

Propositions de l'ISNI

Séjour de la Santé

Simplification

Investissements
& Financements

Territorialité

Rémunérations



Pilier 1

Carrières et Rémunérations



Rémunérations

🔍 Diagnostic de la situation

Nous partageons le constat que les rémunérations dans la santé sont trop faibles. Les salaires des internes ont été revalorisés une seule fois depuis 2010, en 2016 et de seulement **une centaine d'euros brut annuel**.

De la même manière, les gardes et les astreintes font l'objet d'indemnités dont le montant n'a pas évolué depuis 2010.

Les internats permettent les déménagements très fréquents (les internes déménagent parfois tous les 6 mois). En cas d'indisponibilité, l'hôpital verse une indemnité de 28 € brut mensuels qui est totalement inadaptée car décorrélée du prix de l'immobilier.

☰ Priorités d'action

- ✚ **Revaloriser le traitement de base** de tous les salariés de la santé
- ✚ **Revaloriser le travail effectué** lors des gardes et des astreintes
- ✚ **Revaloriser l'indemnité logement et nourriture** afin de l'adapter au lieu de vie des internes

💡 Propositions concrètes

➡ Revaloriser le traitement de base :

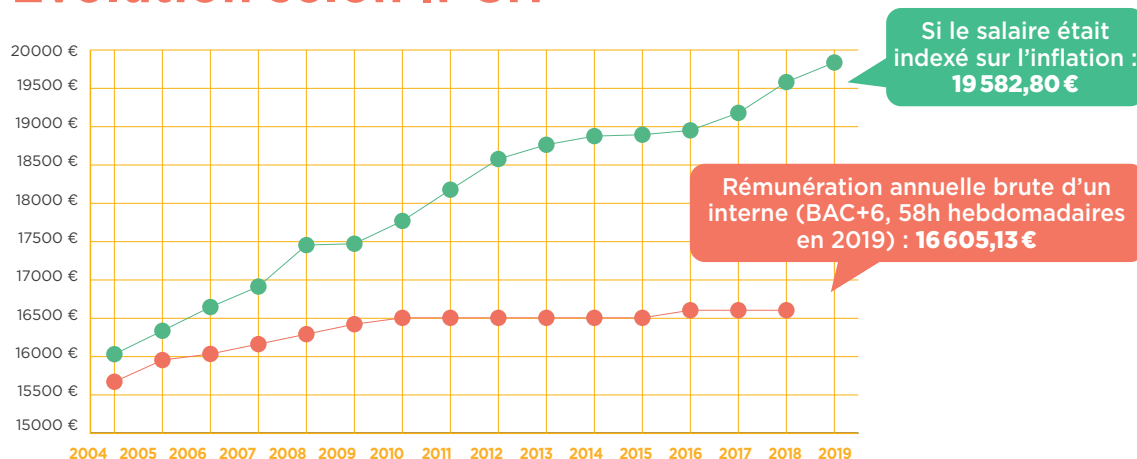
- Augmentation de 300 € mensuels Net pour tous les salariés en santé dont les internes
- Intégrer les primes systématiques (sujétion, responsabilité) dans le traitement de base

➡ Revaloriser les indemnités :

Augmenter de +50% les indemnités **brutes** de gardes et d'astreinte :

- Garde de 12 heures à 178,53 € au lieu de 119,02 €
- Garde de 12 heures supplémentaire (au-delà de la 5^e garde mensuelle) à 195,21 € au lieu de 130,02 €
- Astreinte avec déplacement sur place 89,25 € au lieu de 59,50 €
- Revaloriser l'indemnité logement afin de l'adapter au coût de la vie dans la ville d'habitation de l'interne

Évolution selon IPCH*



Evolution du salaire d'un interne de 1^{ère} année : ■ réelle ■ théorique en fonction de l'inflation depuis 2004

