

# PHARE

LE JOURNAL DU SYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS ÉLARGI

## Le point sur

La gouvernance hospitalière : comment, par qui et pourquoi faire?

### INTERVIEW

Un avenir plus serein est-il envisageable pour le modèle d'urgence à la française ?

assemblée générale du snPhar-e : 15 janvier 2016  
appel à candidature pour le renouvellement des administrateurs

<b>Dr Yves REBUFAT - Président</b> CHU de Nantes - Hôpital Laënnec - Nantes yves.rebufat@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Site web www.snphar.com	Ligne Directe : 02 40 16 51 47 Portable : 06 86 87 62 76
<b>Dr Nathalie CROS-TERRAUX - Vice- Présidente</b> Hôpital Général - Dijon nathalie.cros-terraux@snphar.fr	DPC Médecins en formation	Ligne Directe : 02 40 16 51 47 Portable : 06 81 58 27 95
<b>Dr Veronique AGAESSE - Secrétaire générale</b> CHU Amiens veronique.agaesse@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) FMC-DPC - Veille Syndicale	Standard : 03 22 82 40 00 Portable : 06 33 63 20 62
<b>Dr Patrick DASSIER - Trésorier</b> Hopital européen Georges Pompidou - Paris patrick.dassier@snphar.fr	Contentieux Retraites ,	Ligne Directe : 01 56 09 23 16 Fax : 01 56 09 22 20 Portable : 06 03 69 16 63
<b>Dr Claude WETZEL - Vice- Trésorier</b> Praticien Honoraire CHU de Strasbourg claud.wetzel@mac.com	Affaires Européennes	Ligne Directe : 03 88 56 09 85 Fax : 03 88 56 09 85
<b>Dr Raphael BRIOT - Secrétaire Général Adjoint</b> CHU - SAMU 38 - Grenoble raphael.briot@snphar.fr	Retraites - Urgences Représentation des médecins non-anesthésistes Relation avec les Universitaires	Ligne Directe : 04 76 63 42 86 Portable : 06 81 92 31 42
<b>Dr Max Andre DOPPIA - Secrétaire Général Adjoint</b> CHU Côte de Nacre -Caen max-andre.doppia@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation - Groupe Communication - Observatoire - Souffrance au Travail -CF	Standard : 02 31 06 31 06 Fax : 02 31 06 53 81 Portable : 06 83 37 62 64
<b>Dr Jullien CROZON - Administrateur</b> Groupement Hospitalier Edouard Herriot - Lyon julien.crozon@snphar.fr		Standard : 04 72 11 09 85 Service : 04 72 11 02 11
<b>Michel DRU - Administrateur</b> Centre Hospitalier H. Mondor - SAMU 94- Créteil michel.dru@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Région parisienne - Urgences	Ligne Directe : 01 48 02 66 93 Portable : 06 71 14 74 72
<b>Dr Jean Luc GAILLARD-REGNAULT - Administrateur</b> Hôpital Jean Verdier - Bondy jean-luc.gaillard@snphar.fr	Relations avec le Conseil de l'Ordre des Médecins Relations avec les délégués Restructurations hospitalières	Ligne Directe : 03 83 85 20 08 Fax : 03 83 85 26 15 Portable : 06 07 11 50 13
<b>Dr Jean GARRIC - Administrateur</b> Hôpital Central - Nancy jean.garric@snphar.fr	Textes officiels - Retraites Administrateur CNG FAQ - Conseil supérieur des hôpitaux	Standard : 05 56 79 56 79 Fax : 05 56 79 55 93 Portable : 06 11 94 77 20
<b>Dr Louise GOUYET - Administratrice</b> Groupe Hospitalier Pellegrin - Bordeaux louise.gouyet@snphar.fr	Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) PH temps partiel Qualité et organisation du bloc	Portable : 06 31 18 57 61
<b>Dr Pascal MENESTRET - Administrateur</b> Hôpital de Ponchaillou - Rennes pascal.menestret@snphar.fr	Groupe Communication - Comité Rédaction PHAR Observatoire Souffrance au Travail Veille Syndicale - Comité vie professionnelle de la SFAR - CFAR	Ligne Directe : 02 99 28 90 74 Portable : 06 62 81 87
<b>Dr Renaud PÉQUIGNOT - Administrateur</b> Hôpitaux de Saint-Maurice - Gériatrie renaud.pequignot@snphar.fr	Groupe Communication - Comité Rédaction PHAR Observatoire Souffrance au Travail Veille Syndicale	Portable : 06 62 81 87 51
<b>Dr Didier REA - Administrateur</b> Hôpital de la Source - Orléans didier.rea@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Groupe Communication - FEMS	Ligne Directe : 02 38 22 96 08 Fax : 02 38 51 49 50 Portable : 06 75 02 32 23
<b>Dr Nicole SMOLSKI - Administratrice</b> Hopital de la croix rousse - Lyon nicole.smolski@gmail.com	Présidente de l'intersyndicale Avenir Hospitalier Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation)	Ligne Directe : 04 26 10 93 67 Portable : 06 88 07 33 14
<b>Dr Richard TORRIELLI - Membre du CA</b> richard.torrielli@snphar.fr	Chargé de mission - Rédacteur en chef de PHAR-E Groupe Communication - IADE - Gouvernance	

Analyse - Témoignages  
Des médecins venus d'ailleurs prêts à intégrer le système de santé à la française.....7

Agenda.....10

Contrôle-Courant  
Un hôpital, un médecin.....11

Le point sur  
La gouvernance hospitalière : comment, par qui, et pourquoi faire?.....12

Interview  
Un avenir plus serein est-il envisageable pour le modèle d'urgence à la française ?.....14

Assemblée générale  
Appel à CANDATUR e  
pour le renouvellement du conseil d'administration du SNPHAR-E.....18

Analyse  
Analyse du « rapport Grall » sur la territorialisation des urgences .....19

mise au point  
Transfert des compétences ou coopération professionnelle ? .....20

éthique  
Le médecin, acteur de la fin de vie ? .....25

Interview  
Le feuilleton de PHAR-E : les missions des PH .....28

petites annonces ..... 30

## L'HÔPITAL EN CRISE

Dire que l'hôpital public est « en tension » en certains lieux ou dans certaines spécialités est un doux euphémisme utilisé par les pouvoirs publics pour édulcorer l'état dans lequel se trouve cette institution à laquelle les français sont très majoritairement attachés. C'est en fait d'une véritable crise, globale et majeure qu'il s'agit.

La fermeture de services d'urgence cet été et de blocs opératoires au printemps on fait la une de la Presse. Ces fermetures ne sont que la partie émergée de l'iceberg. À y regarder de plus près, on découvre que de nombreux services et plateaux techniques ont dû fermer partiellement pendant l'été faute de pouvoir trouver des médecins pour les faire fonctionner. C'est ce qui nous a motivés pour réaliser notre enquête sur « les fermetures de l'été » dont les résultats complets et définitifs seront bientôt disponibles. Nous pouvons aujourd'hui commencer en soulevant le voile (cf encadré page 5).

La médecine hospitalière française traverse une crise démographique sans précédent. Celle-ci était d'ailleurs très largement prévisible. D'une part, des mesures malthusiennes ont été prises dans les années 90 par les gouvernements successifs de l'époque, suivant l'hypothèse que la diminution du nombre de médecins entraînerait une diminution des prescriptions et des actes, et par voie de conséquences, une réduction des dépenses de santé. D'autre part, la pyramide des âges indiquait clairement un départ massif à la retraite des papy-boomer.

La crise hospitalière a été très largement **aggravée ces dernières années par l'absence de mesures significatives** qui auraient pu rendre les carrières hospitalières attractives pour les plus jeunes, et éviter le départ de collègues de tous âges vers des établissements privés qui offrent pour le moins des revenus plus élevés, quand ce n'est pas des conditions de travail plus satisfaisantes. **Ce n'est pas faute de propositions concrètes formulées par le SNPHAR-E** lors des différentes concertations avec les pouvoirs publics, notamment lors des travaux de la commission Le Menn. Mais l'absence de réactivité du gouvernement confine à la stratégie de l'enlisement pour gagner du temps. Cette stratégie n'est-elle pas mortifère pour l'avenir de nos hôpitaux ?

Nous sommes donc aujourd'hui dans une crise majeure. Les conditions de travail à l'hôpital public se sont furieusement dégradées depuis une bonne dizaine d'années. De moins en moins de personnel est disponible pour faire fonctionner les organisations complexes de soins et faire en sorte que les médecins évoluent au sein d'un environnement de travail propice à un exercice médical serein, de qualité et de sécurité pour les patients.

Les médecins eux-mêmes font aussi les frais de cette politique de restriction puisque leurs salaires sont figés depuis de nombreuses années tout comme les différentes indemnités perçues pour la permanence des soins, l'exercice public exclusif et les responsabilités diverses. Le chiffre d'une baisse du pouvoir d'achat de 25 à 30 %



ISSN : 1285-7254

Président du comité de rédaction :  
Le président du SNPHAR-E  
Rédacteur en chef : R. Torrielli  
Comité de rédaction : V. Agaesse - R. Briot -  
N. Cros-Terraux - M. A. Doppia, - L. Heyer -  
R. Péquignot - Y. Rébufat - N. Smolski  
Éditeur : Ektopic  
58 rue Corvisart • 75013 Paris • 01 45 87 77 00  
Rédaction : S. Sargentini  
Directeur de publication : C. Mura  
Publicité : K. Tabtab - k.tabtab@reseauprosante.fr  
Impression : Imprimerie Imprimatur  
Crédits photos : Phanie

en 10 ans pour les médecins hospitaliers est régulièrement avancé.

L'écart de rémunération s'est donc creusé dans certaines spécialités entre les médecins ayant uniquement une activité hospitalière et les médecins libéraux exerçant en cabinet ou en clinique. Dans certaines spécialités comme l'anesthésie-réanimation ou la radiologie cet écart atteint facilement 300 % en milieu de carrière et peut aller jusqu'à 500 % pour les « précaires » de l'exercice hospitalier que sont les jeunes médecins qui débutent leur carrière avec des rémunérations parfois honteuses, inadaptées à leur niveau d'étude et à leur investissement dans le travail hospitalier.

Si l'on associe ces distorsions de rémunération avec la dégradation des conditions d'exercice, la lourdeur de la machine hospitalière liée à son inertie intrinsèque, génératrice de frustrations, on comprend mieux pourquoi beaucoup de jeunes médecins décident de ne pas faire carrière à l'hôpital public. L'exercice libéral offre aujourd'hui souvent de meilleures conditions de travail, des rémunérations plus intéressantes, un meilleur contrôle de son environnement de travail et au final une qualité de vie et d'exercice qu'on ne peut plus trouver à l'hôpital public.

Malgré quelques retouches homéopathiques, la T2A reste la règle d'un hôpital public relégué au statut d'une entreprise en difficulté dont il faut dégraisser les effectifs. Tout le personnel, soignant, médical, et administratif, est soumis aux injonctions paradoxales d'équilibrer recettes et dépenses en fournissant

des soins qui « rapportent » sans forcément répondre aux nécessités de santé publique. Pour le coup, cette « tension » financière perpétuelle ajoute un effet délétère sur les acteurs de l'hôpital. Au lieu d'être un moteur de développement, une pression financière de ce type paralyse initiatives et innovation. L'effet inflationniste inévitable du système amène à des pratiques de croissance d'une « production » de soin qui ne peut satisfaire un médecin de l'hôpital public.

## L'intérim médical, ou la solution rustine

La conjonction de ces différents problèmes d'attractivité avec la crise démographique actuelle a conduit à l'émergence d'une nouvelle forme d'exercice : l'intérim médical. Ce mode d'exercice se développe et croît de manière exponentielle depuis quelques années. Le développement de l'intérim médical trouve

ses racines dans les vacances de postes et les difficultés que peuvent avoir les établissements à recruter des médecins qualifiés dans des spécialités de plus en plus nombreuses. Les directeurs sont contraints d'assurer la continuité du service public et d'engager à coût élevé des praticiens pour combler les postes vacants. Petites annonces et agences d'intérim pour l'emploi médical prolifèrent. Les tarifs, assez homogènes sur le territoire (650 € nets par jour, 1200 € nets pour 24 heures) ont tendance à subir une surenchère car l'intérim n'est plus capable de combler les trous béants laissés dans les plannings par les praticiens hospitaliers en partance.

Les recrutements dans les hôpitaux publics sont en concurrence avec les établissements privés. Mais il existe aussi une concurrence interne au sein du service public hospitalier. Les rémunérations s'envolent partout, sauf à l'hôpital pour les praticiens en postes, pour qui les contraintes statutaires ne permettent pas de suivre ce mouvement.

Le projet de loi de santé et la mission sur l'attractivité prévoient de contrôler et de limiter les dépenses d'intérim médical ce qui ne semble absolument pas réaliste dans le climat actuel où

chaque établissement, chaque responsable politique est prêt à tout pour maintenir une offre de soins avec un plateau technique sur son territoire. Les belles déclarations de rigueur budgétaire sur les dépenses de santé faites devant la Presse lors des séances de l'assemblée nationale finissent aux oubliettes lorsque l'hôpital de sa propre circonscription est menacé de transformation ou de fermeture.



