



Collectif Médecins UFMICT-CGT

Temps de travail, retraite des médecins : la régression sociale

Le travail de destruction sociale du gouvernement se poursuit à grande vitesse et les médecins, après la modification de leur statut, sont sévèrement touchés sur deux questions : le temps de travail et la retraite.

La révision de la directive européenne sur le temps de travail

La directive de 1993 nous avait permis lors de la mise en place de la RTT, d'inclure la garde dans le temps de travail et de fixer la durée maximale de la semaine de travail à 48 heures. Alors que ces normes devaient être renforcées au niveau de l'Union Européenne, le changement de position de la France, porté par Xavier Bertrand, a permis que les normes défendues, notamment par la Grande-Bretagne, soient adoptées début juin par une majorité de pays.

Les deux principales mesures proposées sont inacceptables :

- Différenciation lors des gardes d'un temps de travail actif et d'un temps de travail inactif qui sera décompté de manière forfaitaire.
- Limite du temps de travail hebdomadaire portée à 60 h, voire 65 h en présence de périodes de temps de travail inactif.

Pour l'instant, seule la commission a validé ce projet qui doit être présenté devant le parlement européen à l'automne.

Conscient des réactions que va susciter cette révision, Xavier Bertrand a indiqué que ces mesures ne s'appliqueraient pas à la France qui possède une législation plus favorable. Ces propos n'engagent qu'un ministre qui « parle » ! Le risque est réel, si le texte est adopté, qu'il s'applique à la France, tôt ou tard.

La réforme de l'Ircantec

Une première tentative de réforme faite en 2005 avait finalement été retirée devant la mobilisation des salariés concernés, notamment des médecins.

La réforme proposée se traduirait par une baisse de notre retraite d'au moins 25 %. Or, si une réforme est nécessaire, rien ne justifie aujourd'hui une telle mesure. D'une part, la caisse de retraite a accumulée plus de 5 milliards d'euros de réserve, d'autre part les hypothèses démographiques avancées sont volontairement dramatisées.

Ce qui est particulièrement scandaleux sur ce dossier est la volonté de passer en force au cours de l'été et le refus de discuter des propositions avancées par les syndicats. Ces dernières permettraient un équilibre des comptes à l'horizon 2050 par une hausse progressive et limitée des cotisations. En fait, l'objectif réel de cette réforme est de pousser les médecins, devant la dégradation de leur retraite obligatoire, vers des systèmes alternatifs par capitalisation dont on connaît les risques du fait de la volatilité des marchés financiers.

La mobilisation est donc à l'ordre du jour

Ces attaques ne concernent pas que les médecins, ce qui peut être une chance pour construire des convergences entre les syndicats catégoriels de médecins et les confédérations syndicales. En effet, seule une mobilisation de haut niveau est susceptible de faire reculer le gouvernement. L'UFMICT-CGT et son collectif médecins mettra tout en œuvre pour contrer ces mesures de régression sociale.

Le nouveau statut de PH : précarité et soumission ?

Avec le Centre National de Gestion, mis en place en octobre 2007, le dispositif de précarisation des praticiens hospitaliers est en place. En effet, possibilité est donnée aujourd'hui aux directions des hôpitaux de se « séparer » des médecins dont ils n'ont plus besoin pour assurer leur « production de soins » en les mettant à disposition de ce centre. Au bout de deux ans, en cas de refus de trois propositions de postes par le praticien, ce dernier sera licencié (avec indemnités, certes, mais licencié...).

Tous les praticiens seront progressivement assujettis à ce nouveau statut, en vigueur officielle depuis juillet 2007 grâce à la signature, d'ailleurs depuis retirée, de syndicats minoritaires, et malgré une large opposition de la profession, manifestée par plusieurs journées de grève largement suivies.

Le statut actuel de PH date de 1984 : il est nécessaire de l'améliorer, pour prendre en compte l'évolution des métiers hospitaliers, en particulier leur nécessaire féminisation,

la nécessité d'une unification des statuts, la pénibilité et les contraintes de certaines spécialités, les exercices multi-sites, les indispensables incitations liées à la démographie médicale, etc.

Loin de répondre à ces attentes, le nouveau statut impose au contraire des nominations locales et non plus nationales, une relation contractuelle entre le praticien et la direction de son hôpital, en terme d'objectifs et de moyens. Quel praticien pourra, dans la logique de l'hôpital-entreprise prônée par les plans hospitaliers successifs, prétendre sauvegarder l'indépendance jusqu'ici largement conservée par



rapport aux critères de gestion ? La même logique est du reste appliquée aux directeurs d'hôpitaux, gérés par le même CNG. L'extension progressive des structures mixtes public/privé prônée par le gouvernement actuel ne pourra que fragiliser encore le statut du PH dans la cohabitation avec des exercices et des rémunérations très différents, dans le même établissement.

La rémunération en fonction des objectifs économiques ?

Dans le même temps, le Ministère de la santé a lancé le dispositif de part variable de rémunération. Même s'il est évident, pour nous, que notre mode de rémunération doit effectivement évoluer pour prendre en compte la pénibilité et le manque d'attractivité de certains postes, la logique de cette part variable est tout autre : Contractualiser une part des revenus (25 à 50%), valider la démarche de rémunération à la « productivité » (à l'image du secteur privé lucratif !), donner aux directions

d'hôpitaux les moyens de soumettre les praticiens à leur logique comptable. Récemment et difficilement introduite pour les chirurgiens, puis pour les psychiatres, elle a vocation à être élargie aux autres spécialités. Pour nous, elle remet en cause les principes de rémunération dans la fonction publique, en introduisant sournoisement le principe de la rétribution au mérite et à la performance, non plus médicale mais économique.