*IPCH : Indice des Prix à la Consommation Harmonisés

💡 Proposition concrète

➔ **Augmentation immédiate de 300 € net pour les soignants**

Comparatif

Interne	1 ^{ère} année	2 ^e année	3 ^e , 4 ^e et 5 ^e années
Salaire réel (brut)	16 605,13 €/an	18 383,46 €/an	25 500,55 €/an
Salaire réel (net)	14 694,81 €/an	16 268,55 €/an	22 566,37 €/an
Salaire théorique* (brut)	19 837,4 €/an	21 961,9 €/an	30 464,4 €/an
Salaire théorique* (net)	17 555,22 €/an	19 435,31 €/an	26 959,65 €/an
Proposition de revalorisation (net)	18 294,69 €/an	19 868,46 €/an	26 166,55 €/an

*Théorique = si le salaire avait été indexé sur l'Indice des Prix à la Consommation Harmonisés (IPCH)

Heures supplémentaires

🔍 Diagnostic de la situation

Les heures réalisées entre 35 et 48h ne sont ni payées ni récupérées. Ces heures réalisées sans contrepartie financière encouragent le glissement des tâches : pourquoi embaucher si l'interne peut faire les réaliser gratuitement ?

Le temps de travail moyen des internes (selon étude de 2019) est de 58,4h hebdomadaire, 70% des internes dépassent les 48h maximales. Le temps de travail réglementaire des internes est pourtant de 35h comme tous les autres salariés. L'application des 35h aux Praticiens hospitaliers a généré la récupération en RTT, aucun ajustement n'a eu lieu pour les

internes. La traduction du temps de travail en demi-journée ne permet par un respect de la législation ni la reconnaissance des heures supplémentaires effectuées.

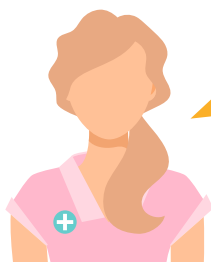
Une garde de nuit de 14h correspond à 2 demi-journées. Donc une demi-journée d'un interne serait équivalent à une journée de travail d'un salarié normal.

Priorités d'action

-  **Rémunérer les heures supplémentaires** réalisées entre la 35^e et la 48^e heures
-  Sortir du calcul du temps de travail en demi-journées **vers un décompte horaire avec valorisation des heures supplémentaires.**

Propositions concrètes

- ➡ **Réformer le décret relatif au temps de travail des internes** pour sortir du calcul en demi-journées pour réaliser un décompte horaire.
- ➡ **Rémunérer les heures supplémentaires réalisées entre la 35^e et la 48^e heures** selon un taux horaire valorisé (supérieur au taux actuel théorique de 9,16 € de l'heure). En cas d'absence de décompte horaire de l'employeur, reconnaître systématiquement 48h hebdomadaires réalisées.
- ➡ **Décompter la formation** en solde de jours de formation.



Santé au travail

Diagnostic de la situation

Les internes sont surexposés aux six catégories de risques publiés par l'INRS, le constat est préoccupant. Cette situation extrêmement dangereuse est à l'origine de nombreux drames : suicides, burn-out, dépressions, abandons, etc. Ainsi en 2020, on dénombre sur les 3 premiers mois de l'année et donc avant même la crise sanitaire au moins quatre suicides déclarés.

Il n'existe pas de démarche règlementée de prévention dans le public, ni de protocole de gestion des situations de harcèlement et des situations critiques.

Il n'existe pas de visite obligatoire à la médecine du travail, les établissements demandant juste un certificat médical pouvant être rempli par un PH du service.

Priorités d'action

-  **Mise en place de démarches structurées de prévention**
-  **Enquête systématique** lorsque des difficultés sont signalées
-  **Sanction systématique** des déviances

Propositions concrètes

- ➡ Introduire dans la formation des médecins, dès l'externat **des modules de sensibilisation aux risques psycho-sociaux et au management**
- ➡ **Améliorer la situation matérielle dans les services** afin de réduire les irritants sociaux liés aux dysfonctionnements
- ➡ **Mettre en œuvre une démarche structurée de prévention des RPS sur tous les lieux de travail :**
 - Démarche de prévention « top-down »
 - Tout incident ou accident doit être signalé
 - Tout suicide d'interne doit donner lieu à un audit rendu public
 - Enquêtes et mesures conservatoires
 - Déviances sévèrement sanctionnées
 - Visite médicale annuelle obligatoire à la charge de l'établissement d'accueil du stage de novembre