## Attractivité à l'hôpital public

À la suite de notre mouvement de grève d'octobre 2014, la Ministre de la Santé a lancé la mission sur l'attractivité des carrières médicales hospitalières. Celle-ci a été pilotée par l'ancien sénateur d'Ille-et-Vilaine Jacky le Menn. Pendant plus de six mois les organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers, celle des internes et des chefs de clinique, les représentants des employeurs, la FHF (Fédération Hospitalière de France) et les différences conférences ont été reçus et auditionnés pour faire valoir leurs différents points de vue sur ce sujet. Le rapport finalisé a été présenté à la ministre en juillet 2015 et n'aura été rendu public que le 2 novembre, après que la ministre a fait part aux organisations syndicales, à la FHF et aux Conférences, des mesures qu'elle comptait prendre, soit après la clô-

ture de cette édition. Quelques fuites (orchestrées ?) dans la presse médicale permettent d'en connaître les grandes orientations. Malgré quelques propositions intéressantes, la plupart des organisations syndicales considèrent qu'elles seront insuffisantes pour endiguer les problèmes démographiques actuels. De plus, ce rapport sera soumis aux arbitrages de la ministre qui aura l'occasion de se montrer timide dans ses choix en raison des contraintes budgétaires qui lui sont imposées par Bercy.

Les premières mesures proposées par ce rapport sont la prolongation d'activité au delà du départ à la retraite et la régulation de l'intérim médical. On comprend très mal pourquoi de telles propositions figurent en première place dans un rapport sur l'attractivité qui devrait plutôt s'attacher à dynamiser le recrutement de jeunes médecins. D'autres mesures, qui figurent au rapport, sont plus intéressantes comme **l'amélioration de la rémunération des praticiens hospitaliers en début de carrière, la suppression de la différenciation entre le temps additionnel de jour et de nuit, la suppression de la différenciation entre astreinte opérationnelle et astreinte de sécurité, le renforcement du suivi du temps de travail des praticiens, l'attribution par contrat d'une quotité de 20 % de temps de travail pour la réalisation d'activités diverses mais d'intérêt collectif, les notions de valence d'exercice, une meilleure gestion du développement professionnel continu, le renforcement de la représentation du personnel médical au CHSct, une meilleure formation des chefs de service, une amélioration de la gouvernance hospitalière permettant de réaffirmer l'importance du corps médical, la reconnaissance de l'existence d'équipes médicales dans l'organisation interne des établissements, etc...**

Mais parmi les 57 mesures destinées à améliorer l'attractivité des établissements publics hospitaliers, au moment d'écrire cet édito, on ne sait toujours pas lesquelles seront choisies.

**ce rapport est malgré tout décevant** : nous n'y retrouvons pas certaines de nos propositions qui avaient pourtant trouvé un écho favorable au sein des cinq intersyndicales de praticiens hospitaliers, **en particulier la cinquième plage par période de 24H** qui permettrait la mise en conformité avec la réglementation européenne et une équité avec les praticiens dont le temps de travail est mesuré en heure et pas en demi-journées. Absence également de reconnaissance du temps de travail additionnel par **la notion d'intérim interne (650 euros nets par jour pour une journée de temps additionnel réalisé dans son établissement d'origine)** qui permettait aux établissements à la fois de fidéliser leurs praticiens, de reconnaître leur investissement et de réaliser une économie certaine en ne payant pas la prestation de l'agence d'intérim, ni les frais de bouche et de logement.

L'enjeu de l'attractivité est cependant de taille et cette crise a permis une certaine prise de conscience des acteurs sur les réalités et les particularités de l'exercice médical hospitalier de

## Les premiers résultats de notre enquête sur les fermetures de l'été

Nous avons reçu 2177 réponses à notre questionnaire. Toutes les régions de France sont représentées y compris l'outre-mer. Plusieurs villes semblent se démarquer mais une analyse plus approfondie des données est nécessaire avant de les présenter en détail. Toutefois, plusieurs départements se démarquent :

Département	Nb de réponses
Paris	99
Bouches du Rhone	61
Calvados	53
Nord	53
Rhône	51
Gironde	45

48 % des répondants déclarent que l'activité a été anormalement réduite cet été du fait d'un manque de personnel médical.

Concernant les services d'urgence, 0,2 % des répondants déclarent qu'ils ont dû fermer totalement et 12 % qu'ils ont dû procéder à des fermetures partielles ou temporaires.

32 % des répondants déclarent que leur établissement a eu recours à des médecins intérimaires pour faire fonctionner le service d'urgences. 47 % pour l'ensemble des autres services ou spécialités. 27 % jugent que l'activité a été dégradée pendant la période estivale.

47 % déclarent que leur établissement a recours à l'intérim tout au long de l'année et 31 % que leur établissement ne trouve pas suffisamment d'intérimaires.

Les spécialités les plus touchées par les recrutements en intérim sont l'anesthésie-réanimation, la médecine d'urgence et la radiologie mais beaucoup de spécialités sont touchées par ce phénomène tant en médecine qu'en chirurgie (pédiatrie, gynécologie-obstétrique, ...).

Sans avancer des conclusions hâtives, nous pouvons affirmer que l'intérim médical est devenu le mode de fonctionnement « normal » dans de nombreux établissements, et qu'il existe aujourd'hui des difficultés pour trouver des intérimaires. Certains établissements n'ont pas eu d'autre choix que de procéder à des réductions forcées d'activité.

Cette étude confirme les données qui nous parviennent du terrain et l'aggravation d'année en année du phénomène lié aux difficultés de recrutement et au manque d'attractivité des établissements publics de santé. De notre point de vue, la vitesse à laquelle la situation se dégrade mérite un traitement de choc et ce n'est pas en prolongeant l'activité des médecins hospitaliers après la retraite qu'on va endiguer ce phénomène. Il faut une politique urgente et audacieuse qui permette de recruter de jeunes médecins en nombre suffisant, de les garder mais aussi de fidéliser les praticiens déjà en place en leur donnant des conditions d'exercice et de rémunération à la hauteur de leur travail ce qui n'est plus le cas depuis plusieurs années.

certaines spécialités. Du coup apparaissent ici et là des prises de mesures contraires à la réglementation afin de maintenir les praticiens en poste et d'éviter de recourir à l'intérim médical. Les initiatives locales pertinentes doivent être encouragées, et contrôlées avec bienveillance par les ARS et les CRP plutôt que d'être fustigées par les Chambres Régionales des Comptes. Toutefois, il ne s'agit que de pansements provisoires sur un grand corps malade.

Certains établissements ont compris que l'activité médicale hospitalière ne se limite pas aux soins portés aux patients et que chaque médecin hospitalier doit pouvoir s'investir, dans le cadre d'une autonomie bien comprise, dans des activités collectives, qui permettent l'échange entre praticiens et rompent l'isolement délétère pour la qualité du travail.

Il est à souhaiter que les initiatives qui vont dans le bon sens dans ces établissements se développent pour fidéliser et recruter les praticiens, même si les arbitrages de la Ministre ne sont pas à la hauteur des enjeux, car l'exigence des jeunes générations est encore plus forte que celle de leurs aînés.

## Territorialité

En parallèle de la phase de concertation de la mission attractivité, l'Assemblée nationale examinait le projet de Loi de santé dans lequel une disposition majeure va concerner les hospitaliers : les groupements hospitaliers de territoires (GHT). Ces nouvelles structures qui succéderont aux communautés hospitalières de territoires (CHT) ont pour ambition de mutualiser en partie certaines structures de soins sur un territoire de santé donné. Ces mutualisations ne pourront fonctionner que si le projet médical est au cœur du projet. Il ne peut pas y avoir de mutualisation ni de regroupement de plateaux techniques sans que les médecins soient partie prenante dans la décision. En effet, les problèmes de recrutement, mais aussi l'évolution technique de la médecine, ne permettent plus d'offrir partout des soins de qualité en toute sécurité. Il est indispensable de regrouper dans des structures importantes l'ensemble des secteurs techniques, en particulier les blocs opératoires et la radiologie.

Bien que cette position soit communément admise par tous, de nombreux obstacles devront être préalablement franchis. La gouvernance de ces GHT devra être suffisamment médicale pour être entendue et sortir des jeux de pouvoir qu'ils soient médicaux ou administratifs. Si les GHT ne sont pas capables de définir un projet médical cohérent et qu'ils consistent uniquement à obliger les médecins hospitaliers à réaliser un exercice territorial imposé sans aucune contrepartie elles sont vouées à l'échec.

De même, les solutions proposées pour améliorer l'attractivité des carrières hospitalières ne peuvent être soumises à la contrainte de la territorialité car avant que ces GHT ne se mettent en place, de nombreux praticiens auront déjà quitté l'hôpital. Les mesures permettant de restaurer l'attractivité doivent être introduites le plus rapidement possible car elles seules per-



mettront de trouver des modes de fonctionnement acceptables dans un projet ambitieux de santé et de territoire.

## Au pied du mur

La médecine hospitalière traverse une crise comme elle n'en a jamais connue. Les différents gouvernements qui se sont succédés depuis plus de 20 ans n'ont fait que se lamenter sur les finances de la sécurité sociale sans prendre les mesures qui s'imposaient faute d'avoir les bons indicateurs pour le faire. Aujourd'hui, l'ensemble du monde hospitalier est au pied du mur et l'organisation du service public de santé doit nécessairement évoluer. **il ne pourra changer qu'avec la participation des acteurs car eux seuls connaissent la réalité têtue des différents obstacles aux parcours de soins, invisibles pour les ars et le ministère de la santé.** Il faut donc une nouvelle donne dans les responsabilités médicales hospitalières et un peu plus de démocratie dans l'organisation de la gouvernance hospitalière. Ce ne serait pas un luxe si l'on souhaite que l'ambitieux projet de territorialisation des parcours de santé puisse voir le jour. Ce qui est certain, c'est que si on laisse le système se déréguler comme c'est le cas actuellement, le tsunami de la loi du marché finira d'emporter les décombres de l'hôpital public déserté par les médecins hospitaliers. Il faut donc rapidement des propositions concrètes et audacieuses sur l'attractivité des carrières médicales et l'organisation territoriale des soins. La territorialisation ne doit pas conditionner les mesures d'attractivité. C'est au contraire l'attractivité et le retour à des conditions d'exercice sereines qui permettront le regroupement des structures tout en préservant la garantie de soins de proximité aux usagers de l'hôpital public.

*Yves Rébufat, Président du SNPHAR-E*

# Des médecins venus d'ailleurs prêts à intégrer le système de santé à la française

En dépit des difficultés que nous connaissons, notre pays jouit d'une grande réputation pour sa culture, son art de vivre et la qualité de sa médecine. Son système de protection sociale reste parmi les plus évolués et les plus accessibles au monde. Par choix de vie ou pour des motifs politiques, économiques ou culturels, l'installation en France de médecins étrangers témoigne de la mobilité de ces professionnels. Une réflexion syndicale s'impose pour faciliter leur insertion au sein de notre communauté de PH, dans un système très complexe qu'ils vont devoir découvrir et contribuer à faire vivre.

## UN CONSTAT AUX MULTIPLES FACETTES

Le manque chronique de médecins dans de nombreux territoires, notamment ruraux, explique que des médecins étrangers viennent exercer en France. Ce phénomène est criant en médecine générale mais aussi à l'hôpital public où la notion de désert médical n'est pas virtuelle. Les CHG et même les CHU de la plupart des grandes métropoles sont aujourd'hui en grand déficit de professionnels qualifiés, notamment dans les plateaux techniques qui concentrent des pénibilités particulières de Permanence des soins.

Le recrutement de praticiens au diplôme étranger reconnu, est nécessaire pour assurer la mission de service public hospitalier. Cette vacance d'emplois très préoccupante résulte de mauvais choix politiques et démographiques passés au point même qu'on en arrive, aujourd'hui, à dépendre d'une main d'œuvre intérimaire française qui ne suffit souvent même plus. Nos col-

lègues n'ont pas toujours la connaissance, ni l'explication complète des causes de cette situation nouvelle. Nos collègues étrangers eux-mêmes, pour des raisons historiques ou de politiques de santé dans leur pays, sont venus chercher en France un exercice professionnel plus conforme à leurs attentes : conditions matérielles ou technologiques, mais aussi financières, voire même éthiques, qui ne leur étaient pas accessibles dans leur pays. Il n'y a dès lors aucune raison qu'ils restent à l'écart d'une histoire et d'une culture syndicales françaises, toutes deux forgées dans des combats qui permettent aujourd'hui à tout

praticien, quelle que soit son origine, de bénéficier d'acquis sociaux qu'il faut promouvoir et défendre.

## À CHAQUE PAYS SA CULTURE HOSPITALIÈRE

Il aura fallu plusieurs siècles pour que la France bâtit sa culture hospitalière et hisse sa médecine au plus haut niveau. Même chez nous, la connaissance par nos compatriotes de leur système de santé et de son évolution est très imparfaite. Les plus jeunes, mais pas seulement, n'ont pas toujours la curio-

sité de puiser, dans notre histoire, l'explication de singularités qu'on ne retrouve pas ailleurs. Allez donc faire comprendre l'empilement des textes qui régissent chacun des systèmes, public et libéral ou le modèle ESPIC (ex-PSPH) avec leurs modes d'organisation, de recrutement et de rétribution différents !

