



Syndicat National des Médecins Réanimateurs des Hôpitaux Publics

(Membre de la CMH)

Président :

Dr F. FRAISSE

Service de Réanimation Médico-chirurgicale

CH SAINT-DENIS

2 rue du Dr Delafontaine

93205 SAINT-DENIS Cedex

☎ : 01 42 35 61 07

✉ : 01 42 35 62 33

E. Mail : francois.fraisse@ch-stdenis.fr

Secrétaire Général

Dr B. MISSET

Service de Réanimation

Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph

185, Rue R. Losserand

75014 PARIS

☎ : 01 44 12 34 15

✉ : 01 44 12 32 80

E. Mail : bmisset@hpsj.fr - bmisset@wamaddo.fr

FF/DG/2007/110

RAPPORT D'ACTIVITE 2006 DU SNMRHP

L'année 2006 a été marquée par la mort subite de notre Secrétaire Général, le Docteur Arnaud DE LASSENCE. Le CA est unanime pour saluer la qualité de son travail et de son efficacité. Il mène une réflexion sur les moyens d'honorer durablement la mémoire de notre collègue et ami.

I - ACTIVITES DU SYNDICAT NON SPECIFIQUES A LA REANIMATION

Le SNMRHP a mené de multiples actions au sein de la CMH, intersyndicale dont il est membre constitutif.

A) Dispositions réglementaires concernant les postes de PH

La nomination des PH reste prononcée par le ministre chargé de la santé. Elle fait l'objet d'une publication au JO. Elle intervient après avis de la CME et du CE qui remplace celui du CA. En cas de positions divergentes (CME - CA), l'avis de la Commission Nationale Statutaire est requise.

Le maintien d'un cadre national par arrêté du ministre où n'intervient pas directement la position des directeurs hospitaliers est le fruit d'une négociation laborieuse et de l'engagement des PH comme des syndicats.

L'affectation du PH dans un établissement est prononcée dans un pôle d'activité sur proposition du chef de pôle et du Président de la CME.

La principale inquiétude résiduelle concerne la gestion des postes de PH en cas de fusion d'établissements. Dans cette situation, les PH non affectés dans un pôle du nouvel établissement, peuvent être mis en recherche d'affectation avec tous les aléas inhérents à cette situation.

Le syndicat sera particulièrement vigilant et prêt à intervenir dans ces situations susceptibles de se multiplier avec des restructurations hospitalières.

B) La réforme de la gouvernance hospitalière

L'organisation des établissements en pôles d'activité, si elle avait été majoritairement acceptée par les membres du SNMRHP, continue à faire débat sur le fond et sur la forme.

Sur le fond, la pérennisation des services est clairement mise en cause et la position historique de la CMH plaidant pour une complémentarité de leurs missions est battue en brèche par les faits. Un échelon technique au sein des pôles UF et/ou service n'est pas contesté. Cependant, leur compétence est floue et de fait limitée.

Les organisations hospitalières en pôles sont très variables selon le statut des établissements (H ou HU), leur nombre de lits, leur historique. La rationalité de certains regroupements interpelle la répartition des services de réanimation au sein des pôles fera l'objet d'une enquête du SNMRHP en 2007.

a - Le Conseil exécutif (CE)

Le conseil exécutif était présenté comme une instance de réflexion paritaire médecins-administration. Elle était sensée redonner aux médecins un poids sur les orientations stratégiques des établissements. De fait, les contraintes budgétaires de la T2A et le directeur, interlocuteur privilégié voire exclusif des tutelles, les contrats de retour à l'équilibre imposés aux établissements ont accru le poids des administrations locales et tutélaires.

Le CE constitue une instance consultative supplémentaire auquel est soumis un ordre du jour lié au bon vouloir des directeurs et Présidents de CME. La concertation médico-administrative se réduit le plus souvent à un colloque président de CME-directeur déconnecté de la base.