Mixité et

décloisonnement des exercices

Diagnostic de la situation

- Beaucoup de statuts notamment hospitaliers, CCA, Assistant spécialiste, PH, PHC, praticien attaché, PHU, MCU-PH, PUPH
- Rigidité de l'exercice professionnel
- Absence de convergence des statuts entre structures publiques et privés, ne rendant pas l'offre de soins lisible et attractive pour les professionnels
- Faire disparaître les inégalités de genre et de situation dans les carrières professionnelles

Priorités d'action

-  **Réduire le nombre de statuts.**
-  **Sécuriser le statut hospitalier** tout en proposant une possibilité d'exercice mixte
-  **Harmoniser les statuts** entre les établissements.
-  **Faire un état des lieux des inégalités** de progression de carrières entre hommes et femmes en milieu hospitalier

Propositions concrètes

- ➡ **Continuum dans la progression professionnelle** entre statuts
- ➡ **Supprimer le statut de FFI**
- ➡ **Créer un statut unique** de médecin salarié
- ➡ **CDI médecin + exercice libéral possible** sur temps contingenté ou salarié privé (sanitaire ou médico-social)
- ➡ **Le respect de la parité** doit faire partie de l'évaluation des facultés et des centres hospitaliers



Gestion des parcours et des carrières

Diagnostic de la situation

Les capacités de formation sont saturées, le lien ville hôpital est essentiel mais la formation pratique essentiellement au CHU ne l'enseigne pas.

Il n'existe pas de suivi des médecins depuis l'entrée des études jusqu'à la prise de poste. Il est donc impossible d'analyser les facteurs démographiques et de donner une visibilité sur les possibilités de carrière.

Priorités d'action

-  **Permettre à tous les médecins** de devenir universitaires.
-  **Réaliser un suivi des médecins** de l'entrée des études tout au long de la carrière.
-  **Publier les postes vacants.**

Propositions concrètes

- ➔ **Permettre à tous de contractualiser une valence d'enseignement ou de recherche** avec l'université même en dehors des structures hospitalières (universitaires ou non)
- ➔ **Décliner le statut de Professeur des Universités (PU-PH) et Maître de Conférences des Universités (MCU-PH) pour tous les soignants** : en ville autant qu'à l'hôpital, en soins primaires, secondaires comme tertiaires
- ➔ **Ces missions doivent être remplies par le CNG.**



Développement et partage des compétences

Diagnostic de la situation

Les temps de formation initiale et continue décrits dans la loi ne sont pas respectés.

Or, notre dernière enquête montre que 52% des internes répondants ne prennent jamais ou presque jamais une seule de leur deux demi-journées de temps de formation personnel.

**Article R6153-2 du Code de Santé publique*

D'autre part une des deux demi-journées de temps de formation « en autonomie » n'est pas considérée comme du temps de travail effectif. L'interne étant inscrit à l'université, le contenu des formations devrait être inclus. Ce n'est pourtant pas le cas et beaucoup s'inscrivent à leurs frais à des Diplômes Universitaires, congrès et séminaires de formation. Les financements issus des laboratoires sont désormais interdits.

Priorités d'action

-  Comme dans les autres professions, **le temps de formation doit être sanctuarisé.**
-  **Créer un fond de formation** via les crédits MERRI pour financer ces formations.

Propositions concrètes

- ➔ **Les internes doivent bénéficier d'un compte de formation** sous la forme de jours de formation à poser.
- ➔ L'interne doit pouvoir **se faire rembourser ses frais de formation** via les crédits MERRI.



Gestion des organisations

et du temps de travail

Diagnostic de la situation

Les internes travaillent en moyenne 58 heures par semaine.

Cette situation est liée à différentes problématiques :

- glissement des tâches, manque de personnel
- manque de moyens matériels
- réglementation trop complexe et laxiste sur le temps de travail

Priorités d'action

- ✚ **Augmenter les moyens humains** dans les services notamment dans les domaines administratif et social
- ✚ **Investir dans le matériel et le numérique** au service des soignants
- ✚ **Contrôler les heures de travail** réalisées par les internes

