le recrutement des praticiens attachés :

- souplesse relative de la réglementation :
 - Article R6152-611 : Le praticien attaché peut être recruté à l'échelon qu'il a acquis dans un autre établissement ;
 - Article R6152-611 : Le praticien recruté en qualité de praticien attaché est classé au 1^{er} échelon. Dans le cas où ce classement entraîne une diminution du montant des revenus antérieurement perçus par l'intéressé, celui-ci peut bénéficier d'une indemnité différentielle, dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés du budget et de la santé, dans la limite de la rémunération correspondant au 11^e échelon. Cette indemnité différentielle diminue à concurrence de la progression de l'intéressé dans la grille de rémunération.
- pas de contrôle a priori de la DPM au moment des recrutements.

Cette situation peut favoriser une concurrence délétère entre GH de l'AP-HP du fait notamment de l'imprécision :

- de la notion « d'échelon acquis »,
- de la notion de « revenus antérieurs ».

Exemple d'une situation réelle posant problème :

- praticien recruté en qualité d'attaché au 1^{er} échelon au 1^{er} novembre à la fin de son cursus de FFI dans un établissement hors AP-HP de taille moyenne (dans un service d'AR),
- 3 mois plus tard, le praticien négocie de passer au 6^e échelon : son contrat de travail est modifié en ce sens,
- 3 mois après cet avenant, le praticien quitte cet établissement et se présente dans un service de l'AP-HP pour être recruté en qualité d'attaché au 6^e échelon,
- ancienneté réelle du candidat après le DES : 8 mois,
- ancienneté requise pour le 6^e échelon : au minimum 10 ans d'exercice.

Il paraît donc opportun d'encadrer les conditions salariales à l'embauche des praticiens attachés. Compte tenu du circuit de signature des contrats (proposition du GH, visa du contrôleur financier, puis signature du candidat), cet encadrement peut également s'avérer utile pour prévenir le risque de révision forcée des conditions d'embauche juste avant la signature du contrat par le praticien.

Propositions DPM

- Définir plus précisément la notion d'échelon acquis : l'échelon acquis renvoie à la l'ancienneté moyenne requise pour gravir un échelon selon la grille salariale des praticiens attachés. Autrement dit, est acquis l'échelon qui est justifié par le respect de l'ancienneté moyenne requise par cette grille.
- En cas de divergence évidente entre l'ancienneté réellement constatée et l'échelon revendiqué lors du recrutement, la carrière du praticien est reconstituée et le positionnement dans la grille se fait compte tenu des durées moyennes de montée d'échelon indiquées dans la grille salariale des praticiens attachés.
- Définir plus précisément la notion de revenus antérieurs : cette disposition renvoie au cas des praticiens qui n'étaient pas praticiens attachés dans un autre établissement et qui, recrutés à l'AP-HP, voient leurs revenus professionnels diminués. Dans ce cas, au moment du recrutement et au vu des justificatifs de revenus, une indemnité différentielle peut être versée dans la limite de la rémunération correspondant au 11^e échelon.

Avantages

Clarification des règles de recrutement en amont de l'embauche.

Inconvénients

Le respect de la réglementation limite les marges de manœuvre à l'embauche puisque les propositions salariales sont encadrées.

Piste 2 : recruter les PHC au maximum de ce que prévoit la réglementation à savoir au 4^e échelon de la grille + 10 %

Discussion

Le Code de la Santé Publique (article R6152-416) prévoit :

- que les praticiens contractuels sont recrutés sur la base des émoluments applicables aux praticiens hospitaliers ou aux praticiens des hôpitaux recrutés en début de carrière,
- que ces émoluments peuvent être majorés dans la limite des émoluments applicables aux praticiens parvenus au 4^e échelon de la carrière, majorés de 10 %.

Cette possibilité n'est absolument pas encadrée et laisse donc une marge de manœuvre aux établissements recruteurs. Sur la grille salariale des PH, le 4^e échelon majoré de 10 % correspond à une ancienneté moyenne de 8 ans.