De récentes et profondes réformes sont venues modifier ce qui était

déjà un maquis réglementaire. Ils en ont rendu la compréhension plus délicate encore : T2A, loi HPST, Gouvernance, réduction de l'expression démocratique des praticiens dans les CME, modifications successives de l'arrêté sur la permanence des soins et décompte du temps de travail. On pourrait évoquer ici la complexité et la diversité des régimes de couverture sociale, de la maladie, la maternité ou de la retraite selon que vous êtes PH, PU-PH, PHC, assistant, attaché associé, Interne, ou encore, les modes de rémunération ou de décompte du temps de travail, les RTT, les contrats de temps de travail additionnel,

“ **Le recrutement de praticiens au diplôme étranger reconnu : une nécessité pour assurer la mission de service public hospitalier.** ”

les CET. Bref, il n'est pas simple du tout de s'y retrouver quand on débarque pour soigner en France ! Mais ce qui se vit aussi, c'est parfois l'injustice de l'arbitraire. Comment s'en sortir en restant seul ?

## AGIR POUR FACILITER L'INVESTISSEMENT SYNDICAL DES COLLÈGUES ÉTRANGERS

Pour un médecin étranger qui décide de venir travailler dans nos hôpitaux publics, la communauté hospitalière doit manifester concrètement sa capacité d'accueil et d'intégration. Le syndicat est à sa place pour faciliter cette démarche. Il est dans son rôle de promouvoir les valeurs qu'il a portées en construisant et en luttant pour améliorer le statut de PH que nos collègues étrangers peuvent à présent revendiquer avec ses droits et ses devoirs. Il faut aussi concevoir qu'un praticien syndiqué est probablement mieux inséré dans un groupe que s'il reste isolé et agit comme un simple consommateur de droits sociaux qu'il ne contribue pas à consolider. Se syndiquer, c'est aussi partager un certain nombre de considérations sur le travail, sa propre place aussi dans la communauté hospitalière : c'est s'engager pour les autres autant que pour soi-même. C'est pouvoir accéder à des soutiens, mais aussi, par le nombre, soutenir les autres et penser le progrès social qui ne vient jamais seul.

Dans ces conditions, il est impensable de laisser nos collègues à l'écart d'une actualité sociale qui les concerne très directement. Depuis trois ans, les organisations syndicales investissent du temps, des moyens matériels dans plusieurs cycles de concertation à haut niveau avec les Pouvoirs Publics. Chacun a pu connaître les contributions adressées dans le cadre du pacte de Confiance, puis de la Mission Le Menn sur l'attractivité des hôpitaux. La refonte de la déclinaison des textes statutaires est à la clé, qu'il s'agisse de temps de travail, des rémunérations à l'entrée dans la carrière, ou de la conception même du travail et de son sens. Il faut soutenir le besoin évident d'accéder au droit d'avoir une activité qui ne soit pas que la production d'actes à la chaîne par des individus qui n'ont plus le temps de l'élaboration nécessaire de leur travail. C'est ce qu'il nous faut partager avec nos collègues étrangers. Ils ne peuvent rester à l'écart de cette réflexion, ni sans doute, à l'écart des

actions qui seront, à terme, probablement nécessaires. C'est en quelque sorte, les respecter pour ce qu'ils sont par leur choix de l'hôpital public.

## L'EXPRESSION AU SEIN D'UNE ORGANISATION SYNDICALE DOIT NÉCESSAIREMENT ÊTRE PROPOSÉE AUX MÉDECINS ÉTRANGERS.

Le SNPHAR-E doit occuper cette position sur le terrain, en allant solliciter chaque collègue pour qu'il comprenne les raisons d'un engagement nécessaire, témoin de sa contribution à la construction d'un système qui est aussi le sien.

Les témoignages recueillis expriment des attentes (cf encadrés) : une information synthétique sur le syndicalisme médical hospitalier et le SNPHAR-E en particulier, serait sans aucun doute une initiative à développer vers tout praticien manifestant son intérêt pour l'hôpital public.

Le montant de la cotisation syndicale (170 €) doit être expliqué. Il ne semble pas devoir être un obstacle dès lors que son bon usage sera

mieux compris. D'autant plus que la déduction fiscale à 65 % est une reconnaissance d'utilité sociale qui souvent n'existe pas dans les pays dont nos collègues sont originaires.

Pour conclure, un PH d'origine étrangère doit pouvoir vivre comme un Français : mêmes devoirs, mêmes droits. On achète bien les mêmes smartphones et les mêmes voitures avec les mêmes options... On fait les mêmes gardes et nos journées ont les mêmes durées avec nos patients. Alors, pourquoi pas le syndicalisme ? L'élection de médecins PH étrangers au CA du SNPHAR-E pourrait être la meilleure preuve de l'intégration complète des médecins d'origine étrangère dans le statut de Praticien Hospitalier qui reste la raison d'être du SNPHAR-Elargi. Qui est candidat ?

*M-A Doppia, Secrétaire général adjoint du SNPHAR-E*



## Mon choix de la France : pour sa langue et sa Culture !

« Oui : francophone et francophile c'est possible ! Mon projet était mûri de longue date, après l'éducation de mes enfants, aujourd'hui majeurs et eux-mêmes installés dans d'autres Pays Européens. Je suis arrivée en me sentant citoyenne européenne, mais j'ai eu le sentiment d'être accueillie comme une Européenne « de l'Est ». Il y avait cette croyance que les Pays de l'Est n'ont pas de médecins au même niveau. Alors qu'au contraire, les médecins originaires de ces pays ont accompli des efforts très importants pour se mettre à niveau de la médecine occidentale dans leur pays, même bien avant de venir ! N'oublions pas que le Mur séparant Ouest et Est a été un mur qui a longtemps privé les médecins désireux de le faire, de s'initier aux technologies de l'Ouest. Leur venue n'a pas été une démarche de facilité comme on pourrait le penser, mais au contraire une démarche difficile, d'autant plus qu'ils ont eu à refaire leurs preuves médicales, à s'adapter à une démocratie mieux installée. Ceci est souvent inconnu des jeunes générations qui n'ont pas cette connaissance de l'histoire contemporaine jusque dans ces détails qui n'en sont pas. »

K... Anesthésiste. CHU

## L'exemple du repos de sécurité après la garde

« En Bulgarie, c'est un peu particulier à ce point que le break est quasiment de fait, l'après-midi, avant la prise d'une garde. Bien entendu, on le prend après aussi ! Le RS en France ne m'a donc pas paru extraordinaire et je n'ai pas compris tout de suite que c'était une vraie conquête sociale engagée par le SNPHAR-E en 2001.

Même chose pour les cotisations sociales sur les retraites. Je n'ai compris cela que bien plus tard ... C'est là que j'ai décidé d'adhérer pour participer moi aussi. Ma manière de m'impliquer comme une Française !

A... Anesthésiste CH

## J'ai entendu parler du syndicalisme pour la première fois... avec le SNPHAR-E !

« Très clairement, si on ne croise pas un syndicaliste investi, on n'a pratiquement aucune chance de se syndiquer surtout si on vient d'un pays étranger où le syndicalisme n'est pas une pratique simple et transparente. La corruption des élites peut expliquer ce faible taux de syndicalisation quand on arrive en France. Ensuite, quand on sait, on comprend mieux la nécessité de ne pas rester seul. Mais il faut qu'on nous accompagne dans ce cheminement, à commencer par ne pas craindre de représailles car on a toujours un sentiment de plus grande précarité quand on est étranger... »

« J'ignorais la multiplicité des organisations syndicales de praticiens hospitaliers en France. Inimaginable dans mon pays. Leurs différences ne sont pas simples à comprendre et, je crois, même pour les Français eux-mêmes.... Pour comprendre ça, il m'a fallu croiser des PH syndiqués et capables de prendre le temps pour m'expliquer. J'avoue ne pas avoir cherché plus loin car, depuis mon arrivée, j'avais déjà passé tellement de nuits sur le site service-public.fr pour essayer de comprendre comment faire pour les Impôts, la Sécurité Sociale, la mutuelle, l'ARS, le rôle du Conseil de l'Ordre, etc. Bref, l'organisation sociale française m'était totalement inconnue avant d'arriver il y a 7 ans. Me renseigner sur un syndicat – et lequel ? – exigeait un effort supplémentaire qu'il m'était difficile de fournir.

F...Anesthésiste CHU

## Se faire accepter n'est pas si simple !

« On laisse forcément des choses derrière soi. Ses parents, ses amis, ses relations de travail et aussi des habitudes de vie et de travail qu'il faut abandonner. Et les repères professionnels sont à recréer en quasi totalité pour s'y retrouver... Se faire accepter n'est pas si simple. Le SNPHARE, c'est peut-être la part commune la plus visible de nos attentes »

M L Anesthésiste Réanimateur en CH

## Personne ne vous explique le système hiérarchique hospitalier

« Le rôle du CDS, les Pôles, les Affaires médicales, la CME, vos droits ? C'est quoi un Interne « séniorisé », la médecine du travail ? On se débrouille pour trouver des relais qui soient aidants. On pourrait penser que l'Internet a pu être facilitant mais même pour chercher sur Internet, comment faire quand on ne sait pas quel site donne l'information, ni ce qu'il faut chercher à savoir ? »

N G Urgentiste CHU

## Ma place dans le système comme PH contractuel, c'était quoi ?

« Avec le SNPHAR-E, j'aurais aimé recevoir plus tôt des informations sur l'organisation hospitalière, ma place dans le système en tant que PH contractuel, le concours, les échelons et leur progression, l'explication des tableaux de service, de la couverture sociale, de la retraite, mes droits et mes devoirs et peut-être aussi, les limites à opposer aux pratiques de l'administration pour laquelle nous ne sommes parfois qu'une main d'oeuvre qui tombe bien pour boucher des trous. Mais, en définitive, la France et son hôpital m'ont plutôt bien accueilli, m'ont permis d'up-grader ma pratique médicale et les échanges avec les confrères de ma spécialité et les autres avec lesquels je travaille au quotidien sont normaux et mutuellement respectueux. Malgré les difficultés du début, je me sens aujourd'hui plus accompli. On se sent vraiment plus intégré quand on est syndiqué et impliqué. Il y a là des forces qu'on se découvre et c'est encourageant pour notre avenir ... Et, savoir qu'on participe à construire un système me convient mieux que de rester une pièce rapportée... »

K. V radiologue en CHU

## L'exemple de l'écriture cyrillique : s'adapter rapidement à l'écriture latine...

« La crainte de faire des erreurs, de ne pas être reconnue comme étant à la hauteur, favorise l'isolement si personne ne vous aide à comprendre et à agir dans un monde si différent du vôtre. La pratique de la langue qu'on apprend avec Victor Hugo n'est pas la pratique de la langue d'un service d'urgences. Peu de collègues se rendent à cette évidence.. Tout se passe comme si on était sensé savoir sans même qu'on nous explique. On se débrouille. »

N G Urgentiste CHU

## AGENDA DU CA

### JUILLET 2015

**3 juillet** Participation à la réunion plénière sur la Grande Conférence de Santé  
**7, 8 et 10 juillet** Réunion de travail : Grande Conférence de Santé

### SEPTEMBRE 2015

**4 septembre** Conseil d'Administration du SNPHAR-E  
**11 septembre** Réunion de travail : Grande Conférence de Santé  
**17 au 19 septembre** Présence à la SFAR et assemblée générale du CFAR  
**23 septembre** Réunion avec le cabinet de la Ministre de la Santé autour de l'attractivité des carrières médicales

### OCTOBRE 2015

**30/09 au 2 octobre** Séminaire des délégués sur le thème « Autonomie professionnelle »  
**8 octobre** Réunion de travail : Grande Conférence de Santé  
**16 octobre** Participation à la journée du praticien organisé par la CPH

## Contre-courant

*Le billet de Richard Torrielli, Chargé de mission au Conseil d'Administration du SNPHAR-E*

# Un hôpital, un médecin

En ces périodes d'austérité budgétaire et de rudes négociations avec les pouvoirs publics au sujet des conditions de travail des médecins à l'hôpital, nous devons avoir à l'esprit le danger qu'apparaisse en son sein une fracture de la communauté médicale. Une fracture qui placerait d'un côté ceux qui conserveraient une large autonomie professionnelle, permise par un champ d'activité choisie, tant dans ses objectifs que son déroulement dans le temps, et d'un autre côté ceux qui auraient le sentiment d'une exploitation de leur force de production, sous le joug du diktat de la Tarification à l'Activité. Les premiers ne seraient pas soumis d'une façon générale à la permanence des soins, et le temps leur serait donné pour la prise en charge des patients soumis à leur pratique. La pratique des seconds serait contrainte par des horaires extensibles et non désirés, peu ou mal rémunérés, sur des emplois maladroitement qualifiés de « postés », ceux des spécialités d'aval, sans maîtrise des flux d'activité, que ce soit du fait de la survenue d'urgences, de programmes opératoires, ou de demande d'indispensables examens complémentaires.

La vérité d'aujourd'hui est tout autre. Tous les médecins dans les hôpitaux sont confrontés à de multiples difficultés, même si la grogne est plus aisément justifiée chez ceux qui assument une permanence des soins sur place. L'absence d'épanouissement professionnel entraînée par d'inacceptables conditions de travail risque d'entraîner de nombreux collègues sur l'unique terrain aride des revendications rigides du temps passé au travail, sans aucune autre action sur le contenu de ce travail. Il faudrait considérer comme un véritable repli identitaire l'opinion selon laquelle il serait devenu avéré, irréductible et définitif que les médecins, toutes catégories confondues, se considèrent

comme appartenir à une population promise à la perte progressive de leur autonomie, dont l'horizon professionnel se réduirait à une obligation de service définie par une quantification horaire, accompagné par le sentiment de la perte de respect et de reconnaissance éprouvée par tous.