Propositions concrètes

- ➡ **Réembaucher et former du personnel** notamment administratif et social : les sorties d'hospitalisation des patients et l'articulation de la prise en charge entre l'hôpital et la médecine de ville
- ➡ **Investir dans le numérique**, bannir les fax, garantir un accès informatique pour chaque médecin, réaliser les prises de rendez vous et examens complémentaire en ligne
- ➡ **Mettre en place des indicateurs de mesure du temps de travail** avec deux finalités :
 - **Identifier les services** dans lesquels les excès sont les plus manifestes et prendre les mesures qui s'imposent comme leur **retirer les agréments de stage** permettant d'accueillir des internes
 - faire en sorte que toutes les heures travaillées au-delà du seuil légal de 35 heures **ouvrent le droit à une compensation**



Dialogue social

Diagnostic de la situation

- **Les internes investis dans la représentation n'ont pas de temps dédié.** Ils siègent pourtant dans de nombreuses commissions pédagogiques.
- Les internes représentent 40% des médecins en CHU et **n'ont pas de place dans les élections professionnelles et les commissions professionnelles.**
- Situation des internes investis dans les structures syndicales locales ou nationales. Il n'existe pas de dérogation spécifique à cet investissement sous la forme notamment de **congés syndicaux**. Gestion au cas par cas avec fortes disparités
- **Rôle et tenue des commissions chargées du suivi des stages des internes :** l'ouverture des terrains de stages pouvant accueillir des internes répond à des règles précises et est encadrée par des passages devant trois commissions différentes dans lesquelles les syndicats locaux représentatifs des internes de chaque subdivision sont des membres de droit. Or il est fréquent de constater des dysfonctionnements : représentants non invités aux commissions, non tenue de celle-ci dans les délais impartis
- Tendance à faire primer des enjeux de démographie médicale sur les enjeux pédagogiques. Pour rappel, les internes sont censés être répartis sur le territoire en fonction de leurs besoins de formation et non des besoins en personnel médical des établissements. Or comme l'a montré l'épisode des choix de stage en région Ile-de-France de novembre 2019, les choix des internes ont conduit de nombreux services à en être dépourvus. Ces services ont alors tiré la sonnette d'alarme sur le fait que sans internes ils ne pourraient pas fonctionner normalement durant la période critique de l'hiver. L'ARS a dû trouver une faille juridique dans le déroulé des choix pour que ces derniers soient cassés par l'autorité administrative. Une fois cassées, les ouvertures de postes ont été réévaluées afin que les services en besoin de personnel médical disposent d'internes, ce qui est contraire à l'esprit même des stages. Cette tendance pourrait être lourde de conséquences puisqu'elle ouvre la porte à un déploiement des internes selon des critères démographiques et non pédagogiques, conduisant de facto à une dévalorisation de la formation qui se retrouverait subordonnée à des impératifs sanitaires.
- La question de la qualité de vie au travail à l'hôpital dépasse la situation des internes. Il existe d'ailleurs un certain nombre d'organisme au sein des établissements de santé censés enquêter et surveiller cet indicateur. Le CHSCT sera bientôt incorporé au sein d'un CSE qui récupérera un certain nombre de ces missions.

Priorités d'action

Les priorités d'action dans ce domaine sont au nombre de trois :

-  **Donner des garanties à l'expression syndicale des internes** de médecine notamment sous la forme de congés syndicaux reconnus et ne pénalisant par la formation

- **Garantir que le principe pédagogique soit toujours supérieur aux problèmes de démographie médicale** dans les territoires en rappelant aux ARS le rôle formateur des stages
- **Accorder une présence des internes** dans les organismes ayant de réelles capacités dans la surveillance des conditions des travaux des internes et des personnels soignants

Propositions concrètes

- **Respecter la promesse d'Agnès Buzyn** des surnombres syndicaux pour les présidents de syndicats locaux.
- **Ouvrir des jours de congés syndicaux pour les élus**
- **Réaliser des élections professionnelles pour les internes** dans les CH et CHU pour participer au CSE. Avoir une représentation en CME proportionnelle à leur effectif. Avoir une représentation proportionnel au Conseil Supérieur des Professions médicales. Avoir une place de décideur aux négociations conventionnelles.
- Les internes ou leurs représentants **doivent pouvoir siéger dans les CSE. La CME**, où siège un interne, doit être dotée de véritable **pouvoir d'enquête** sur les conditions de travail dans les services accueillant des internes
- **Tout suicide** d'une ou d'un interne doit conduire à **un audit de son service d'affectation** afin de savoir si le passage à l'acte a été en lien direct ou indirect avec les conditions de travail vécues sur le terrain de stage. Le but n'est pas de chercher des responsables mais comme lors des RetEx sur des accidents médicaux d'identifier quels facteurs auraient pu conduire à éviter un événement indésirable et en l'occurrence dramatique.
- La prévention des risques psychosociaux chez les internes et chez tous les soignants doit être une priorité des directions hospitalières et universitaires partout en France (cf. 5. Santé au travail).