L'enjeu : écart entre le 1^{er} échelon et le 4^e échelon + 10 % = 8 500€ bruts annuels soit 700€ bruts mensuels.

Au moins pour des raisons d'harmonisation des règles de recrutement des PHC, si ce n'est pour des raisons de maîtrise de la masse salariale, des recommandations pourraient être définies pour tenir compte des difficultés de recrutement en AR tout en prévenant les risques de contagion à l'ensemble des spécialités.

Doctrines et pratiques actuelles à l'AP-HP :

- tous les recrutements de PHC, quelle que soit la spécialité, sont effectués au 1^{er} échelon de la grille des PH,
- sauf si le praticien est en mesure de pouvoir justifier de revenus antérieurs supérieurs aux émoluments d'un premier échelon de PH ; dans ce cas, le praticien est recruté à l'échelon le plus proche de sa rémunération antérieurement perçue, dans la limite du 4^e échelon majoré de 10 %,
- la DPM contrôle les primo-recrutements.

Enquête auprès des CHU (juin 2012) : échantillon de 20 CHU dont les trois AP (Paris, Lyon, Marseille) :

- politique de recrutement systématique de PHC en AR au 4^e échelon + 10 % : 9 CHU (Amiens, Angers, Brest, Lille, Marseille, Montpellier, Nancy, Nice, Reims) ;
- politique de recrutement systématique de PHC en AR au 1^{er} échelon (sauf exceptions traitées au cas par cas) : 6 CHU (Paris, Bordeaux, Dijon, Grenoble, Lyon, Toulouse) ;
- des politiques salariales graduelles qui tiennent compte d'une expérience de clinicien, 3 CHU :
 - Besançon : 1^{er} échelon pour les praticiens sans expérience, 2^e échelon pour les anciens CCA ou assistants spécialistes dont le post-internat a duré 2 ans, 3^e échelon pour les anciens CCA dont le clinicien a duré plus de 2 ans.
 - Rennes : AR anciens CCA recrutés au 4^e échelon + 10 % ; les autres : 4^e échelon si engagement à passer le CNPH.
 - Strasbourg : PHC sont nommés au 1^{er} échelon s'ils n'ont que le DES ; les anciens CCA sont nommés au 2^e échelon.
- 2 CHU à part : Limoges où les PHC en AR sont systématiquement recrutés au 3^e échelon et

La Réunion où les PHC en AR sont recrutés au 4^e échelon + 40 %.

Avantages

Recruter tous les AR en qualité de PHC (quand ils remplissent les conditions) au 4^e échelon + 10 % renforce assurément l'attractivité des services de l'AP-HP puisque cela revient à proposer un salaire à l'embauche plus élevé de 17,5 % par rapport au niveau de salaire actuellement proposé en règle générale.

Inconvénients

Les inconvénients sont de deux ordres.

- Inconvénient financier : le surcoût à l'embauche pour l'AP-HP est de 17,5 % par contrat signé. Sur les trois dernières années, le nombre moyen de PHC temps plein rémunérés dans les services d'AR était de 57 ETP. En faisant l'hypothèse que tous ces praticiens ont été recrutés au 1^{er} échelon de la grille, le surcoût de cette mesure salariale serait au maximum d'environ 490 000€ en année pleine pour l'AP-HP (57x8 555€, soit l'écart entre le 1^{er} échelon et le 4^e échelon + 10 %). Ce surcoût correspond à une hypothèse maximaliste puisqu'elle repose sur l'idée que tous les praticiens contractuels rémunérés seraient des primo-recrutements.
- Inconvénient tenant une revendication d'harmonisation des règles de recrutement des PHC entre toutes les spécialités : l'AP-HP emploie en moyenne 650 ETP de PHC. En faisant la même hypothèse que précédemment, le surcoût de l'extension de la mesure salariale envisagée à tous les PHC serait alors de 5,6 M€ en année pleine.