Le fonctionnement harmonieux de l'hôpital doit passer par des conditions de travail homogènes pour tous les médecins en son sein. Pour l'obtenir, tous les médecins de l'hôpital, sans exception, doivent avoir une conception orgueilleuse et de bon aloi de leur mission médicale, mission qui va bien au-delà de leur technicité et de l'obligation de présence. C'est l'entièreté de la dimension médicale (soins, écoute, formation continue, enseignement académique ou par compagnonnage) qui donne valeur et rémunération digne et à la hauteur de leur métier, et pouvoir sur leur destin et la santé publique aux médecins des hôpitaux. À l'hôpital, les médecins sont salariés, et pas payés à l'acte ou à l'heure... C'est aussi une revendication salariale que nous devons tenir, en regard de nos responsabilités, de la qualité de notre travail, et du service rendu au pays par le biais de la santé de nos concitoyens... C'est tout cela qu'il faut inculquer aux collègues, c'est de cela qu'ils doivent être conscients pour avoir le courage de lutter et ne plus être mus par le seul désespoir qui les ferait plutôt fuir vers le privé, ou se réfugier dans les bras d'une administration tatillonne contenue par une réglementation qu'elle rêve de ne pas appliquer...

# La gouvernance hospitalière : comment, par qui, et pourquoi faire ?

**N**ous sommes aujourd'hui dans une situation pré-explosive : l'Hôpital public ne peut plus recruter suffisamment de médecins, les budgets sont dans le rouge, la qualité des soins française qui était la meilleure du monde est tombée de son piédestal : que s'est-il passé ?

## UN PEU D'HISTOIRE

De tous temps, des Hommes ont essayé de soulager les malades. Probablement de manière assez personnalisée et magique autrefois, puis de manière plus organisée. Ainsi, la santé et son organisation étaient dépendantes de médecins d'une part et d'hospices gérés par des soignants (souvent religieux) d'autre part.

De fortes personnalités médicales vont organiser des points de rencontre entre médecins et patients et laisser leur nom dans l'Histoire. Pour cela ils ont besoin de soignants, qui dispenseront les soins prescrits, ce qui permet aux médecins de consacrer leur temps au diagnostic et à la démarche thérapeutique.

Lorsque le temps du bénévolat passe, on entre dans le monde du marché du travail : il faut alors des administratifs pour gérer la partie « gestion du personnel » et permettre aux soignants et médecins de se consacrer à leur cœur de métier. Et comme toute bonne administration, l'administration hospitalière ne saurait exister sans une hiérarchie, au sommet de laquelle est donc placé un directeur.

**Jusqu'à récemment, le directeur était donc le directeur de l'administration. Ceux qui dirigeaient l'hôpital étaient ceux qui en sont la raison d'être et les détenteurs d'expertise, ceux que les patients viennent voir : les médecins. Ce sont eux qui savent quels soins doivent être prodigués et à quel patients, qui organisent les soins et les circuits en fonction des épidémies et endémies.**

L'avantage de ce système, tout est organisé de manière utile : les soins sont produits pour répondre à des besoins. Les querelles d'égo sont résolues par le nombre de patients réels, les nouveaux besoins entraînent des spécialisations au fur et à mesure que des médecins s'intéressent à de nouveaux problèmes. L'inconvenient est que rien n'étant trop beau pour les patients, si la santé n'a pas de prix elle a un coût, et il augmente rapidement puisque la population s'accroît et vieillit. Comment obliger des médecins experts à se rationner alors que les patients sont bel et bien là ? Ceux qui

gèrent les deniers publics n'ont aucune expertise ni légitimité pour répondre aux médecins, et la Sécurité Sociale que les gouvernements successifs vont saigner à grands coups d'exonérations successives [1] au profit des employeurs se retrouve dans le rouge. Il faut réagir...

Les premières tentatives proposaient de promouvoir la chasse au gaspillage, aux prescriptions inutiles ou peu utiles. L'effet fut insuffisant pour éponger la multiplication des exonérations sociales.

On créa alors l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en 1996 : un plafond qui devait s'imposer à tous, décliné en autant de budgets plafonnés pour contraindre les hôpitaux à faire des choix stratégiques. La T2A, les PMSI, et les procédures s'ajoutèrent sans fin pour contraindre toujours plus, sans jamais être aussi rapide que la créativité surprenante de nos gouvernants pour creuser le trou.

## LA SITUATION ACTUELLE

Une des dernières solutions trouvées par le Président de la République précédent fut la création d'une chimère improbable : l'Hôpital-Entreprise, avec son produit (des actes), ses ouvriers (les soignants et les médecins), ses clients (les patients), et bien sûr, le plus important : son patron unique, le directeur, « motivé » par des primes à l'objectif, le seul objectif qui compte étant la marge financière.

On connaît le résultat : des déficits encore plus creusés, des soins qui se détériorent, des conditions de travail sans cesse plus éprouvantes, un recrutement devenu problématique, des objectifs chaque année plus inatteignables (mais des primes toujours plus grosses...).

Et finalement, le gouvernement suivant (l'actuel), qui entre deux attermoissements et autres délais, décide de rééquilibrer timidement la gouvernance des hôpitaux devant l'échec cinglant de la loi HPST sur ce volet financier et d'efficience.

Nous voilà désormais avec un pouvoir qui était totalement concentré dans les mains d'un directeur avec comme seul outil de rééquilibrage un décret-CME [2] dont on peine à détecter les différences sémantiques

avec le précédent [3]. Oui mais ces différences méritent d'être saisies !

Les compétences de la CME ont été élargies, notamment en ce qui concerne la stratégie, les recrutements, les investissements et le regard sur les comptes puisque c'est désormais la CME qui doit statuer sur tout point à l'ordre du jour du Conseil de Surveillance : c'est loin d'être négligeable ! Par ailleurs, la nomination des chefs de pôle se fait par le directeur sur proposition du président de CME, c'est-à-dire que c'est lui qui décide du nom.

**Le directeur est donc remis dans ses fonctions premières d'avaliser administrativement le choix éclairé de la CME, et ne peut plus choisir entre plusieurs noms (ce qui rendait virtuel le pouvoir du président de la CME, PCME !).**

Mais de nombreux PCME avaient pris l'habitude de la situation précédente, avec un pouvoir borné à être une courroie de transmission, et une prime variable de chef de pôle fixée en fonction de son degré d'allégeance au « patron de l'hôpital ».

**Combien de communautés médicales profiteront de la prochaine élection pour porter à leur tête un médecin capable de faire appliquer le décret de 2013 et rendre aux médecins une partie de la maîtrise de leur exercice ?**

## LA CLÉ DU SUCCÈS : UNE GOUVERNANCE ÉQUILIBRÉE

Dans ces perpétuels mouvements de balancier, où se situe la meilleure position ? Elle sera ce qu'on en fera, mais les textes actuels permettent une gouvernance équilibrée, où chacun est dans son rôle avec des prérogatives importantes mais limitées. Les querelles d'égos de mandarins tout-puissants ne peuvent plus prévaloir sur les destinées des établissements, puisque le directeur a les moyens de bloquer les finances en cas de dérive et que les développements d'activités nouvelles sont passés au crible des ARS. D'un autre côté, les directeurs ne sont plus les « patrons de l'hôpital » puisqu'ils doivent passer par les CME pour appliquer leur stratégie indiquée par les ARS. On peut regretter cependant qu'ils gardent des pouvoirs bloquants grâce à l'arme de pourrissement massif qu'est l'inertie administrative. Mais si la communauté médicale sait parler d'une voix forte et montrer une voie claire, elle aura gain de cause, d'autant plus qu'elle aura su faire vérifier par l'administration que ses projets sont économiquement viables.

Une direction qui sait aider les soignants et les médecins à porter les projets utiles aux patients pourra jouir

d'une paix sociale stable, là où le rapport de force choquant de la loi HPST entraînait des positions dures et des mouvements sociaux incessants, lorsque s'affrontaient les visions soignantes assises sur la réalité, et les aspirations managériales basées sur l'adéquation rétribuée aux objectifs des ARS sans considération pour la brutalité des moyens de leur mise en œuvre.

**Si chaque partie joue le jeu, c'est à dire évite de dépenser de l'énergie dans la confrontation et la défense de frontières datant de la loi HPST pour s'emparer pleinement de l'opportunité que constitue ce rééquilibrage, les hôpitaux et au final les patients (ainsi que les cotisants!) ne peuvent que mieux s'en porter.**

**Alors les problèmes d'attractivité devraient eux aussi s'améliorer sous les coups de boutoir de l'évidence, et les solutions pragmatiques pourront enfin être mises en œuvre.**

Parmi ces solutions, l'application de la directive européenne [4] qui s'applique à tous les citoyens européens – en particulier l'interdiction de faire travailler quelqu'un plus de 48H hebdomadaires contre son gré – devrait devenir une priorité, une fois débarrassée des entraves multipliées par la FHF. En effet, une fois que cette organisation de « patrons » devenue actuellement si proche du MEDEF par ses positions, redeviendra une organisation de directeurs d'administration hospitalière, elle pourra consacrer son imagination à trouver des moyens de mettre en application une Loi qui s'impose à tous pour le plus grand bénéfice de chacun. **Chacun à sa place, et les patients seront bien soignés.**

*Renaud Péquignot, Administrateur du SNPHAR-E.*

## RÉFÉRENCES

- 1 - Rapport de la Cour des Comptes 2013 sur la Sécurité Sociale, chapitre 5 : la maîtrise des niches sociales : un enjeu toujours majeur : « leur montant, tel qu'estimé à partir de leur présentation, incomplète, en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale, est d'environ 52 Md€, soit au minimum 12 % des ressources de la sécurité sociale ou 2,6 points de PIB »
- 2 - JO n°0221 du 22 septembre 2013 Décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé
- 3 - JO n°0102 du 2 mai 2010 Décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé
- 4 - Directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail : Article 6 « Durée maximale hebdomadaire de travail » alinea b) la durée moyenne de travail pour chaque période de sept jours n'excède pas quarante-huit heures, y compris les heures supplémentaires.

# Un avenir plus serein est-il envisageable pour le modèle d'urgence à la française ?

Dans les années 60-70, un français sur huit se rendait aux urgences, contre un sur 3,5 aujourd'hui. Les médecins urgentistes, qui ont obtenu en décembre une limitation de leur temps de travail clinique à 39 heures, semblent submergés par le traitement à la chaîne des petits « bobos », la pénibilité du métier et la gestion de leur temps de travail. De l'organisation des services d'urgences et de la répartition des tâches de chacun, découle une confusion évidente. Le rapport Grall, commandé par la ministre de la Santé, Marisol Touraine et dévoilé en juillet dernier, préconise donc une régulation du temps médical et la création d'un réseau territorial de prise en charge des urgences. Les regards croisés de François Braun, président du syndicat sAmu-urgences de France, Raphaël Briot secrétaire général adjoint du snHpAr -e et médecin au sAmu (38), Michel Dru, administrateur du snpHAR -e et médecin au sAmu (94) et Pierre Achache urgentiste au CHU de Lyon.

**PHAR-E : La problématique des urgences hospitalières prend régulièrement le devant de la scène dans l'actualité médicale. Ne pensez-vous pas qu'elle n'est que la partie visible d'un mal profond dont souffre tout l'hôpital public et qui atteint l'ensemble de ses médecins, et pas seulement les urgentistes ?**

**François Braun :** En effet, ce n'est que la partie émergée de l'iceberg. L'organisation actuelle de l'hôpital ne correspond plus aux besoins des patients et des services d'urgence.

Qu'est-ce qu'une urgence ? C'est l'apparition de signes brutaux et inquiétants. C'est pour cela que je ne crois pas au terme de « bobologie ». Les patients ont besoin d'être rassurés face à « l'urgence ». Ne trouvant plus de réponse auprès de la médecine générale qui connaît une faillite indéniable, ils se dirigent forcément vers les services d'urgences. Depuis les années 60-70, on constate une évolution des besoins de santé. Selon moi, ce qu'il faut aux urgences c'est un « chef d'orchestre », une régulation médicale digne de ce nom.

**Raphaël Briot :** Oui et non. Il existe bien un malaise des médecins urgentistes au sein de l'hôpital public qui témoigne d'un problème global. Selon le rapport Grall, entre 1990 et 2010 le nombre de patients a presque tri-

plé, de 7 millions de patients nous sommes passés à 18 millions ! L'hôpital dans son ensemble est clairement sous pression, les services d'urgence n'y échappent pas. Par ailleurs, le gouvernement serre « les boulons » avec la T2A et transversalement la gestion comptable. Les urgentistes se retrouvent la tête sous l'eau, le manque de lits et l'occupation optimale des lits entre autres, tout cela retentit sur l'activité du médecin urgentiste qui finit par être en souffrance.

“  
Les urgences ne doivent pas être un hôpital dans l'hôpital. Il faut à tout prix préserver le lien de l'urgentiste avec l'établissement dans lequel il exerce.”

François Braun

”  
**Michel Dru :** C'est un problème global et général. Petit à petit, l'hôpital se transforme en entreprise comme le souhaite le gouvernement. On demande aux hôpitaux de faire du chiffre. D'ailleurs, de nombreuses situations requièrent une attention particulière de la part des médecins, notamment en médecine pré-hospitalière. Cela reste très difficile à appliquer quand on nous demande d'aller de plus en plus vite et de voir plus de malades. Tout a évolué, de nos jours. Du fait de la crise économique, les patients ne veulent plus

payer leur consultation chez le médecin généraliste, qui lui, ne travaille plus du tout comme il pouvait le faire il y a 30 ans. À 18 heures le répondeur du cabinet est enclenché la plupart du temps et on entend une voix qui dit : « En cas d'urgence allez à l'hôpital ou appelez le SAMU ».