Pilier 2

Investissement et Financement



Construction de l'ONDAM

Diagnostic de la situation

Dans la construction de l'ONDAM, certaines enveloppes correspondant à des missions d'intérêt général doivent être étendues à l'ensemble des financements de service public connus et d'ores et déjà programmables comme innovation, la formation et la recherche.

Priorités d'action

-  **Changer le paradigme**, passer d'un objectif de dépense à un objectif de niveau de santé
-  **Planifier sur 5 ans minimum** la réalisation de cet objectif
-  **Étendre l'enveloppe MIGAC** à plus de missions d'intérêt général
-  **Sanctuariser cette enveloppe**

Propositions concrètes

- ➡ **Loi de programmation sanitaire sur un minimum de 5 ans**
- ➡ **Étendre l'enveloppe MERRI à l'ensemble des activités d'enseignement**



Recherche innovation

Diagnostics de la situation

Les postes d'internes sont en partie financés par la T2A. Ce mode de financement lie les missions d'enseignement à des notions de rentabilité de l'activité de cet enseignement.

La loi Ma Santé 2022 a interdit les financements des formations des internes par l'industrie pharmaceutique. Ces financements permettaient à l'interne de remplir le contenu de ses jours de formation, par des Diplômes Universitaires (entre 1000 et 5000€), des cours régionaux et nationaux universitaires (obligatoires), des séminaires de formation (une semaine), des congrès nationaux et internationaux, lieux de promotion de leurs travaux de recherche. Une partie de ces financements permettaient de former les chirurgiens dans le principe du « jamais la première fois sur le patient » avec de la formation aux nouvelles technologies, nouvelles prothèses, nouveaux outils opératoires et de la formation par simulation.

Ces financements privés, estimés à 5000€ par internes ont été interrompus sans remplacement. Cette situation est critique dans les Outre-Mer car de nombreuses formations ne sont pas disponibles sur place, l'industrie payant auparavant les allers-retours.

Priorités d'action

 **Financer la mission d'enseignement** entièrement avec l'enveloppe MERRI

Propositions concrètes

- ➡ **Modifier la construction de l'enveloppe MERRI** pour inclure l'ensemble du salaire de base, des primes fixes (sujétion et responsabilité), des heures supplémentaires des internes. Ne pas inclure les indemnités en nature, les primes variables, les indemnités de gardes et astreintes
- ➡ Inclure dans l'enveloppe MERRI **une dotation des établissements** pour rembourser aux internes des frais de formation, à hauteur de 5000 € par an et par interne, 8000 € dans les Outre-Mer

Pilier 3

Simplification des organisations et du quotidien



Préambule / introduction

Le système de santé constitue fonctionnellement un tout. On ne saurait donc concevoir de «simplification du quotidien» sans «simplification globale de l'organisation» et en s'interrogeant sur la gouvernance à tous les niveaux national régional et local. **Le danger serait de se précipiter vers une énième réforme incomplète, contradictoire et incohérente, sans réflexion globale sur le système.**

Une réforme utile et réussie de cette ampleur nécessite de changer de paradigme, «sortir du cadre» pour créer de l'agilité. Cela demande du temps et passe par des **méthodes/démarches d'accompagnement du changement** : définir les priorités stratégiques, partager une vision de l'avenir, négocier un pacte social, reposant sur des valeurs partagées.

Après la crise sanitaire, c'est à ces conditions seulement que retrouver la confiance et permettre l'engagement de tous les acteurs à tous les niveaux seront rendus possibles. Faire appel à l'intelligence collective et **écouter ceux qui font plutôt que ceux qui pensent** ou qui gèrent. Concrètement, c'est par la qualité du dialogue social, par le soutien de proximité des managers et de tous les personnels dans les services que la simplification du système pourra se construire.