Recommandations DRHM

- Ne pas systématiser un positionnement au 4^e échelon + 10 %.
- Tenir compte des parcours des praticiens :
 - formation initiale = DES ou DES + clinicat :
 - DES sans expérience : recrutement systématique au 1^{er} échelon (4 081€ bruts mensuels selon le dernier arrêté du 12 juillet 2010) ;
 - DES + clinicat (praticiens ayant le titre d'ancien CCA-AHU) sans autre expérience : recrutement systématique au 3^e échelon (4 247 €) ; cette proposition correspond à une ancienneté de 2 ans révolus et revient à proposer un niveau de rémunération – hors indemnisation de la permanence des soins – supérieur de 48,7 % à la rémunération d'un CCA-AHU au 1^{er} échelon et de 27,7 % à la rémunération d'un CCA-AHU au 2^e échelon ;
 - parcours professionnels : prise en compte de l'expérience des praticiens et positionnement dans la grille salariale des PH à l'échelon correspondant à l'ancienneté constatée dans la limite du 4^e échelon + 10 % ;
- limiter strictement l'application de ces propositions aux seuls recrutements de PHC dans les services d'AR.

Piste 3 : permettre aux services de remplacer un PHAR qui solde son CET avant de quitter définitivement l'AP-HP (retraite)

Discussion

Les CET dont les titulaires sont des PHAR représentent environ 10% des CET ouverts à l'AP-HP fin 2010. Mais 33 % de ces CET enregistrent un nombre de jours épargnés supérieur ou égal à 60 ; à comparer à la moyenne des jours épargnés dans les CET toutes spécialités confondues, 20,1 j.

- Les AR disposent donc de CET plus importants que la moyenne.
- Les AR sont très probablement plus nombreux à disposer d'un CET par rapport aux ayants-droits de la spécialité comparativement à la moyenne AP-HP.
- L'âge moyen des PHAR de l'AP-HP est plus élevé que la moyenne AP-HP ; les PH représentant 72 % des effectifs d'AR, cette donnée est significative.

La prise d'un CET avant un départ à la retraite d'un AR est donc :

- une situation assez fréquente surtout à l'heure du *papy-boom* (âge moyen des médecins de la spécialité),
- une situation qui concerne un nombre élevé d'AR (nombre de titulaires par rapport aux ayants-droits)
- une situation qui conduit souvent à une absence prolongée (CET importants).

Vu les problèmes d'effectifs actuels, l'obligation d'attendre le départ réel d'un praticien pour le remplacer aggrave les difficultés.

Pour diminuer les effets négatifs du solde des CET en fin de carrière, une solution pourrait consister, pour l'AR, à autoriser les services concernés à remplacer les médecins absents dès le début de leur congé en recrutant des personnels contractuels (recrutement sur statut de PH contractuel).

Avantages

Les absences pour CET en fin de carrière sont systématiquement remplacées, les effectifs d'AR sont ainsi maintenus.

Inconvénients

Coût de la mesure : l'AP-HP a réalisé une provision pour couvrir le risque financier lié aux CET ouverts par le personnel médical. Mais dans la solution préconisée, le risque se réalisant, le coût pour l'AP-HP devient réel.

Estimation du coût de cette mesure.