D'autre part, les médecins urgentistes sont victimes de leur succès. Les patients pensent que les médecins sont plus compétents à l'hôpital, d'où la nécessité d'avoir plus de médecins formés à l'urgence.

**Pierre Achache :** Evidemment. L'Hôpital d'aujourd'hui est devenu une machine à ne pas perdre d'argent. Quoique l'on fasse, la santé restera un domaine non rentable (surtout à court terme). Nous sommes désormais contraints à compenser ou même anticiper des pertes financières et on s'expose ainsi à une dégradation du soin. Nous sommes maintenant dans une logique économique qui se sert du malade au lieu de le servir. On a le sentiment que la priorité n'est plus aux soins. Selon moi, l'un des aspects est celui des coûts marginaux que l'Hôpital n'est pas prêt à assumer. J'ai rencontré des « experts » qui expliquent, par exemple, que supprimer un poste ne dégradera l'exercice global que d'un certain pourcentage, laissant un modèle dont les lacunes sont programmées mais justifiées par l'économie apportée. Tout est dit. Pour revenir à votre question, la problématique de l'urgence focalise l'attention mais en fait, ses praticiens font émerger les questions fondamentales, sans être eux mêmes à l'origine de tous les maux de l'hôpital.

**PHAR-E :** Le flux des patients aux urgences et la charge de travail des médecins urgentistes ne cessent d'augmenter. Or, la création du concept de « médecin urgentiste » dans les années 90, puis l'accroissement de leur nombre au fil des années ne semble pas résoudre l'engorgement et les délais d'attente dans les services d'urgence. Pensez-vous que la multiplication des postes de médecins urgentistes soit une solution au problème ? Ou n'y a-t-il pas une incongruence entre l'expertise de l'urgentiste et les tâches totalement polyvalentes qui lui sont confiées ?

**François Braun :** Nous n'avons pas les chiffres exacts, il nous est donc impossible de comptabiliser le déficit en médecins urgentistes. Nous avons impérativement besoin de ces réponses pour établir une analyse juste et pertinente. Par ailleurs, il faudrait ôter des mains des urgentistes ce qui ne les concerne pas, les sutures simples pour prendre un exemple concret. C'est grâce au transfert de tâches qu'on pourra libérer l'acte intellectuel, et non pas en sautant d'un malade à l'autre en « débitant » parfois entre 20 et 30 patients à l'heure. Dans un premier temps, il faut donc favoriser l'adéquation des effectifs et dans un deuxième temps répartir les



tâches de chacun. Parfois les médecins passent une à deux heures à chercher un lit, il faut gagner du temps médical comme l'indique le rapport Grall. Les urgences ne doivent pas devenir un hôpital dans l'hôpital, il faut à tout prix préserver le lien de l'urgentiste avec son établissement en le recentrant sur son cœur de métier.

**Raphaël Briot :** Plus de médecins urgentistes, oui cela fait partie des solutions. Les services d'urgences sont devenus des « goulots d'étranglements ». Nos confrères généralistes ne sont pas aidés, entre leurs conditions de travail et la permanence des soins ambulatoires qui n'est plus obligatoire depuis 2003, selon l'article 77 du code de déontologie. Leurs secteurs de garde sont trop vastes et leur travail n'est pas valorisé.

Il manque des filières de soins « post-urgence ». Il faut prendre le mal à la racine, ces personnels évoluent dans un enfer quotidien du fait d'une gestion industrielle. Quand le médecin urgentiste est obligé de chercher des lits, ce n'est pas normal, ce n'est pas son travail, la création de « *bed manager* » serait une solution comme le propose encore une fois Jean-Yves Le Grall dans son rapport.

“ Il faut prendre le mal à la racine. Les personnels hospitaliers évoluent au sein d'un enfer quotidien en raison d'une gestion industrielle ”

Raphaël Briot

**Michel Dru :** La médecine d'urgence compte énormément de postes de praticiens hospitaliers vacants et il n'y a pas suffisamment de médecins formés actuelle-

ment. Aujourd'hui, tous les hôpitaux veulent leur service d'urgence, même lorsque le nombre de patients est faible. Il s'agit souvent d'un problème politique local. Les pouvoirs publics savent que certains services d'urgence devraient être fermés la nuit et/ou le week-end en développant des SMUR. Ainsi, l'offre de soins en médecine d'urgence serait repensée sur un territoire de santé donné.

**Pierre Achache :** La stratégie qui consisterait à augmenter encore le nombre de médecins urgentistes (en imaginant qu'ils soient assez nombreux) ne résoudrait pas le problème. Ce serait une fuite en avant et l'étude de l'histoire récente le prouve. Pour accroître leurs effectifs et leur confort, certains services peu regardant ont imposé une logique inflationniste : plus il y avait de malades, plus il fallait de médecins, plus il y avait de médecins, plus il y avait de malades, on tournait en rond. Aujourd'hui, le discours est de dire « *continuez à faire du clientélisme en recevant tous les patients qui se présentent, même les urgences ressenties, relativement rémunératrices et continuez à exercer vos compétences spécifiques d'excellence* ». Nous devons remplir simultanément, des objectifs quantitatifs et qualitatifs. La spirale est infernale. On ne peut pas tout faire, d'autant que les moyens restent, au mieux, constants.

**PHAR-E :** La création d'un DES de médecine d'urgence semble acquise. Pourtant elle peine à être actée. N'est ce pas justement à cause de la difficulté de définir son contenu, et par la même le périmètre de l'urgence et la définition du rôle du médecin urgentiste ?

**François Braun :** Le DES est prêt. La maquette a été validée par le collège et nous sommes dans les « *starting-blocks* ».

Il s'agit d'une spécialité indispensable, tout le monde est d'accord sur ça. C'est la seule solution pour qu'enfin la médecine d'urgence soit vécue comme une « solution » et pas comme un « problème », comme une « ambition » et non comme une « charge ». Le DES est une étape essentielle, surtout lorsqu'on voit qu'actuellement, certains services d'urgence doivent être fermés car ils ne peuvent pas recruter des médecins urgentistes européens, formés à l'urgence, car, en France, la médecine d'urgence n'est pas une spécialité reconnue. On réalise à quel point la situation est aberrante !

**Raphaël Briot :** Non je ne crois pas. La mise en place de cette formation a traîné car, selon moi, il s'agit plus

d'une réforme globale. D'autres spécialités sont concernées. Ce n'est pas une preuve de mauvaise volonté de la part du gouvernement. Il faut reconnaître que l'élaboration d'une telle filière est particulièrement complexe. Le DESC permet déjà de réaliser quatre stages spécifiques de six mois (urgences, SAMU et pédiatrie par exemple). Il serait bon d'étoffer les possibilités des étudiants pour qu'ils aient des compétences plus solides une fois lâchés dans l'arène.

“  
**Les urgentistes sont victimes de leur succès, les gens se disent que les médecins sont plus compétents à l'hôpital...**  
 ”

**Michel Dru**

»  
**Michel Dru :** Les universitaires et les urgentistes de terrain doivent peaufiner le contenu de ce DES. L'urgentiste se trouve confronté aujourd'hui à nombreuses tâches auxquelles il n'est pas préparé, telles la prise en charge des patients postopératoires ou encore la réanimation. L'urgentiste ne doit pas servir à boucher les trous des autres disciplines médicales. Le nombre d'étudiants en médecine et d'internes est en augmentation et beaucoup souhaitent travailler au sein des urgences. Grâce à cette « déferlante » prochaine de nouveaux médecins, chaque spécialité médicale se recentrera sur son cœur de métier, avec si nécessaire, des passerelles correctement organisées.

**Pierre Achache :** Le DES est clairement corrélé à la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle, celle dont la rédaction tarde encore à émerger. C'est vrai qu'il existe un certain flou dans les missions dévolues aux spécialistes de l'urgence. À mon avis, en dehors des situations d'urgence réelle, l'urgentiste n'est qu'un des maillons de la chaîne de santé et il y a sa place. En matière de permanence des soins, il faudrait savoir précisément où s'arrête le rôle du médecin généraliste, où commence celui éventuel de l'urgentiste, et à quel moment le médecin généraliste doit reprendre son rôle après le passage aux urgences. Il faudrait également vérifier si la Médecine d'Urgence n'est pas un moyen de pénétrer plus facilement le monde des autres spécialités, elles-mêmes déjà engluées dans des problèmes extrinsèques, réglementaires ou organisationnels. La Médecine d'urgence actuelle s'inscrit entre un aval, souvent libéral et un amont souvent mixte. Elle ne contrôle ni l'un ni l'autre et reste un vase d'expansion qui fait tampon. Le problème est complexe et le nombre de questions très élevé.

**PHAR-E :** Comment voyez-vous l'avenir des médecins urgentistes ? Peut-on être médecin urgentiste toute sa vie compte tenu de la pénibilité de ce métier ?

**François Braun :** Je pense qu'on peut être urgentiste





toute sa vie, oui. Il faut d'abord distinguer deux types de pénibilités :

- celles qui sont liées à l'exercice médical (le travail de nuit, la permanence les week-end),
- et les pénibilités indues : les urgentistes travaillent en 48h et 60h postées.

Pour que ça fonctionne, l'urgentiste doit pouvoir gérer son temps. Avec la circulaire sur le temps de travail on constate que c'est l'attractivité qui diminue la pénibilité. Nos collègues américains ont 4 shifts soit 32 heures postées par semaine et le reste du temps, ils peuvent se consacrer à la recherche ou à l'enseignement. Certains médecins urgentistes ont déjà 60 ans ce qui prouve que l'on peut exercer ce métier toute sa vie, à condition de travailler dans un environnement satisfaisant. Il ne faut pas perdre de vue le fait que les urgentistes ont les mêmes devoirs et les mêmes droits que les autres médecins.

**Raphaël Briot :** C'est une véritable question et dire qu'on ne pourrait pas être urgentiste toute sa vie serait une mauvaise réponse. Depuis les années 90, certains ne font que ça donc c'est évidemment possible. Il est impossible de travailler toute sa vie un weekend sur deux, deux ou trois nuits par semaine. Il faut travailler sur cette pénibilité qui peut être allégée. Des solutions qui rendraient cette activité moins pénible. Le temps de travail ne peut pas être comptabilisé de la même façon et en favorisant les passerelles l'évolution du métier d'urgentiste poserait certainement moins de problèmes.

**Michel Dru :** En médecine, l'encadrement des jeunes par les anciens, ce que l'on appelle le compagnonnage, fait partie des missions des praticiens plus âgés. Néanmoins, il est inhumain de demander à un collègue de 60 ans d'assurer 6 gardes par mois bien que, pour

des raisons démographiques, de nombreux praticiens, comme les anesthésistes-réanimateurs, soient forcés de les assurer. Nous assistons, de plus, à une évolution sociétale évidente : les jeunes médecins veulent du temps pour leur vie personnelle. Enfin, n'oublions pas la féminisation de la profession. Je crois qu'arrivés à un certain âge et peut-être sans attendre un âge avancé, ils s'écarteront de la médecine d'urgence (spécialité médicale épuisante du fait des gardes et de l'activité soutenue) pour autre chose. Je vois l'avenir des médecins urgentistes avec des temps partiels et le reste du temps sera rempli par leur vie familiale et/ou ils se tourneront vers d'autres exercices : la médecine humanitaire ou libérale...

**Pierre Achache :** Dans les conditions actuelles d'exercice, il sera très dur pour les médecins urgentistes de persister dans cette voie jusqu'à la fin de leur carrière. On voit bien que nos jeunes collègues sont un peu effrayés et qu'ils ont déjà intégré le fait qu'ils n'exerceront probablement pas cette spécialité toute leur vie. Ne pourrions-nous pas envisager, qu'à l'avenir, les urgentistes puissent bénéficier de passerelles intéressantes, leur permettant d'évoluer plus sereinement ? Si les urgentistes continuent à être isolés et épuisés, et si la pénibilité continue à ne pas être reconnue ou mal gérée, il sera de plus en plus difficile de susciter des vocations. Dans un schéma idéal, les jeunes médecins qui choisiraient les urgences devraient pouvoir dire « j'ai une perspective de réorientation et je peux trouver une porte de sortie quand je le souhaiterai, donc je peux me consacrer à fond à la Médecine d'Urgence ».

Il est évidemment difficile de commencer une carrière en envisageant la fin mais le problème doit être rapidement posé afin de pouvoir disposer d'un temps pour y répondre. Nous devons tout mettre en œuvre pour pouvoir rassurer nos futurs collègues car la pénibilité de notre genre de carrière en fait s'écarter quelques un, c'est certain.

**Pierre Achache**

“  
On a le sentiment qu'à  
l'hôpital la priorité  
n'est plus aux soins !

” Il est évidemment difficile de commencer une carrière en envisageant la fin mais le problème doit être rapidement posé afin de pouvoir disposer d'un temps pour y répondre. Nous devons tout mettre en œuvre pour pouvoir rassurer nos futurs collègues car la pénibilité de notre genre de carrière en fait s'écarter quelques un, c'est certain.

**PHAR-E :** Indubitablement, hormis les urgentistes, les urgences concernent nombre de médecins de différentes spécialités dans un hôpital. Ne doivent-ils pas à la fois participer à l'accueil des urgences et bénéficier des mêmes avancées réglementaires ?