D'autres propositions existent

Comme la plupart des organisations de PH, l'UFMICT-CGT demande une renégociation du statut avec les organisations syndicales représentatives. Nous proposons :

- › L'unification des statuts des non-titulaires; l'ouverture d'une réflexion sur un statut unique du médecin salarié.
- › La prise en compte de la pénibilité du travail et des contraintes spécifiques, pour la retraite, mais aussi dans l'aménagement du temps et des

conditions de travail, ou dans le déroulement de carrière

- › Des mesures pour créer une attractivité vers les petites structures locales, les zones déficitaires : exercice multisite favorisé, nominations groupées, compensations financières ou en temps
- › L'unification des statuts ne peut se concevoir qu'avec la suppression de l'activité privée à l'hôpital public pour les praticiens temps plein

La place des médecins dans un mouvement de grève pour les effectifs (hôpital St Antoine, APHP, Paris)

Le personnel de l'hôpital St Antoine (soignants, techniques et administratifs) a mené pendant 5 semaines une grève, en mars et avril 2008, pour obtenir de meilleures conditions de travail par l'arrêt de suppressions d'emplois qu'il subit depuis 5 ans au titre du plan d'économie imposé par la Direction Générale.

Du côté des médecins, une première dans l'histoire de l'hôpital, une intersyndicale s'est constituée, regroupant AMUF, CGT, FO, SNPHAR, sur la base d'un texte constatant que les préoccupations des médecins rejoignent celles des autres personnels, affirmant leur volonté de défendre le service public hospitalier. Une quarantaine de médecins, dont quelques PU-PH et Chefs de service, ont accepté de signer leur soutien au mouvement. Des médecins ont participé régulièrement aux assemblées générales du personnel et aux manifestations. Cette convergence a certainement pesé dans la résolution du conflit, l'intersyndicale a en particulier été reçue par la Directrice de l'hôpital et dans une délégation à la Direction Générale.

Le protocole d'accord final impose l'embauche de personnel soignant et administratif, la mise en place d'une politique active de recrutement

d'Infirmières, d'un programme d'amélioration des conditions de travail et un encadrement strict des glissements de tâches. Il n'a pas permis, malgré la demande de l'intersyndicale, d'obtenir l'annulation de rendus de postes médicaux réclamés par La DG.

Il n'en demeure pas moins que ce conflit a permis de pointer ***l'exaspération générale et convergente des personnels médicaux et non-médicaux*** devant la dégradation des conditions de travail, et des conditions de prise en charge des patients; devant la récurrence et la chronicité des fermetures de lits, devant les contraintes budgétaires imposées par les plans de restructuration, devant l'absence de prise en compte des alertes lancées sur la situation des Urgences, devant les risques imposés par la mise en route de nouveaux critères de gestion (T2A), poussant inexorablement à la sélection des malades « les plus rentables »...

Le syndicat CGT de St Antoine pourra désormais s'appuyer sur cette convergence pour intervenir en défense des effectifs, du statut et de l'indépendance des médecins, et rassembler ceux qui veulent lutter contre la casse du service public hospitalier.

Ircantec : déclaration des administrateurs de la CGT

Les administrateurs CGT du conseil d'administration de l'Ircantec réuni le 19 juin 2008 à Angers viennent de prendre connaissance des propositions de réforme du gouvernement concernant ce régime de retraite.

Alors que ce dossier vient juste d'être mis sur la table par le Ministère de la Fonction Publique, ils dénoncent le fait que ces propositions leur parviennent juste après la fin de la réunion du conseil d'administration tenu à Angers le 18 juin. Cela signifie que des délais très réduits nous sont imposés pour la discussion, avec la volonté d'un passage en force au cours du mois de juillet 2008.

D'autre part, ces mesures sont encore plus pénalisantes que celles avancées en 2005. Or, elles avaient été retirées dans la précipitation devant le mouvement de protestation des salariés concernés. En

effet, leur mise en œuvre se ferait de manière brutale entre 2009 et 2015, et aboutirait à une baisse des retraites servies qui pourrait dépasser 25 %.

Un tel projet est inacceptable, tant au niveau du calendrier que de son contenu.

Pour l'évolution de notre régime retraite, nous proposons de retenir les principes suivants :

- ▶ **Ne pas dépasser 40 ans de cotisation.**
- ▶ **Permettre un taux de remplacement de 75 %, c'est-à-dire une pension représentant 75 % du dernier salaire.**

Nous appelons donc le gouvernement à revoir sa copie et à ouvrir un véritable dialogue social laissant le temps à une réelle négociation permettant d'assurer une retraite décente aux futurs retraités de l'Ircantec.



**Directive européenne sur le temps de travail :
contacter les députés européens pour qu'ils ne votent
pas la modification à l'automne**

www.europarl.europa.eu/members/expert.do?language=FR

Bulletin de contact et de syndicalisation

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Profession : : _____

Établissement (nom et adresse) : _____

prendre contact
me syndiquer

A retourner à : UFMICT-CGT - 263 rue de Paris - Case 538 - 93515 MONTREUIL CEDEX
mail : ufmict@sante.cgt.fr