Les enseignements de la crise sanitaire

Une organisation «malade» n'est pas en capacité de réagir efficacement face à une crise grave. La crise sanitaire n'a donc fait qu'exacerber les dysfonctionnements existants : impréparation, pénurie prolongée de matériel (masque, blouses, gels, etc), lenteur des prises de décision, incapacité à réagir efficacement et à coordonner les actions malgré l'annonce d'une «priorité nationale».

A l'inverse cette situation inédite a révélé sur le terrain que **le retour à une plus grande autonomie et à une véritable capacité d'initiative des professionnels a permis de pallier une partie des défaillances du système.** Ainsi et en particulier dans les régions les plus touchées par la pandémie, ce sont les internes eux-mêmes notamment au travers de leurs syndicats qui ont pris le relai des tutelles sanitaires (ARS) pour permettre d'organiser le renfort des équipes médicales, le redéploiement et de coordonner les actions au sein de cellules de crise.

L'ISNI a déjà alerté souvent et notamment devant la « Mission Claris » de **la profonde rigidité de l'organisation du système de santé, et l'absence totale de management et de véritable gestion des ressources humaines.**



restaurer la qualité de vie au travail en équipe

Diagnostics de la situation

- La question de la qualité de vie au travail passe avant tout par la reconnaissance de la pénibilité et la revalorisation des métiers et par la promotion de conditions de travail décentes : cette question a largement été évoquée dans le cadre du Pilier 1 (rémunérations – carrières).
- La multiplicité et l'interdépendance des métiers, les interactions entre services, réalité de terrain, ne sont pas prises en compte dans l'organisation hiérarchique (lignes hiérarchiques différentes) et budgétaire.
- L'accumulation de casquettes engendre pour ceux des chefs de service qui sont aussi Professeur ou chercheur et responsable de pôle une légitime surcharge de travail qui les éloignent de **leur rôle primordial de « manager d'équipes », ou de « manager de proximité »**.
- Ce vide laissé par des chefs de service surchargés fait que dans la réalité les personnels sont encadrés par des personnels administratifs qui deviennent leurs seuls interlocuteurs.
- Charges excessives de travail, conditions matérielles défaillantes, organisation « en silos », instabilité de la planification des activités, charge mentale importante : cette situation est génératrice **d'aléas permanents, d'instabilité, de tensions, de conflits, de stress, de risques psycho-sociaux**.

Priorités d'action

- ✚ Envisager d'autres critères de choix que la seule excellence universitaire ou l'âge pour recruter des chefs de service, en s'inspirant des modèles qui fonctionnent mieux : rotation des fonctions, élection, formation managériale.
- ✚ Limiter le cumul des titres et responsabilités des chefs de service, chefs de pôle, fonctions universitaires, coordination universitaire locale, régionale et de GHT.
- ✚ Réfléchir à la création et à la promotion **d'une véritable fonction managériale**
- ✚ **Agir efficacement sur les conditions de travail et la reconnaissance au travail** est un sujet prioritaire et central car cette amélioration génère d'elle-même de la simplification, de la souplesse, de la fluidité, de l'efficacité.

Propositions concrètes

- ➔ **Introduire progressivement la notion de management et promouvoir le métier de manager** dont le rôle s'articulera autour des fonctions classique du management : **piloter, organiser, déléguer, animer, diriger/décider et contrôler**

- ➡ Considérer cette fonction comme **une activité à temps plein et un métier à part entière, et la structurer** : son implantation doit permettre de redonner aux équipes l'autonomie et la prise d'initiative qu'elles ont perdues, et de retrouver de la fluidité dans les relations professionnelles au travers du management participatif.
- ➡ Rendre obligatoire une **formation en management** des chefs de service et en faire un **prérequis** pour postuler à ces postes.
- ➡ Engager avec l'aide de la médecine du travail et des managers **des actions immédiates et prioritaires de prévention sur la santé au travail** :
 - **former et informer les acteurs**
 - **diffuser et valoriser les bonnes pratiques**
 - **sanctionner systématiquement les défaillances**



Participer à la décision et retrouver un sens à son métier

Diagnostics de la situation

La participation à la décision de tous les acteurs et notamment de terrain est primordiale afin que chacun reprennent confiance dans la gouvernance du système de santé. Aujourd'hui, plus on se rapproche du terrain et des soignants au contact des patients, plus la méfiance est grande envers les décisions prises.