**François Braun :** Les différents spécialistes doivent assumer leurs urgences et en assurer l'accueil également. En revanche, il ne faut pas tout mélanger, chaque métier est différent. Concernant la filière cardio-vasculaire, on remarque que ça marche très

bien et que le travail est fluide. L'hôpital doit être concentré sur l'activité programmée car pour l'instant les différentes disciplines sont en compétition alors qu'elles devraient être complémentaires. Il faut que tous les acteurs des urgences se mettent autour de la table pour discuter justement de la complémentarité du territoire de santé.

**Raphaël Briot :** Oui tout à fait, c'est d'ailleurs un sujet qui revient souvent dans les discussions. Les lignes de gardes alimentées par d'autres spécialités permettraient aux jeunes médecins de s'inspirer d'un certain savoir faire. Pour un rhumatologue par exemple, il sera plus difficile d'avoir certains réflexes dans un service d'urgence ce qui est normal. Les derniers protocoles en matière de transfert de compétences sont très intéressants. Ils vont permettre de fluidifier la machine même si tout ça aura un coût.

**Michel Dru :** Oui cela semble évident. La gestion de l'accueil pourrait permettre à tout le monde de prendre la mesure de ce que sont réellement les urgences au quotidien, chacun pourrait apporter sa pierre à l'édifice. Selon moi, il faut garder le socle commun que nous connaissons déjà, tout le monde doit bénéficier des mêmes avancées statutaires. Par ailleurs, il faudrait pren-

dre des mesures particulières pour ceux qui font des gardes. Il faut donc essayer de ne pas creuser un fossé entre les différentes spécialités et les différents types de médecins.

**Pierre Achache :** Il paraît évident que tous ceux qui participent à la médecine d'urgence doivent avoir les mêmes compensations. Je ne vois pas de raisons à ce que les spécialités limitrophes soient exclues des perspectives qui semblent se profiler pour les urgentistes. Cependant, nous vivons encore avec le concept d'une unicité de statut pour tous les praticiens dans toutes les spécialités. Ne pourrions nous pas nous interroger sur l'éventuelle obsolescence de cette notion alors qu'on ne trouve plus personne pour discuter la pénibilité de la Médecine d'Urgence ? Il faudrait peut-être pouvoir réfléchir sur ce dogme qui n'est finalement que pseudo-égalitaire. Cette sorte de nivellement par le bas me paraît aujourd'hui mal défendable. L'enjeu est celui de l'attractivité des carrières, sujet majeur, déjà sensible et en cours de discussion par ailleurs. C'est un peu notre avenir qui se joue là.

*Propos recueillis par Saveria Sargentini*

## Appel à candidatures pour le renouvellement du conseil d'administration du SNPHAR-E lors de l'AG du 15 janvier 2016 au grand amphithéâtre de l'HEGP, Paris.

Comme pour les années précédentes, les élections se dérouleront par voie électronique du 4 décembre 2015 au 15 janvier 2016 (14H30) jour de l'assemblée générale qui se tiendra au grand amphithéâtre de l'hôpital Georges Pompidou, Paris 15e.

Les membres sortants sont : Veronique Agaesse, Raphael Briot, Nathalie Cros-Terraux, Patrick Dassier, Michel Dru, Jean Garric, Pascal Menestret, Nicole Smolski

Pour faire acte de candidature au Conseil d'Administration, il est nécessaire d'être à jour de sa cotisation syndicale depuis les 3 dernières années (2013,2014 et 2015).

Les candidatures doivent être adressées au format word (1 page maximum avec photo) au plus tard **le 27 novembre 2015 (minuit)** à : Véronique Agaesse CHU - Centre Saint Victor, Service d'Anesthésie Réanimation - 354 Boulevard Beauvillé 80054 Amiens cedex 1  
veronique.agaesse@snphar.fr

## Analyse du « rapport Grall » sur la territorialisation des urgences

(remis par Jean-Yves Grall à Marisol Touraine en juillet 2015)

La première partie du rapport est consacrée à l'historique et à l'évolution du métier d'urgentiste. En 1993, le rapport Steg déplorait la sous-médicalisation des urgences où les patients n'étaient souvent pris en charge que par des internes, ce qui était source d'erreurs diagnostiques, thérapeutiques et d'hospitalisations excessives. La séniorisation des services d'urgence était une préconisation forte de ce rapport Steg ainsi que la catégorisation des services d'accueil soit en SAU, soit en Antennes d'Accueil et d'Orientation (ANACOR) selon le niveau de leur plateau technique. Il y a vingt ans déjà Adolphe Steg appelait de ses vœux une réintégration du médecin généraliste dans la chaîne de l'urgence !

Le deuxième volet du rapport Grall analyse la situation actuelle des urgences. Il note des avancées comme la création de nombreux postes de PH, le développement de formations spécifiques (CMU, DESC ... et futur DES) et l'émergence d'une filière hospitalo-universitaire de médecine d'urgence. Il souligne l'efficacité des filières d'urgence vitale. Les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) essayent de délivrer de manière rationnelle les autorisations d'implantation de services d'urgences, mais Jean-Yves Grall déplore l'abandon (depuis 2006) de la distinction entre SAU et ANACOR pour ne conserver que l'appellation générique de « services d'urgences ».

Surtout, le rapport constate l'accroissement du déséquilibre entre l'afflux de passages aux urgences et l'érosion de la permanence des soins ambulatoires assurée par le secteur libéral et ce malgré le développement d'associations de médecins généralistes type « SOS médecins ». Le rapport s'appuie sur les résultats de l'enquête de 2013 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) qui montrait que le nombre de passages aux urgences a explosé en vingt ans (18 millions de passages par an en 2013 alors qu'il n'était « que » de 7 millions par an en 1993). Seules 10 % sont des urgences graves et 5 % des urgences vitales. Le nombre de patients qui restent hospitalisés à l'issue de leur passage aux urgences n'est que de 20 %. Ce taux est stable depuis 20 ans mais il représente en valeur absolue (rapportée aux 18 millions de passages annuels) un nombre colossal de lits d'hospitalisation à trouver en aval des urgences. Concernant la territorialisation et le dogme des « 30 minutes », le rapport considère que les zones urbaines ont surtout besoin d'organisation et de lisibilité dans l'offre de soins. Les zones rurales ont, quant à elles, de réels déficits de ressources médicales amenant les hôpitaux à « des dépenses inconsidérées d'intérimaires aux rémunérations parfois exorbitantes ». Le rapport souligne l'affaiblissement de la permanence des soins ambulatoires avec une érosion du volontariat et une déresponsabilisation de facto de la médecine libérale. Il constate aussi le cercle vicieux de démotivation des médecins urgentistes hospitaliers soumis à une gestion « industrielle de situations intriquées dont le rapport avec l'urgence est le plus souvent très ténu ».

La dernière partie du rapport énonce une série de propositions. Il suggère la création d'un réseau territorial de soins non programmés dont le périmètre, les attributions et les moyens sont assez

vagues. Il propose de créer une lettre clé « Acte non programmé » pour les libéraux et de favoriser l'usage des transports sanitaires (notamment les transports infirmiers inter-hospitaliers) au sein de ce réseau. Les horaires d'ouverture des maisons médicales de garde devraient être élargis en journée et une filière de petite traumatologie (35 % à 40 % des passages aux urgences) pourrait être créée. Un retour à une hiérarchisation des structures d'urgences en trois catégories (services d'urgences ; antennes d'urgences ; centres de soins non programmés) est proposée. Pour optimiser la ressource médicale les propositions du rapport sont plus précises. La recherche de lits d'aval pourrait être confiée à des « *beds managers* » issus des soins infirmiers. Le recours aux médecins généralistes en régulation pourrait être accru pour recentrer les urgentistes sur l'activité d'aide médicale urgente. L'exercice médical d'urgentistes en réanimation ou en soins intensifs pourrait être restreint afin d'accroître leur présence dans les services d'urgence. Il est surtout proposé la création d'équipes médicales de territoire au sein des futurs Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT), quitte à modifier le statut de PH pour permettre la nomination de ces praticiens, non pas sur un hôpital, mais sur un GHT.

### NOTRE ANALYSE :

Les services d'urgences n'étant que le goulot d'étranglement d'une filière de soins « non programmés » défaillante dans sa globalité, il est regrettable que le rapport Grall n'ait pas mieux abordé les difficultés en amont et en aval des urgences.

Beaucoup de facteurs contribuent au désengagement des libéraux. En 2003 le code de déontologie a été modifié (notamment son article 77 sur la permanence des soins) et les médecins de ville ne satisfont désormais leur devoir de permanence des soins que « sur la base du volontariat et de la confraternité ». Les secteurs de garde à couvrir sont concentrés en territoires de plus en plus vastes obligeant de grands déplacements. Dans de nombreux secteurs, il n'y a qu'une maison médicale de garde sans possibilité de visite à domicile. La « nuit profonde » (au-delà de minuit) n'est plus reconnue par les ARS (donc pas indemnisée) dans la plupart des secteurs de garde. Le rapport aurait pu formuler plus explicitement des propositions de relance de l'organisation collective des cabinets libéraux pour un meilleur maillage territorial de la permanence des soins.

En aval des urgences, les lits disponibles pour l'hospitalisation inopinée de patients des urgences sont de plus en plus rares à cause de la logique T2A et sa course au « taux d'occupation » maximal. Là encore, le rapport Grall aurait pu proposer, par exemple, un nombre minimum de lits d'aval spécifiquement dédiés à un service d'urgence.

Au final, avec ses propositions principalement axées sur « l'optimisation des ressources » et la mutualisation d'urgentistes hospitaliers via les GHT, le rapport Grall n'offre qu'une vision assez étroite de la territorialisation des urgences. Si les collaborations entre équipes peuvent être intéressantes, l'éparpillement des praticiens et le partage de la misère démographique ne constitue guère une solution d'avenir, ni pour la médecine d'urgence, ni pour les autres spécialités.

Raphaël Briot, Administrateur du SNPHAR-E  
et de l'intersyndicale Avenir Hospitalier

# Transfert des compétences ou coopération professionnelle ?

Depuis le début de ce siècle, sous l'impulsion de facteurs économiques, sociétaux et démographiques médicaux quantitatifs et aussi géographiques, la médecine et son organisation se trouvent dans l'obligation d'évoluer pour toujours répondre à ses objectifs princeps, à savoir soigner la population en garantissant un égal accès à des soins de qualité dans des conditions sécuritaires idéales.

## L'INTERDISCIPLINARITÉ DES PRISES EN CHARGE SANITAIRE PRÉCONISÉE DÈS 2002

Déjà en 2002, les articles L.6321-1 et 6321-2 de la Loi 2002-203 créaient les réseaux de santé dont l'un des buts était de favoriser l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires. Leurs champs d'application concernent aussi bien l'éducation à la santé, la prévention, le diagnostic que la réalisation des soins. Parallèlement, toujours en 2002, le Professeur BERLAND se voyait confier par le ministère de la Santé une mission sur la démographie des professions de santé qui conclut devant la diminution significative du nombre de médecins à la nécessité de redéfinir les différents niveaux d'intervention des diverses professions de santé, pour une utilisation optimale des compétences.

En 2003, ce même auteur remettait un nouveau rapport qui s'inscrivait dans le prolongement du précédent et consistait en une analyse des éventuelles opportunités de coopération professionnelles. Le Professeur BERLAND précise bien que « *la proposition de délégation de compétences n'a pas pour seul objectif de résoudre à terme des problèmes de densité médicale. Elle est également sous-tendue par le souci de conserver une qualité de soins dans notre pays et certainement de l'améliorer par une plus grande disponibilité des médecins pour les tâches et activités qui le nécessitent* ».

Dès 2003, la Ministre de la santé demande une expérimentation des transferts de compétences. Étant donné le caractère dérogatoire de ces actes ou organisations par rapport à la réglementation actuelle, ceci a été sous-tendu par l'article 131 de la loi du 09 août 2004 qui autorise « par dérogation » des expérimentations relatives à la coopération des professionnels de santé et aux possibilités de transfert de compétences entre professions médicales et d'autres professions de santé dont les modalités (nature et liste des actes, durées et lieux de conditions de mise en

œuvre, modalités d'évaluation) seront fixées par plusieurs arrêtés. Un premier arrêté en 2004 autorise ainsi cinq expérimentations, et un deuxième, en 2006, dix nouveaux projets.

Un rapport d'évaluation en 2006 conclut à la faisabilité, en toute sécurité pour les patients, dans les domaines concernés ; cela rejoint les données de la littérature anglo-saxonne (Angleterre, USA, Canada). La Haute Autorité de Santé (HAS) se voit, quant à elle, confier la mission d'évaluation de ces expérimentations et d'élaboration de recommandations dans le domaine de coopérations entre professionnels de santé allant jusqu'aux principes de généralisation de ces expérimentations et aussi jusqu'à l'extension du champ de compétences de certains professionnels de santé du fait de ces actes dérogatoires à leurs décrets de compétences.