- Hypothèses :
 - D'après les informations dont nous disposons, nous évaluons le nombre d'AR qui partent à la retraite à 40/an sur les 5 prochaines années ; admettons que ce sont tous des praticiens qui ont le droit de disposer d'un CET ;
 - le stock de CET ouverts par des AR et supérieurs à 60 jours représente 33% des CET détenus par des AR ;
 - en moyenne sur les trois dernières années, l'AP-HP rémunérait 750 ETP en AR dont 692 ETP susceptibles de bénéficier d'un CET (personnels non-HU) ; considérant le faible nombre de praticiens à temps partiel en AR, admettons que ces 692 ETP correspondent à 692 ayant-droits ;
 - admettons que les 577 CET ouverts par des AR peuvent être rapprochés des 692 ayant-droits identifiés précédemment : puisqu'un praticien ne peut ouvrir qu'un seul CET, cela signifie que le taux de titulaires de CET en AR est de 83,3% ;
 - enfin faisons l'hypothèse que les AR attendent leur départ à la retraite pour solder leurs CET.
- Estimation du coût annuel de la mesure :
 - 40 AR partent à la retraite chaque année ;
 - 83,3% d'entre-eux ont un CET, soit 33 PHAR ;
 - 33% de ces PHAR ont un CET supérieurs à 50 jours, soit 11 praticiens ;
 - au minimum, la mesure coûterait $11 \times 3 \text{ mois} \times \text{salaire PHC}$ (salaire mensuel moyen charges incluses d'un PHC) = $11 \times 3 \times 6\,400\text{€} = 211\,200\text{€}$;
 - en moyenne, les CET > 60 jours comptent 96 jours épargnés soit environ 5 mois ; le coût moyen de la mesure serait donc de $11 \times 5 \times 6\,400\text{€} = 352\,000\text{€}$

Recommandations DRHM

Limiter cette mesure aux CET supérieurs à 3 mois (CET d'au moins 50 jours).

Piste 4 : permettre le paiement de temps de travail additionnel sans contrepartie (reprise des indemnités de sujétion)

Discussion

Considérant (1) les difficultés démographiques de la spécialité et (2) la nécessité d'assurer une continuité de la prise en charge, et ce quelles que soient les contraintes d'organisation de la permanence des soins, l'indemnisation, sans compensation, du temps de travail additionnel permettrait de mieux rémunérer les heures supplémentaires réalisées par les AR.

Rappelons que les indemnités de sujétion versées pour les gardes sont payées « au fil de l'eau » en fonction des tableaux de service réalisés. L'indemnisation du temps de travail additionnel est réalisée à la fin de chaque quadrimestre au vu d'un décompte :

Article 21 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé : « Les montants dus au titre des indemnités de sujétion et des indemnités de garde sont versés mensuellement après constatation du nombre de nuits, samedis après-midi, dimanches et jours fériés travaillés. Les montants dus au titre des indemnités pour temps de travail additionnel sont versés au terme de chaque quadrimestre, après déduction, le cas échéant, des indemnités de sujétion déjà versées pour les mêmes périodes de temps de travail. »

Pour mémoire, une période de temps de travail additionnel, correspondant à du temps de travail réalisé au-delà des obligations de service, donne lieu au choix entre une indemnisation, une récupération ou un placement sur CET.

Quand le temps de travail additionnel a été réalisé durant une période de permanence des soins (nuits, week-ends ou jours fériés) pour laquelle a déjà été versée une indemnité de sujétion, il est procédé à une reprise de cette indemnité de sujétion puis au versement de l'indemnité pour temps de travail additionnel (voir article 21 cité *supra*).

Rappels

- indemnité de sujétion pour deux demi-périodes (nuit complète, dimanche ou jour férié) : 264,63€;
- indemnité forfaitaire pour toute période de temps de travail additionnel accompli de jour : 317,55€;
- indemnité forfaitaire pour toute période de temps de travail additionnel accompli la nuit, le dimanche ou jour férié : 473,94€.

Exemple

- si deux demi-périodes de temps de travail additionnel ont été effectuées durant une période de permanence des soins (nuit complète, dimanche ou jour férié) : reprise de l'indemnité de sujétion soit un versement réel de $473,94 - 264,63 = 209,31€$ pour 12h de garde ;
- si le temps de travail additionnel a été effectué en journée : aucune compensation, l'indemnité est de 317,55€ pour 12h de travail supplémentaire.

Le fondement de la proposition = la logique de construction des tableaux de service en AR : la liste de garde est élaborée en priorité, vient ensuite l'organisation de la présence médicale de jour. Le temps de travail supplémentaire correspond donc systématiquement à du temps de travail additionnel effectué en dehors des périodes de permanence des soins.