Le SNMRHP, dans le cadre des comités de suivi sur la nouvelle gouvernance, veillera à éviter les dérives déjà perceptibles d'un système et d'une organisation déconnectée de préoccupations des médecins et des réalités

b - La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)

Le syndicat, comme la CMH, s'est résolument engagé dans une opposition à l'extension du champ d'exercice de la direction des soins infirmiers et de la CSIRMT (EPP, amélioration de la qualité et l'organisation interne des établissements).

C) Les retraites

a - La retraite des PH

Le dossier des retraites des PH, dont la négociation devait débuter en 2006, est reporté à une échéance post-électorale. Néanmoins, le SNMRHP s'est engagé afin de diminuer l'effritement des retraites et l'allongement prévisible du temps de travail vers une action visant à inclure dans les cotisations IRCANTEC, l'ensemble des domaines indemnitaires non concernés : activité publique exclusive et à prime multisite.

Le dossier des retraites fait l'objet d'un consensus assez large entre les différentes intersyndicales. La PVC sur lequel nous reviendrons constitue un élément essentiel de cette négociation en pondérant le différentiel potentiel

b - La retraite hospitalière des HU

Document rédigé par le Professeur C. GIBERT

Cette revendication très ancienne du syndicat et de la CMH avait été incluse dans le protocole du 16 Mai 2003 signé par MATTEI et FILLON, mais uniquement sous la forme de sujet de discussion au sein du comité de suivi du protocole « *avec une attention particulière à la situation des plus avancés dans la carrière* ». En fait les discussions sérieuses ne se sont engagées que récemment sur ce point avec, en particulier au cours du printemps été 2006, des propositions faites par la DHOS sous la houlette de D. Toupiller. Le rapport de Francis Giraud remis en 2006 au premier ministre a été déterminant puisque sa proposition N°11 était consacrée à ce point (lors de l'audition, nous avons particulièrement insisté sur ce point dans le cadre de la comparaison avec les conditions d'emploi en Europe). Lors de discussions à Matignon auxquelles nous avons participé (CG) nous avons fini par décrocher le principe d'une retraite de type IRCANTEC assise sur une partie des rémunérations hospitalières et ce par voie législative dans le cadre de la loi de financement de la SECU. Par contre, une très forte opposition à des dispositions transitoires en faveur des plus anciens nous a été opposée. Compte tenu des réformes envisagées de l'IRCANTEC la rédaction de l'article de loi devait permettre une entrée dans un système temporaire dès la promulgation de la loi. Un essai de dépôt d'amendement parlementaire pour introduire un dispositif intéressant les PU et MCU à 10 ans de la retraite s'est heurté tant à l'assemblée qu'au sénat entraînant un veto finances à l'instigation de Matignon. L'article 112 entre en application au 1er janvier 2007. Reste la discussion, dans le cadre du décret d'application, de l'assiette, des organismes habilités voire la réintroduction par la fenêtre de dispositions transitoires pour les plus anciens (paraît-il la rédaction législative ne l'interdit pas mais nous sommes très pessimistes). RDV ont été pris de concert avec Roland RYMER (SNAM HP) auprès de X. Bertrand et des conseillers EDUC sur ce point ainsi que sur le reclassement Hospitalier des universitaires titulaires ayant exercé des fonctions de PH.

D) Tarification à l'activité

Le taux de la T2A est fixé à 35% en 2006 et 50% en 2007 et entraîne une profonde modification de la structuration des budgets hospitaliers.

La valorisation a un niveau plus conforme à la réalité des journées de réanimation, en sus du GHM, a modifié l'approche administrative et financière de l'activité en réanimation.

Cependant, le plafonnement des MIGAC et la poursuite d'une convergence tarifaire publique privé à horizon 2007-2009 est une hypothèque grave sur le moyen terme. La CMH et le SNMRHP sont opposées à cette convergence mais favorables à une évolution partielle de tarifs différents entre le public et le privé. Si les missions d'intérêt général ont fait l'objet d'une dotation très partielle, la politique contractuelle reste à définir et à chiffrer. C'est sur cet espace que doit s'inscrire le financement de politique qualité. En 2007, il semblerait cependant, qu'une meilleure valorisation des MIGAC soit envisagée.

