

# Commissions Régionales Paritaires (CRP) : à quoi peuvent-elles servir ?

RAPHAËL BRIOT

La composition des CRP est définie par l'arrêté du 25 mars 2007. Le « paritarisme » prévoit un nombre équivalent de représentants des praticiens et de représentants de l'administration, soit 12 représentants de l'administration (4 directeurs d'établissements désignés par la FHF, 4 présidents de CME désignés par la FHF, 4 représentants de l'Agence Régionale de Santé désignés par l'ARS), 12 représentants médicaux (10 désignés par les intersyndicales : 2 Avenir Hospitalier, 2 CPH, 2 INPH, 2 CMH, 2 SNAM), 1 représentant des CCA, 1 représentant des internes.

Leurs missions sont uniquement consultatives mais concernent sur des sujets variés comme :

- l'organisation de la permanence et de la continuité des soins ;

- le suivi des emplois médicaux avec un bilan annuel des postes vacants, des restructurations et de leurs incidences sur les praticiens concernés ;
- l'amélioration de l'attractivité des professions médicales dans les hôpitaux ;
- les demandes de dépassement du plafond de CET ;
- le bilan régional du temps de travail additionnel ;
- l'élaboration et la diffusion de bonnes pratiques relatives à : la santé au travail et à la prévention des risques professionnels, la gestion du temps de travail, au dialogue social, à la qualité de l'exercice médical et à la gestion des personnels médicaux.

La CRP peut avoir une action de conciliation et de prévention des conflits. Par exemple la CRP Auvergne Rhone-Alpes a été saisie à plusieurs reprises pour des missions de concilia-

tion dans des hôpitaux ; son rôle n'étant toutefois que consultatif.

De nombreuses difficultés ralentissent la mise en place et le fonctionnement des CRP. Cette lenteur est en partie due à l'inertie des ARS peu enclines à favoriser l'expression syndicale. L'élargissement récent des régions a aussi perturbé le fonctionnement des CRP existantes car aucun texte n'a pour l'instant précisé le nombre de représentants devant siéger dans ces CRP élargies, ni les règles de désistement des titulaires siégeant initialement dans leurs CRP respectives.

Enfin, la question du financement est cruciale pour que les praticiens aient les moyens (temps médical et frais de déplacement) de s'impliquer au sein de ces CRP élargies.

Raphaël Briot

## À propos de CRP qui fonctionnent, en Auvergne Rhône Alpes...

La CRP Rhône Alpes fonctionne, son organisation mérite de s'y pencher. La fusion avec la région d'Auvergne, dont la CRP ne s'était jamais réunie, se passe plutôt bien.

En 2014, la Directrice de l'ARS a réuni la CRP, signant un engagement personnel sur le respect du dialogue social. Dès lors la CRP s'est réunie sur la base de deux fois par an, avec un cadre organisationnel rigide, à l'origine de ce bon fonctionnement : rédaction et validation d'un règlement intérieur, constitution d'un bureau élu, respectant le paritarisme, fer de lance de la CRP, grâce à des réunions fréquentes. Travail en amont, grâce à l'implication du bureau et à l'engagement de l'ARS.

La CRP a balayé les thèmes principaux : organisation de la permanence des soins, bilan des effectifs et de l'intérim médical sur la région, des équipes médicales de territoire, application de l'arrêté astreintes de 2013, attractivité médicale, GHT.

Deux investissements :

- organisation en 2016 d'un séminaire régional sur le bien-être au travail avec mise en ligne sur le site ARS de toutes les interventions.
- création d'une cellule régionale de conciliation destinée à la prévention ou au règlement de conflits

**Les représentants syndicaux sont investis, l'ambiance est au travail, dans l'intérêt général. Nous devons nous saisir des bouleversements via les GHT et leurs conséquences sur le travail des praticiens. Il faut saluer l'engagement permanent et indéfectible de l'ARS, sans laquelle il est difficile de travailler.**

Nicole Smolski

## ... et dans les Pays de la Loire

La commission régionale paritaire (CRP) des Pays de la Loire se réunit régulièrement, 3 à 4 fois par an depuis 2013. Bien que les CRP existent dans la réglementation depuis plus longtemps, il a fallu l'impulsion des organisations syndicales médicales, du ministère de la santé et de certains directeurs d'ARS pour que les CRP se mettent en place. C'est dire, si le dialogue social, en particulier avec le corps médical et ses représentants en est encore à ses balbutiements dans notre pays.

Il est encore trop tôt aujourd'hui pour tirer un bilan de ces CRP et de leur capacité d'action sur les sujets que nous portons, mais il faut reconnaître qu'il y a certainement plus d'avantages à avoir une CRP opérationnelle qu'une CRP qui ne se réunit jamais.

Le premier avantage est d'établir un lien direct entre l'ARS et les organisations syndicales médicales, ce qui permet d'alerter rapidement l'ARS des situations de conflit ou de tension dans les équipes médicales de la région et de trouver, parfois, des solutions avant une dégradation de la situation préjudiciable aux médecins et souvent aux patients.

Nous avons mis en place dans notre région une cellule issue de membres de la CRP qui peut intervenir en cas de conflit afin d'éviter dans la mesure du possible le niveau national, ce qui est rarement une bonne chose pour les praticiens ou pour les établissements. Il est probable aujourd'hui que ces cellules évolueront et devront accompagner les missions régionales de médiation, probables futures déclinaisons de la mission nationale de médiation conduite par Édouard Couty.

Nous avons aussi fait le constat de la grande difficulté que rencontrent les médecins pour se soigner eux-mêmes, en particulier, en cas de maladie grave et encore plus quand cette maladie est d'ordre psychiatrique. Certains confrères craignent de se retrouver en position de fragilité vis-à-vis de leurs confrères ou de leurs patients ce qui peut être préjudiciable à leur exercice ou à la reprise de celui-ci et ne se soignent souvent que très tardivement. La CRP avait donc commencé à ébaucher des solutions, afin de permettre aux médecins de pouvoir s'inscrire dans un parcours de soins hors de leur propre territoire d'exercice. Nous espérons que ce travail se poursuivra avec le nouveau directeur de l'ARS qui devrait être nommé bientôt.

**Aujourd'hui, avec la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), il est impératif que le dialogue social avec les organisations syndicales médicales trouve une déclinaison régionale. Nous commençons à voir poindre les ébauches de conflits et il est impensable de croire que ces difficultés se résoudront autrement qu'avec une véritable instance régionale dédiée au dialogue social.**

Yves Rébufat