Avantages

L'avantage d'une telle mesure est principalement financier pour les PHAR effectuant du temps de travail additionnel. Il serait opportun – mais probablement difficile – de mesurer l'effet d'une telle mesure sur la fidélisation de ces personnels médicaux.

Inconvénient

Les problèmes posés par cette mesure sont de trois ordres :

- problème réglementaire : considérer que le temps de travail additionnel réalisé par les PHAR est systématiquement du temps de travail de jour est contraire à la réglementation ; celle-ci prévoit en effet une analyse rétrospective du temps de travail supplémentaire réellement effectué impliquant un décompte précis des périodes de temps de travail additionnel réalisées le jour et celles réalisées la nuit, le dimanche ou les jours fériés ;
- problème budgétaire : le temps de travail additionnel de jour constitue une charge financière supplémentaire pour l'AP-HP. En comparant, pour l'AR, les indemnités versées au titre du temps de travail additionnel avec ou sans régularisation des indemnités de sujétion, on peut estimer ce surcoût, si nous devons désormais considérer que le temps de travail additionnel est systématiquement effectué de jour :
 - indemnités de temps de travail additionnel versées en 2011 pour les services d'anesthésie-réanimation : 1 586 941€ ;
 - régularisation de la reprise des indemnités de sujétion en 2011 pour les services d'AR : -807 325€ ;
 - indemnités de temps de travail additionnel versées en 2011 pour les services d'AR après régularisation de la reprise des indemnités de sujétion : $1 586 941€ - 807 325€$, soit 779 616€ ;
 - le surcoût pour l'AP-HP d'une telle mesure aurait donc été pour 2011 de 779 616 €.
- rupture dans l'équité de traitement entre les praticiens de l'AP-HP réalisant du temps de travail additionnel.

Accessoirement et dans les services qui ne souffriraient pas de graves problèmes d'effectifs justifiant la réalisation d'heures supplémentaires, cette mesure pourrait aussi avoir pour inconvénient de dissimuler des problèmes d'organisation tels qu'une mauvaise répartition des obligations de service profite à quelques PHAR attirés financièrement par la réalisation de temps de travail additionnel.

Recommandations DRHM

S'en tenir strictement à la réglementation et l'analyse, à la fin de chaque quadrimestre, du temps de travail additionnel comptabilisé pour déterminer s'il y a lieu de reprendre ou non les indemnités de sujétion déjà versées.

Annexe 2

Message du D^r Patrick DASSIER aux membres de la cellule, le 26 octobre

Chers Collègues,

En tant que représentants des médecins AR à la CME, mes collègues de la CME et moi-même vous transmettent nos revendications pour une meilleure attractivité de l'anesthésie-réanimation à l'AP-HP. Outre l'engagement d'ancien CCA au titre d'un PHC échelon 4 + 10% (échelon 2 pour un ancien interne) que nous avons abordé en septembre, nous souhaitons la mise en place de 4 mesures à court terme :

- 1) uniformisation de l'ouverture des blocs au sein de l'AP-HP, 8H-17h ;
- 2) en cas d'ouverture d'une plage de 12h de bloc, celle-ci doit être comptabilisée 3 demi-journées sur le tableau de service ; il convient d'obtenir le volontariat librement consenti du PH ;
- 3) réduction de façon drastique des dépassements d'horaires ; ceux-ci doivent faire l'objet d'une compensation comme nous la proposons dans notre article [*v. infra* Annexe 3] ;
- 4) la communauté des PH d'anesthésie-réanimation rappelle que du fait de notre activité postée, 40h d'activités de bloc par semaine honorent largement nos obligations statutaires.

Actuellement, nos plus jeunes et nos PH les plus jeunes désertent l'Institution pour des hôpitaux qui proposent une organisation de travail structurée (4 fois 10h de bloc), une organisation contenue, c'est-à-dire sans dépassement d'horaire permanent. Les dépassements d'horaires dégradent les conditions d'environnement (d'autant qu'ils ne font l'objet d'aucun retour, temps ou argent) et sont source de conflits relationnels en fin de journée.