- Une gouvernance plus administrative et budgétaire que managériale, finalement rigide et opaque : notion de pôles, multiplication des Commissions, absence totale de gestion qualitative des ressources humaines, absence de culture managériale
- L'exercice du pouvoir de décision, qui relève de la Tutelle et de la Direction Administrative, et auquel les médecins participent plus ou moins est complexe, voire imprécis et source de conflits.
- La commission médicale d'établissement (CME) ne dispose que d'un avis consultatif. Ses attributions portent essentiellement sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est peu impliquée dans tous les domaines de la vie de l'établissement : organisation du travail, mais aussi gestion des emplois et compétences, management, qualité de vie au travail et prévention des risques, accueil et intégration des professionnels et des étudiants.
- Les règles de représentations du personnel (CTE, CHSCT, etc) sont déconnectées de la réalité des métiers.
- La part laissée aux usagers et à leurs représentants reste floue

Priorités d'action

-  **Introduire dans la gouvernance de la démocratie et la collégialité** pour pacifier les relations et faciliter la réalisation de projets de réforme de la santé en accord avec les besoins des populations.
-  **Revoir le fonctionnement des instances à tous les niveaux** : attributions et rôles, responsabilités, composition, modes de fonctionnement.
-  L'enjeu est de **supprimer la rigidité administrative au profit d'un fonctionnement plus collégial**, plus démocratique, avec pour objectifs :
 - Des décisions fondées sur l'analyse et l'évaluation des situations sur le terrain et dans les services,
 - Un poids plus important accordé aux questions sociales, au dialogue et aux ressources humaines,
 - Le développement de la **responsabilité collective pour donner du sens au travail**.

Propositions concrètes

- ➔ **Engager une réflexion en mode projet visant une gouvernance partagée** entre les médecins, les soignants, les usagers, les élus locaux, dont voici une liste de thématiques non exhaustive :

- La gouvernance territoriale et le rôle de **l'ARS et des élus locaux**
- Le rôle et la composition de la **CME** : décisionnaire ou seulement consultative sur les projets clés, mode de désignation et élargissement des représentants, équilibres dans la composition (revaloriser le rôle des internes y siégeant)
- **Le dialogue social**, au travers de la future entité remplaçant le CHSCT et le CT et des syndicats :
 - représentation dans les instances élues du personnel de tous les personnels (absence de représentation élue des médecins et internes par exemple)
 - amélioration du droit syndical des médecins et internes
 - la participation des **usagers** aux décisions, afin d'améliorer la qualité du service de soin et de l'adapter au mieux aux besoins
- ➡ **Simplifier et rééquilibrer, pour donner du sens au travail et à l'action :**
 - Clarifier le « **qui fait quoi** » : préconisations, décisions, contrôles et sanctions, simplifier
 - Démocratiser les modes de décision
 - Limiter les strates dans l'organisation



Libérer les verrous de l'organisation des établissements

🔍 Les pôles / services

L'organisation sous forme de pôles a complexifié les choses en créant une strate supplémentaire, et la question se pose de l'intérêt de les conserver. Il s'agit d'après nous, **soit d'aller au bout de la logique des pôles et d'en faire l'élément de base de l'hôpital au détriment des services, soit de renforcer l'organisation de l'hôpital en service tout en développant les coopérations bilatérales ou multilatérales entre eux de façon moins rigide qu'avec des pôles.**

🔍 Les cadres / secrétariats

- ✚ **Mettre en place du management participatif**, en s'appuyant sur ces personnes
- ✚ **Utiliser ces fonctions comme des « pivots » de l'organisation des services** (gestion de l'information, rôle facilitateur, interface entre personnes et les services, etc)

🔍 Les délégations de gestion

Les chefs de pôles ou de services devraient **disposer de pouvoir décisionnaire** dans certains domaines comme l'affectation des budgets aux services, la création de postes médicaux ou non dans ses services, etc. On en revient à la question du management et on ne peut pas manager et simplifier sans pouvoir.