Selon Yvon BERLAND, il ne s'agirait pas forcément de créer de nouveaux métiers (les fameuses professions intermédiaires), mais de diversifier les niveaux de

### Les objectifs affichés et avoués de ces expérimentations de transfert de compétence sont :

- Dégager du temps médical en permettant à d'autres professionnels d'effectuer certaines tâches dont ils possèderaient ou auraient acquis les compétences ;
- Prendre en compte les évolutions des technologies médicales, c'est-à-dire en partageant avec d'autres professionnels de santé non médicaux, bien formés, la réalisation d'actes jusque-là réservés au corps médical ;
- Améliorer la prise en charge des patients tant en termes d'accès (orientation, délais) qu'en termes de continuité ou de coordination des soins ;
- Valoriser ou donner des perspectives de parcours professionnels aux paramédicaux qui évoluent dans un cadre contraint réglementaire.

formation des métiers existants. Il s'agit donc de faire évoluer les professionnels médicaux et les professionnels paramédicaux vers une meilleure complémentarité.

On peut distinguer quatre types d'expérimentation :

- ① **La délégation d'actes à visée diagnostique.** La délégation porte sur la réalisation de ceux-ci mais jamais sur l'interprétation strictement réservée au médecin.
- ② **La mise en œuvre de pratiques collaboratives dédiées.** Le médecin confie au paramédical un rôle spécifique dans la prise en charge en équipe, mais un rôle appartenant au champ de compétence de l'intéressé. Celui-ci intervient sur prescription médicale et rend compte au médecin. Il intervient dans une chaîne de soins pour l'accompagnement et le suivi du patient.
- ③ **La délégation d'actes ou de pratiques techniques à visée thérapeutique sur protocole.** La réalisation se fait toujours sous le contrôle et la responsabilité du médecin : il peut et doit intervenir à tout moment.
- ④ **La mise en œuvre de pratiques collaboratives intégrées.** La pratique collaborative, sans exclure la possibilité de délégation d'actes, révèle une évolution dans la conception de la prise en charge du patient, ainsi que dans les modalités de coopération entre les professionnels qui en découlent, et s'inscrit dans une vision organisationnelle différente, plus proche d'un modèle transversal que hiérarchique. La notion « client-fournisseur » domine par rapport à la notion « déléguant-déléguataire ». Le déléguataire devient, en quelque sorte, autonome, mais le médecin reste le superviseur.

Ainsi, ces expérimentations relèvent de deux logiques :

- **Une logique adaptative** : adapter l'existant aux évolutions de l'environnement en gardant le même cadre de référence. Le processus de généralisation ou d'extension sera ici beaucoup plus facile.
- **Une logique transformative**, visant à faire évoluer les modèles organisationnels dominants. Cette dernière logique appelle à faire évoluer les frontières identitaires et culturelles entre médecins et non-médecins, ville et hôpital, médical, médico-social et social. L'organisation territoriale de santé peut être l'occasion de faire évoluer la répartition des tâches entre médecins et non médecins.

Déjà en 2006, à l'issue des cinq premières expérimentations, l'Observatoire National des Professions de Santé (ONDPS) concluait que « *tous les projets pré-*

*sentés montrent qu'il est possible pour des professionnels paramédicaux de réaliser des actes médicaux sans danger pour les patients, au prix d'une réorganisation des processus de travail et d'une étroite collaboration avec les médecins.* » Quant à l'HAS, en 2010, elle confirmait, à la suite de l'analyse des dix suivantes, qu'il était possible de modifier la répartition des interventions des différents professionnels de santé dans des conditions satisfaisantes de qualité et de sécurité pour les patients. C'était la porte ouverte à la mise en œuvre de nouvelles formes de collaboration entre professionnels de santé. Sans pour autant aboutir à une révision totale, réglementaire, de l'organisation des professions de santé tant du point de vue de leur formation initiale, de leur cadre juridique et de leurs conditions d'exercice, le Gouvernement a choisi d'autoriser une adaptation conjoncturelle du cadre juridique pour permettre l'émergence de nouvelles pratiques sans remettre en cause le cadre général actuel. L'article 51 de la loi 2009-879, dite loi HPST, crée ainsi trois articles dans le code de la santé publique (articles L.4011-1, L.4011-2 et L.4011-3) dont l'objet est de permettre aux professionnels de santé de s'engager dans une démarche de coopération ayant pour objet de transférer, entre eux, des activités, des actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès des patients. Cependant, comme le souligne le rapport HENNARD (2011), au fur et à mesure de la généralisation de ces protocoles sur le territoire national, ceci aboutira à terme à une nouvelle répartition des tâches qui induira obligatoirement un nouveau contour des métiers avec obligation de réajustement des formations et des qualifications ... L'évolution se fera par l'exemple ou les exemples !

### Déroulement du cadre dérogatoire :

- Les promoteurs soumettent leur projet à l'agence régionale de santé (ARS), laquelle vérifie que les protocoles répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional.
- Dans un second temps, les protocoles retenus par l'ARS sont adressés à la HAS pour être analysés, au regard de critères qui doivent être précisés par arrêté (arrêté du 31/12/2009) : assurance de la réelle volonté de coopérer des différents acteurs, garantie assurantielle, réalité de l'expérience des promoteurs dans le domaine concerné.
- Finalement, le directeur général de l'ARS autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis conforme de la HAS et qui précise la durée du protocole.

L'HAS, seule initialement, peut étendre ces protocoles, après évaluation, à tout le territoire national, ces derniers devant être ensuite intégrés dans la formation initiale et le développement professionnel continu.

## EN 2013, L'ARTICLE 35 DE LA LOI 2013-1203 A INTRODUIT RÉGLEMENTAIREMENT LA NÉCESSITÉ DE PROJET ÉCONOMIQUE DU PROTOCOLE ET L'INSERTION D'UN COLLÈGE DE FINANCEURS

C'est ainsi que sont rédigés les articles L.4011-2-1, L.4011-2-2 et L.4011-2-3, modification des articles L.4011-1, L.4011-2, complétées par le décret n°2014-919 créant l'article D.41012-1 du CSP, l'arrêté du 23/10/2014 modifiant l'arrêté du 31/12/2009. Non pas que la dimension économique n'existait pas avant, tout protocole devant évaluer l'impact économique et son coût donc son efficacité ; l'intérêt ici étant de pouvoir bénéficier de financement dérogatoire. Ce collège de financeurs est composé de quatre personnes : le directeur de la sécurité sociale, le directeur général de l'offre de soins, le directeur de la santé, le directeur de l'union des caisses de l'assurance maladie. Il donne son avis à l'HAS d'un point de vue économique tant à l'adoption initiale du protocole, qu'à son renouvellement ou sa pérennisation. Quant à l'extension à tout le territoire national par l'HAS, le collège des financeurs doit donner un avis favorable déjà au maintien.

L'autre modification importante apportée par la loi de 2013 est le retrait de l'obligation d'intégration dans la formation initiale et le développement professionnel continu en cas de l'extension à tout le territoire ; si une autre équipe désire adopter un tel protocole, il lui suffit simplement de signaler son adhésion à l'ARS. Cependant, le collège des financeurs peut donner un avis à titre définitif par une inscription des actes sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, ce qui impactera à terme la formation initiale et continue. Enfin, il existe maintenant une obligation pour le directeur de l'ARS à prévenir les ordres régionaux des professions de santé concernées de même que les unions professionnelles de l'autorisation du protocole.

Le cadre réglementaire est donc posé. Il appelle plusieurs réflexions et précisions :

- Il s'agit donc d'apporter un cadre ou une sécurité juridique à de nouvelles pratiques sortant des champs de compétences des professions de santé concernées. Nous sommes donc encore dans une phase expérimentale qui dans certains cas pourra déboucher sur une évolution des métiers.
- Tous les projets sont et restent à l'initiative des

équipes médicales et ont une durée limitée. Certes, ils peuvent être renouvelés, et seulement certains pérennisés. Il semble donc qu'il soit hors de question d'imposer quoi que ce soit à l'ensemble des professionnels de santé, en dehors des actes inscrits par le collège des financeurs. Les idées doivent faire leur chemin et aboutir à l'adhésion de tous. L'HAS, par son rôle dans l'extension ou la généralisation de ces nouvelles pratiques, assurera ce rôle de communicant. Les DG ARS pourront seulement faire appel de projets. Mais ne soyons pas dupes, l'existence de ces projets peut servir de moyen de pression en d'autres endroits par l'application de la théorie du donnant-donnant ...

- Ils sont tous fortement dépendants des conditions locales environnementales, et répondent plus à un besoin locorégional de santé qu'à un besoin national. Par conséquent, ils ne sont pas forcément nécessaires, utiles ou applicables dans d'autres régions. Par ailleurs, ces conditions environnementales sont aussi appelées à évoluer, pouvant rendre caduque de tels protocoles ; qu'en sera-t-il alors des personnels formés ?
- De plus, ils nécessitent une adhésion nette, franche de tous les acteurs à un point tel que les recommandations de l'HAS demandent un engagement écrit de tous les acteurs de santé concernés avec le promoteur.
- Quant à l'efficacité, l'introduction d'un collège des financeurs montre bien que le facteur économique domine.

Cependant il est accepté que la « rentabilité » ne peut être immédiate étant donné entre autres les besoins de formation des personnels. Ceci sous-entend aussi que les ARS pourraient financer ces projets en partie. Le collège des financeurs a aussi son rôle à jouer en permettant une non-dévalorisation d'un acte technique effectué par un paramédical en l'attribuant simplement à l'équipe et non à l'individu.

Pour l'HAS, ce qui doit primer, c'est le maintien ou l'amélioration de la qualité des soins.

- Les critères d'acceptation par le DG ARS, par l'HAS et par le collège des financeurs ne sont pas clairement exprimés. Évidemment que l'efficacité et la qualité des soins priment. Mais y a-t-il une consultation des sociétés savantes, des conseils nationaux professionnels, d'experts dans la pathologie concernée ? De quelles garanties scientifiques s'entourent l'acceptation de tels protocoles, entre autres quant à l'évaluation a priori des risques pour les patients ?
- Le fait que les professionnels de santé régionaux ne soient seulement qu'avertis de la réalisation de

tels protocoles et non consultés signifient bien que le DGARS, l'HAS et le collège des financeurs se situent à un niveau supérieur au-delà des critiques ou des craintes de professionnels de terrain.

- De quelle formation complémentaire adaptée doivent bénéficier les professionnels paramédicaux ? Pour l'HAS, certainement d'une formation théorique, mais aussi d'une formation pratique par « imprégnation », par compagnonnage. Quel avenir pour ces personnels en cas de mutation, si cette formation n'est pas sanctionnée par un titre ou diplôme ? Le risque étant que ce compagnonnage ampute celui réalisé par les médecins auprès des internes. Pour preuve, le nombre d'accrochages existant pour poser une Carlens entre élèves IADE et DESAR dans les blocs de chirurgie thoracique.
- C'est le médecin qui reste responsable quel que soit le type de protocole ou d'expérimentation. Il est étonnant que ce soit lui qui doive apporter la garantie assurantielle ! Il aurait été plus logique qu'à ce stade, ce soit les tutelles qui garantissent le risque. Sinon c'est un contrat de dupes : en schématisant, vous proposez de faire quelque chose d'illégal, pour le bien national à une autorité qui accepte ce fait, mais en cas d'erreur c'est vous qui plongez, seul. Bonjour la solidarité !

### EN DEHORS DE LA VALORISATION PRATIQUE DE LEUR EXERCICE, LA RÉMUNÉRATION DE CES PROFESSIONNELS DE SANTÉ QUI ACCEPTENT DE FAIRE PLUS QUE LEUR CADRE DE RÉFÉRENCE INTERROGE.

Il ne s'agit pas de charger leur barque pour le même salaire, et on voit bien qu'à terme, les adhésions à ces protocoles progressant en raison de l'aggravation des conditions locales d'exercice, se posera le problème des professions intermédiaires, ce qui sous-entend qu'à terme il devra y avoir aussi un impact sur la formation initiale et continue.

Pour l'instant un certain nombre d'équipes ont proposé des protocoles. Sur le site des coopérations entre professionnels de santé (<https://coopps.ars.sante.fr>), il y a actuellement 253 protocoles autorisés, répondant à 43 protocoles princeps qui ont donc été étendus avec adhésion d'équipes d'autres régions (voir répartition tableau ci-contre).

Pour les nouveaux protocoles en cours de validation, seulement 14 seraient refusés, soit à peu près 10 % de l'effectif concerné. La grande majorité de ces protocoles s'appliquent dans les établissements de santé publics.

Acte technique avec prescription médicale	24
Prescription médicale, renouvellement d'ordonnance, adaptation posologique	31
Interprétation d'examens complémentaires	34
Prescription d'examen complémentaires	41
Suivi patient	43
Établissement d'un diagnostic	43
Autres	69
Acte sans prescription médicale	63

À bien y regarder, ces protocoles sont loin de mettre à mal l'autorité, l'autonomie et la décision médicales ; de ce fait, le médecin supervise le protocole, il valide l'acte s'il y a lieu et il doit être présent (astreinte) en cas de problème éventuel. À partir du moment où les protocoles sont bien établis et suivis rigoureusement, cela reste possible sans mettre à mal la sécurité des patients. La confiance des médecins est fondée sur la reconnaissance des compétences avérées des paramédicaux qui ont suivi une formation, et non sur des relations interpersonnelles comme cela existait préalablement. Certains actes n'étaient délégués qu'à certains en fonction des ententes existant avec le déléguant. Maintenant il s'agit beaucoup plus d'une réelle collaboration où chacun joue son rôle et garde son rang à condition que les compétences et la professionnalisation de tous soient bien reconnues. Cependant, il existe des réticences, liées aux médecins devant la diminution de leur volume d'activité (surtout les libéraux), devant le transfert d'éléments diagnostiques et thérapeutiques avec les problèmes de responsabilité que cela engendre, ou liées aux paramédicaux devant l'absence de revalorisation certaine, également devant les problèmes de responsabilité qui existent aussi à ce niveau.