Bien cordialement,
P DASSIER

Annexe 3

Propositions du SNPHAR-e (Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes réanimateurs élargi) :

AP-HP, Les critères d'attractivité pour les postes de praticiens hospitaliers d'anesthésie-réanimation

Document proposé à la gouvernance, le 14 septembre 2012, par les délégués SNPHARe de la CME de l'AP-HP (P. DASSIER, M. DRU, J.-L. GAYARD, L. GOUJET)

L'AP-HP doit se poser le problème de son attractivité pour la discipline d'anesthésie-réanimation (AR). Les Praticiens Hospitaliers d'AR (PHAR) sont particulièrement sensibles à la qualité de leur environnement de travail (qualité et sécurité des soins) et à l'organisation des plateaux techniques (sérénité dans leur exercice). Il est temps de restaurer **un état de confiance** au sein de l'APHP, le **retour de la reconnaissance du travail réalisé**, le **respect de leur dignité et de leur autonomie au travail**, et de favoriser l'épanouissement au travail. L'attractivité des postes de PHAR à l'APHP ne peut se concevoir **sans la prise en compte de l'environnement fortement concurrentiel et du déficit démographique** en AR.

Une des conditions de l'attractivité de l'AR est de pouvoir exercer avec autant de plaisir les deux composantes de la spécialité. L'anesthésiste au bloc n'est pas là pour satisfaire les canons du productivisme de la T2A, mais pour prendre en charge des patients dans des conditions logistiques et organisationnelles correctes. L'anesthésie-réanimation dans son exercice impose un **environnement propice, tant sur le plan de la sécurité des soins que sur le plan de la sérénité au travail**.

Par définition les jeunes PHAR et les CCA se doivent d'être **polyvalents et capables de travailler** dans les deux secteurs d'activité, et **d'assumer la mission de garde ou PDS dans ces deux secteurs**. Ultérieurement une activité exclusive dans un secteur d'activité (réanimation, secteur ponctuel d'anesthésie) ne peut être tolérée que pour des responsables de secteurs et les PHAR en fin de carrière (au delà de 60 ans).

Au-delà de 60 ans, un PHAR doit pouvoir diminuer sa participation à la PDS, voire l'arrêter s'il le souhaite. *Pour son activité journalière*, une réduction peut être envisagée sur la base d'un temps réduit à 80%.

Tout PHAR, quel que soit son statut, participe aux activités diurnes (anesthésie ou réanimation) et à la PDS qui en dépend.

Un profil de carrière sera déterminé pour chaque PH, qui respectera ses souhaits (variables selon les âges), avec entretiens réguliers avec la gouvernance pour voir si ces souhaits sont satisfaits.

Les jeunes futurs PH de l'APHP doivent se sentir attendus, le premier signe à leur donner est une embauche aux mêmes conditions financières que dans les CH environnants, sur la base d'un **contrat de PH contractuel payé au 4^e échelon + 10 %** en attendant leur nomination à un poste de PH. Les statuts d'assistants spécialistes seront réservés aux jeunes voulant avoir le secteur 2.

Les blocs opératoires

Il est d'une nécessité impérieuse sur l'AP-HP de mettre en place une **organisation uniforme des plateaux techniques**, avec un rappel fondamental : le travail sur un plateau technique (bloc opératoire par exemple) est **une activité postée**, les horaires du bloc dictant l'agenda du PHAR. **Ce dernier n'est pas maître de son temps !**

Cette organisation uniforme doit avoir pour fondements, déclinés dans une charte de bloc transversale AP-HP, qui doit reprendre les éléments suivants :

- **une amplitude uniforme d'ouverture** de 8h-17h (ou 7h-16h) des blocs opératoires, 5 jours par semaine, ce qui correspond à 45h de travail hebdomadaire ; n'oublions pas que l'organisation en 4 fois 10h (8h-18h) est celle qui est la plus attractive et elle est proposée par les établissements non-AP environnants ;