🔍 Les procédures administratives

Nous avons besoin d'une simplification des textes relatifs à l'internat.

Sur les agréments, nous avons besoin d'une procédure simple, lisible, efficace permettant de retirer un agrément à un service à titre conservatoire. Une alerte d'un interne, d'un collègue, de son syndicat ou de la médecine du travail ou un évènement majeur (décès, plainte juridique, accident de travail) doit entraîner une levée systématique et immédiate des agréments du services. Les étudiants et internes doivent être réaffectés dans d'autres services dans le respect de leur projet de formation. Une enquête IGAS-IGAENR doit être diligentée et les résultats rendus publics, entraîner le cas échéant des sanctions disciplinaires et juridiques. Des modifications d'organisation du service pourront être demandées, validées par un audit indépendant. L'agrément pourra être réhabilité après connaissance des résultats de la commission de subdivision.

Concernant la lisibilité des diplômes et du niveau d'étude, nous avons besoin d'un diplôme sanctionnant la réalisation du deuxième cycle reconnu à équivalent Master pour permettre la sécurisation et la valence universitaire des compétences.

La réforme du 3^e cycle des études médicales a entraîné une complexification excessive des maquettes de formation ayant entraîné une concentration des formations sur les

CHU alors que l'un des objectifs était de diversifier les modes de formation. Ainsi, elle a rigidifié les maquettes et limité la réorientation des internes. Nous demandons de simplifier les maquettes de formation pour laisser un plus grand degré de liberté et de limiter le nombre de types d'agréments différents.

La formation médicale Outre-Mer

Les internes en formation Outre-Mer connaissent actuellement des conditions de vie, de travail et de formation déplorables. Les retours du terrain sont particulièrement inquiétants. Dans le cadre du Segur, nous aimerions que leur condition soit traitée de manière prioritaire.

Deux grandes problématiques peuvent trouver des solutions concrètes immédiates :



Matériel

Diagnostic de la situation

Les internes éprouvent de grandes difficultés financières, leur billet d'avion n'est envoyé que quelques jours avant leur départ, parfois la veille. Leur arrivée est extrêmement complexe avec la nécessité d'acheter un véhicule et de trouver un logement meublé. Ils doivent s'endetter en urgence, les bailleurs pratiquent fréquemment des fraudes sur les dépôts de garantie.

Les remboursements de frais, légaux, par les CHU mettent parfois plusieurs années à être versés. Les allers / retours en métropole ne sont pas financés.

Priorités d'action

-  **Verser via le CHU de provenance (de 2^e cycle) une prime initiale de mission Outre-Mer** couvrant les frais de transport, l'achat d'un véhicule et la location d'un logement. Le délai de cette prime est essentiel : elle doit être versée dès parution de l'affectation des postes.
-  **Verser une prime de transport pour 4 allers / retours annuels**, le délai de versement doit être défini par arrêté.
-  **Long terme : construire des internats** dont les capacités permettront le logement des internes près de leur lieu de formation dans tous les territoires Outre-Mer en lien avec le support des collectivités locales.



Formation

Diagnostic de la situation

Les conditions d'encadrement en stage sont défaillantes. Citons le témoignage d'un interne de premier semestre en Guyane : il a dû gérer seul, aux urgences, trois patients en état de défaillance hémodynamique, sans assistance des seniors alertés. De même, les conditions d'organisation réglementaires des choix ne sont pas connues, ni maîtrisées par les acteurs locaux et ne sont donc pas appliquées. L'offre de formation est insuffisante pour certaines spécialités et permet pas de garantir la qualité de la formation. Auparavant les internes bénéficiaient de financements de l'industrie du matériel médical et du médicament pour venir se former sur le territoire métropolitain. C'est interdit depuis la loi Ma Santé 2022.

Priorités d'action

-  **Remboursement des frais de formation par le CHU** sur un compte de formation universitaire via les enveloppes MERRI
-  **Rapport IGAS IGAENR** sur la formation médicale Outre-Mer
-  **Long terme : 3 Séminaires de formation des acteurs locaux** sur la réglementation du 3^e cycle des études médicales