E) Restructurations hospitalières

Le morcellement du système hospitalier public et privé français impose une restructuration des activités hospitalières. La CMH et le SNMRHP sont favorables à des regroupements hospitaliers et à une organisation par territoire de santé. Encore faudrait-il que ceux ci aient un sens en terme de planification.

La T2A favorise le développement des activités techniques et programmés. La mise en place de groupement de coopération sanitaire (GCS), élément du plan hôpital 2007 est souhaitable bien que leur cadre juridique reste à redéfinir.

II - ACTIVITES SPECIFIQUES A LA REANIMATION

A) SROSS III réanimation

La publication définitive du SROSS III doit intervenir en mars 2007. Sur la base de l'enquête de 2005, le nombre de lits de réanimation se situait en 4.6 et 10.3 lits pour 100 000 habitants avec une médiane à 6.

Bien qu'à ce jour nous ne possédons pas de chiffres définitifs, ceux ci ne serait pas sensiblement modifiés malgré, dans certaines régions, la transformation de lits de réanimation en soins continus.

Les SROSS III semblent s'accompagner d'un resserrement du taux de lits de lits/100 000 habitants au niveau national. Le SNMRHP est intervenu dans plusieurs régions auprès des ARH afin de corriger certaines anomalies.

B) Respect du décret sur la réanimation

En avril 2007, globalement ni le ratio de 50% de lits de soins continus, ni les densités de personnels paramédicaux par lit actif ne seront globalement atteints. Des entretiens avec les directeurs successifs de la DHOS ont permis d'évoquer ces anomalies. Le groupe de travail sur les USC engagé avec la DHOS avec le soutien de Monsieur CASTEIX n'a pas eu de suite et nous sommes toujours en attente d'un entretien avec Madame PODEUR.

Le respect des normes de personnel en réanimation devient d'autant plus urgent et impératif que l'ouverture des USC va alourdir la charge en soins requis dans les services de réanimation.

C) Accréditation et part complémentaire variable (PCV)

La réanimation fait partie des 14 disciplines à risques (décret 2006-909 du 21 juillet 2006) pour lesquels les médecins ou équipes médicales peuvent solliciter une accréditation.

Les critères seront arrêtés par l'OA-RLF pour avril 2007 et soumis à l'HAS.

Officieusement, la réanimation sous la pression du SNMRHP et avec le soutien efficace de la CMH ferait partie de la 2^{ème} tranche des disciplines où les PH peuvent accéder à la PCV (après les chirurgiens et les psychiatres).

Un budget supplémentaire fléché pourrait être accordé en supplément aux hôpitaux favorisant ainsi son obtention. Néanmoins, cet optimisme doit être tempéré par le fait que les arrêtés d'application sur la PCV ne sont toujours pas publiés.

Le problème de l'accréditation et de la PCV fera l'objet d'une présentation spécifique sur le site WEB du syndicat.

D) Paiement des plages additionnelles (PA)

Le paiement des PA aux réanimateurs continue de poser problème dans de nombreux établissements. Si certaines situations ont pu être régularisées, de nombreuses anomalies persistent et 3 CH (à notre connaissance) ont été condamnés par le Tribunal administratif pour non paiement.

Une validation des organisations compte tenu du nombre de lits favoriserait les négociations avec les administrations hospitalières.

E) Convergence-Santé Hôpital

La CMH et le SNAM ont initié les 10, 11 et 12 septembre 2006 un congrès autour de réflexions concernant le monde hospitalier. Outre des séances plénières, le SNMRHP a organisé avec la collaboration du SNPHPU (Professeur G. AULAGNIER) une journée axée sur le bon usage du médicament en réanimation. Les présentations sont consultables sur site WEB.

Le congrès 2007 se déroulera à POITIERS. Il sera consacré à l'imagerie médicale en réanimation, en pneumologie avec le concours du SNAM (Professeur RYMER) et du SPH (Professeur VALEYRE). Une mobilisation plus conséquente de la réanimation médicale est nécessaire d'autant que les dates (19 au 21 septembre 2007) retenues sont compatibles et dissociées du séminaire pédagogique du CNERM.