- **le respect des heures d'ouverture et de fermeture de bloc; les dépassements d'horaires doivent être exceptionnels, et ils doivent être contenus par un cadre dissuasif** comme dans de nombreux autres CHU ou CH :
 - **de 17h à 18h**, rémunération sur la base de deux déplacements exceptionnels d'astreinte, soit 136,26 € (64,06 € + 72,20 €).
 - **au-delà de 18h** (début de la période de garde) : en cas de dépassement exceptionnel, dûment motivé pour des raisons médicales (et non par des carences organisationnelles), **une rémunération compensatrice** d'une demi-plage additionnelle (237 €) est prévue pour honorer un dépassement inférieur à 3h, **une rémunération compensatrice d'une plage additionnelle, avec un temps de récupération de 2 demi-journées**, est prévue pour honorer un dépassement supérieur à 3h.
- **Toute plage d'ouverture supérieure à 10 h, dans la limite de 12h**, impose l'accord du PH (volontariat) et sera comptabilisée **3 demi-journées**.
- *En cas d'organisation de la programmation sur une plage opératoire de plus de 12h*, il faut travailler en 2 équipes, sans dépasser le soir 22h, après accord du PH (volontariat). Cette organisation se décline en 2 plages de 7h de travail posté, les heures précédant 8h et dépassant 18h comptant double.
- L'organisation de tous les blocs opératoires se doit éviter le **burn out** des acteurs de terrain (suivi par la médecine du travail) et respecter leur indépendance professionnelle.
 - **Un régulateur de bloc** (ayant une délégation d'autorité) assume de façon hebdomadaire l'organisation et la prévention des conflits. Il s'agit d'un PH expérimenté et reconnu par ses pairs car il travaille régulièrement sur le site des plateaux techniques. *Cette fonction est répartie sur l'ensemble des PHAR.*
 - *La programmation hebdomadaire des blocs opératoires est effective à 80 % le jeudi précédent, et sera validée définitivement la veille au soir 17h.*

Au sein des plateaux techniques, **un bureau** sera mis à disposition des AR avec ordinateur et connexion Internet. **Le respect d'un intervalle de temps suffisant pour déjeuner** (30 minutes) sera respecté, dans un environnement adapté et éclairé par la lumière du jour.

L'activité d'AR ne peut pas s'effectuer *sur plus de deux sites d'un même plateau technique. Le travail sur 2 sites (ou blocs opératoire) doit être cadré* pour être accepté :

- les deux blocs doivent être à côté l'un de l'autre,
- dans chaque salle, une IADE est présente sur la totalité du temps d'ouverture de deux blocs,
- *le PH est dans son droit (devoir de responsabilité médicale) d'accepter ou de refuser (droit de retrait) de travailler sur deux salles en fonction de l'acte réalisé et de la gravité des patients (aucune anesthésie de 2 patients ASA III ne peut être effectuée en même temps. La programmation doit être rigoureuse et anticipée pour intégrer les particularités de la chirurgie et du terrain du patient dans la programmation sur une ou deux salles.*
- *Dans cette configuration organisationnelle, l'amplitude d'ouverture des deux salles opératoires ne devrait pas idéalement dépasser 8h.*

Les autres secteurs d'activité (consultations)

L'amplitude d'ouverture doit être uniforme et ne pas dépasser 8h-17h, 5 jours par semaine, soit 45h de travail hebdomadaire.

Le temps de travail

Afin de respecter *la législation du travail et les directives européennes, et le statut de PH, le temps de travail doit être précisé à l'AP-HP, dans un univers concurrentiel qui les a définies.*

Le temps de travail doit être fixé à 48h au sein de 10 demi-journées pour une semaine avec gardes et à 40h pour une semaine sans garde.

La valeur temps de la demi-journée doit être définie entre 4h, borne minimale, et 4h30, borne maximale.

L'AP-HP doit se conformer dans chaque établissement à la réglementation nationale des plages additionnelles datant de 2003, en respectant

- a. sa définition : **il s'agit de toute activité effectuée au-delà de la 48^e heure hebdomadaire** ;
- b. le principe européen de l'**opt out** de la DE décliné dans le statut de PH qui impose un volontariat librement consenti ;
- c. **la nécessité d'une contractualisation en nombre** des plages additionnelles sur la base de plages de jour. Les plages additionnelles doivent être identifiées sur les tableaux de service prévisionnels et définitifs pour éviter tout litige et contentieux administratif. Il convient donc de modéliser les besoins en PH selon le niveau d'activité du service. Le SNPHAR-e vérifiera que ce dimensionnement est adapté.

Comme pour tout praticien, l'organisation du travail du PHAR doit respecter les besoins d'activités autres que productivistes au bloc opératoire (enseignement, formation, activité d'intérêt général [AIG] interne [AP-HP] et externe, syndicat). Le *temps de travail hebdomadaire du PH doit se composer de **80 % de temps clinique et de 20 % de temps non clinique***. Les AIG doivent être formalisées par une reconnaissance institutionnelle ou statutaire, et officialisées via le tableau de service.

Le respect des devoirs de développement professionnel continu et formation médicale continue (DPC et FMC, au maximum 15 jours ouvrables par an) doit devenir une réalité.

Le dimensionnement en nombre de PH d'un service d'AR doit se définir en fonction du volume annuel d'activité du service en tenant compte de la PDS. Un PH d'anesthésie doit effectuer 208 jours par an (jours RTT pris) ou 228 jours en cas de non-prise des 19 jours de RTT (soit en temps continu, entre 1 560h et 1 970h par an). Le dimensionnement doit respecter les temps de FMC et d'activités non cliniques.

Les améliorations de l'environnement de travail

- Un bureau avec ordinateur et une connexion Internet pour chaque PH.
- Respect d'un intervalle temps suffisant pour déjeuner sur place (30 minutes maximum), dans un environnement dédié et adapté.

Effizienz et « productivité »

Le principe de comparer les activités entre établissements via des indicateurs tels que les ICR ou nombre d'actes, et de prôner des transferts de poste via des vases communicants **en fonction de la simple productivité d'acte est une hérésie et est en contradiction avec le code de déontologie**. Un PHAR au bloc est posté de 8h à 17h. Sa « productivité » **dépend de celle du chirurgien et de la bonne ou mauvaise organisation du bloc**.

Toute diminution d'un poste de PHAR doit s'accompagner d'une diminution CONJOINTE de 2 à 3 postes des intervenants qui requièrent de l'anesthésie (le ratio actuel est de 1 PHAR pour 2 à 3 chirurgiens).

Le dialogue social

Reconnaissance comme interlocuteurs pour toute question organisationnelle hospitalière touchant l'AR des représentants du SNPHAR-e élus à la CME ou à la CMEL, au même titre que la collégiale des PUPH qui est l'émanation universitaire (à l'instar des collègues électifs différents PH et PU-MCUPH aux élections de la CME et CMEL).

Des réunions régulières sur le bon fonctionnement des plateaux techniques et des blocs opératoires doivent avoir lieu, avec participation des administrations hospitalières. Un bilan régulier y sera fait de l'organisation et **de la satisfaction au travail**.

Un suivi en médecine du travail pourra être assuré, notamment pour surveiller les conséquences de ***la pénibilité*** du travail de nuit.

La promotion de l'AR

Dans le cadre du refondement du site de l'Hôtel-Dieu, la communauté des PHAR de l'AP-HP souhaite voir la création ***d'une École d'AR***, intégrant comme installation un amphi pour les cours théoriques au DES de l'Île-de-France et ***une unité de simulation*** dotée de 4 simulateurs (1 pédiatrique et 3 adultes) pour concrétiser une des formes modernes du DPC (développement professionnel continu) des médecins AR de l'ÎDF.