### EN CE QUI CONCERNE L'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION, QUATRE PROTOCOLES ONT ÉTÉ PROPOSÉS À CE JOUR

- « Transfert de compétences : pose de voie veineuse centrale par une IDE », autorisé depuis le 21/10/2013 par l'ARS Rhône-Alpes.
- « Consultation de pré-anesthésie conduite par une IADE », en cours de validation par l'ARS d'Ile de France (dépôt du dossier en décembre 2013, dossier qui reste à compléter)
- « Réalisation par l'IADE des blocs nerveux analgésiques du membre inférieur sous échographie dans la chirurgie du genou, de la hanche et de la liga-

mentoplastie du genou dans le cadre de la prise en charge de la douleur » en cours de validation par l'ARS PACA (dépôt du dossier en juillet 2014)

- « Anesthésie locorégionale : perfusion d'anesthésiques locaux à domicile en sortie de chirurgie ambulatoire. » en cours de validation par l'ARS PACA (dépôt du dossier en novembre 2014, dossier à compléter en juin 2015).

## UNE ARS « OUBLIE » DE CONSULTER LES ANESTHÉSISTES À PROPOS D'UN PROTOCOLE SUR LES CONSULTATIONS PRÉ-ANESTHÉSISTIQUES CONDUITES PAR DES IADE

Le protocole « Consultation de pré-anesthésie conduite par une IADE » a été paradoxalement proposé dans les objectifs annuels de l'ARS de Lorraine, sans qu'aucun médecin anesthésiste-réanimateur (MAR) lorrain n'ait été au courant. Dire que cela a entraîné un tollé de leur part est un euphémisme. En effet, il a surpris pour plusieurs raisons :

- Aucun MAR lorrain n'était à l'origine de ce protocole. Dire que l'ARS de Lorraine voulait forcer la main, c'est fort possible.
- Surtout, aucun n'a vu le besoin régional de santé nécessaire à ce protocole : les délais de consultation préanesthésique sont en rapport avec les dates d'intervention, et il n'existe pas d'attente. Si c'est pour un problème démographique médical, la population IADE est encore plus en difficulté que celle des MAR. Ces derniers préfèrent les voir au bloc opératoire plutôt qu'en dehors.
- Par ailleurs, outre l'absence de précision dans la supervision médicale de ce protocole, l'absence de précision sur la formation nécessaire des IADE à cette tâche, il semble que du fait de leur dizaine d'années d'études médicales, seuls les MAR soient aptes à apprécier le risque anesthésique qui repose sur un raisonnement physiopathologique alliant les antécédents du patient et le retentissement éventuel de la chirurgie envisagée.

**Ce projet de protocole, apparaissant comme une mauvaise réponse à une éventuelle bonne question, a été retiré des objectifs de l'ARS de Lorraine.**

Ainsi, le transfert des compétences apparaît plus comme une pratique collaborative, même s'il peut exister certaines délégations d'actes qui sont toujours encadrées et protocolisées. Cette pratique collaborative complémentaire repose sur une reconnaissance réelle des compétences des professions paramédicales avérées, ou acquises pour certaines, tant

dans leur dimension professionnelle qu'humaine et sur le comportement des acteurs concernés (savoir, savoir-faire, savoir être). Elle nécessite une pleine adhésion de tous les acteurs concernés. Elle ne peut qu'aboutir à l'émergence de nouvelles organisations de prise en charge des patients où le rôle de chacun, complémentaire des autres, serait décrit avec précision, et avec pour objectifs essentiels (HAS – Guide méthodologique) :

- L'amélioration de l'accès au soin en augmentant le volume d'activité et réduire ainsi les listes d'attente ;
- L'augmentation la qualité des soins afin d'éviter des complications ;
- Donner une légitimité et un cadre juridique à des pratiques professionnelles existantes ;
- L'amélioration de la gestion des ressources humaines (ouvrir des perspectives d'évolution de carrière, faciliter le recrutement, conserver des postes) ou des conditions de travail ;
- Dégager du temps médical en recentrant les interventions des médecins sur certaines activités.

Ces nouvelles organisations peuvent apparaître comme une segmentation de l'acte médical, voire un genre de taylorisation que nos directeurs et nos tutelles seraient bien tentés de nous imposer. L'initiative doit rester médicale, et plus exactement à l'équipe médicale, tout comme la réalisation et le suivi. L'adhésion doit être constamment recherchée pour pouvoir durer. Enfin le risque de créer des professions sur-exploitées existe, la question des professions intermédiaires ou de la reconnaissance de participation à de telles organisations et pratiques doit être posée.

**Le cadre réglementaire permettant la définition et la réalisation de ces protocoles, choisi par le Gouvernement, est original, car il permet l'improvisation et l'initiative. Mais il encadre sans trop encadrer, et soutient sans trop soutenir avec une dimension économique prégnante. Ce ne doit être qu'une étape.**

*Jean Garric, Administrateur du SNPHAR-E*



## Le médecin, acteur de la fin de vie ?

Depuis 2005, les droits des patients et de leurs proches ainsi que l'obligation de collégialité, sont venus rappeler les principes remontant à la médecine hippocratique et les inscrire dans une loi. Loin de nous contraindre, cette loi clarifiait les termes en mettant l'accent sur le caractère déraisonnable d'un soin qu'il devenait illégal d'entreprendre, soit parce que le groupe soignant l'avait décrit comme tel, soit parce que le malade ou sa personne de confiance ne souhaitait pas recevoir ce soin.

Tous les médecins sont confrontés à la fin de vie, enfin presque ; quelques spécialités médicales y échappent. Mais nous partageons tous un point commun : les études médicales ne nous y préparent pas. Pourtant, les activités dites de soins critiques exposent ses praticiens très fréquemment. L'anesthésiste-réanimateur, particulièrement celui qui exerçait en réanimation, se formait par nécessité, au fil du temps et du compagnonnage. Un encadrement légal de la fin de vie est venu clore une période où les médecins prenaient des décisions à la hauteur de leur seule expérience ou autorité morale. Depuis 2005, les droits des patients et de leurs proches ainsi que l'obligation de collégialité, sont venus rappeler les principes remontant à la médecine hippocratique et les inscrire dans une loi. Loin de nous contraindre, cette loi clarifiait les termes en mettant l'accent sur le caractère déraisonnable d'un soin qu'il devenait illégal d'entreprendre, soit parce que le groupe soignant l'avait décrit comme tel, soit que le malade ou sa personne de confiance ne souhaitait pas recevoir ce soin.

**RÉGIR LA FIN DE VIE EN LÉGIFÉRANT  
UNIQUEMENT SUR LES « DERNIERS »  
SOINS APPORTÉS AU PATIENT RÉVÈLE UNE  
FAILLE, CELLE D'UNE INCAPACITÉ À  
AVOUE LA POSSIBILITÉ D'UN L'ÉCHEC DU  
TRAITEMENT EN AMONT.**

Une remarque s'impose. La loi sur la fin de vie de 2005, si elle constituait une avancée considérable, en définissant un soin déraisonnable comme un soin entrepris dans le but de prolonger la vie, sans espoir de réversibilité, focalisait cette définition sur les derniers soins apportés au patient, ceux qui précèdent la mort. Mais

n'est-il pas tout aussi déraisonnable d'entreprendre sans réserve, des thérapeutiques agressives et coûteuses au seul motif inavoué de repousser le moment où l'on devra reconnaître son impuissance au malade ? Faute d'une relation initiale véritablement contractualisée entre

“ Faute d'une relation initiale véritablement contractualisée entre le thérapeute et le patient, le malade se retrouve en soins critiques sans que l'éventualité de la mort ait été évoquée. ”

le thérapeute et le patient – « votre maladie est grave, on tente cela, mais si l'on échoue que souhaitez-vous ? » -, les thérapeutiques se succèdent, les « lignes » se suivent et le malade se retrouve en soins critiques sans que l'éventualité de la mort ait été évoquée. La loi de 2005 met l'accent sur les directives anticipées, mais les médecins n'ont pas vraiment changé leurs pratiques quant aux décisions anticipées. Les premières sont produites par le malade, les secondes par les médecins. Concrètement, ni les

unes ni les autres ne font partie de notre quotidien. Ainsi, la plupart des patients qui sont admis en réanimation alors qu'ils sont porteurs d'une maladie incurable, n'ont pas de directives anticipées, pas plus que leur dossier médical ne mentionne une synthèse quant à la conduite des soins en cas de dégradation aiguë. Ce qui ne signifie pas que ces patients ne doivent pas être admis en réanimation. Mais, si une réflexion a été menée en amont, le niveau de soin sera plus adapté. Par exemple, un choc septique peut être rapidement réversible avec des traitements peu agressifs. En cas d'échec de ces derniers, l'escalade des traitements est évitée et la mort peut survenir dans le calme et le respect du patient, plutôt qu'en état de défaillance multi viscérale, avec mise en œuvre de multiples assistances. Ainsi, en raison de ce manque d'anticipation, la notion d'acharnement thérapeutique peut encore être dénoncée par ceux qui veulent toujours plus de lois, entre autres les partisans de la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté. Ils savent très habilement mettre en œuvre une exploitation médiatique des rares cas difficiles où les solutions restent discutables.

## QUAND LA SÉDATION PROFONDE ET CONTINUE DEVIENT LA JUMELLE CACHÉE DE L'EUTHANASIE, LE SÉNAT RÉAGIT MAIS LES MÉDECINS NE SEMBLENT PLUS AVOIR LEUR MOT À DIRE.

En réponse à la pression, et en accord avec l'engagement 21 du candidat François Hollande - Je proposerai que toute personne majeure en phase avancée ou terminale d'une maladie incurable, provoquant une souffrance physique ou psychique insupportable, et qui ne peut être apaisée, puisse demander, dans des conditions précises et strictes, à bénéficier d'une assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité. -, la mission Claeys/Leonetti proposait de modifier sur deux points importants la loi de 2005 : l'accès à la sédation profonde et continue demandée par le malade et le caractère contraignant des directives anticipées. En clair, le malade pouvait réclamer une sédation terminale et les directives anticipées devenaient opposables. Le terme d'évolution de la loi, employé par notre ministre, illustre bien une certaine assurance affichée par certains : ces modifications n'étaient qu'une étape vers la légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté. Ce qui devait être un débat devenait un combat des anciens contre les modernes, encore un. Mais la loi, adoptée en première lecture au parlement en mars, était retoquée par le sénat, en juillet 2015, au motif que l'accès à une sédation profonde et continue pouvait s'interpréter comme une légalisation non dite de l'euthanasie et du suicide assisté. Par ailleurs, les sénateurs rappelaient que l'hydratation et l'alimentation artificielles constituaient bel et bien un soin de base et non un acharnement thérapeutique.

Sans détailler chaque mot de cette proposition et analyser tous les débats, il est intéressant d'en dégager le ton. Alors que la loi de 2005, surtout après le décret d'application de 2010 modifiant l'article 37 du code de déontologie médicale, offrait au médecin toutes les cartes pour prendre des décisions et accompagner la fin de vie, cette version - pourtant jugée déjà dépassée par certains - vise à renforcer les droits du malade et de ses proches. C'était un reproche adressé à la loi de 2005, que de se



préoccuper des médecins et non des malades. Le législateur redresse « le tir » : le médecin devient celui qui peut être contraint, à qui l'on peut opposer des directives. D'ailleurs le projet de loi se nomme : « Loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et personnes en fin de vie ». Un ton prescriptif est employé et place le médecin dans le rôle de celui qui doit s'exécuter. Une obligation de résultat est clairement annoncée : le médecin doit assurer une fin de vie digne et apaisée. La prescription quitte le domaine médical, l'accès à une sédation profonde et continue devient une finalité en soi, alors que la question initiale qui se pose au médecin est de trouver les moyens de traiter une douleur physique, morale, voire sociale. La sédation n'est pourtant pas la seule réponse de la médecine palliative ! Rappelons-nous, ce bouleversement de société ne date pas de l'actuel projet de loi. À peine la loi du 22 avril 2005 votée, il paraissait banal, pour nombres de députés de déclarer que la nutrition et l'hydratation artificielles étaient des thérapeutiques déraisonnables quand elles

s'adressaient à des personnes en fin de vie. Si les réanimateurs ont longuement débattu de cette question, sans d'ailleurs être toujours d'accord, au sujet de patients en état végétatifs persistants, rien n'est aussi évident dans le cadre de la fin de vie. Nous avons été « pris de vitesse » par une société civile, un législateur qui qualifie nos actes. Un

soin de base, devient un acte déraisonnable, sans que les professionnels qui réalisent le soin aient conclu sur la question. La qualification de nos actes par des non médecins est une atteinte à notre profession. **Sommes-nous en partie responsables de cette mainmise, sommes-nous bien présents dans ce débat ? Mais, tout d'abord, le médecin doit-il être le seul acteur présent ?**

À la deuxième question, il est facile de répondre par la négative, pourtant le législateur compte bien sur nous. Ne retrouve-t-on pas dans le titre du projet de loi, les termes de « malades et fin de vie » mis en perspectives ? Ainsi, l'homme moderne aurait définitivement admis que, dans tous les cas, la fin de vie est une maladie ; le médecin, bien naturellement, doit s'en occuper. Prenons l'exemple de la fin de vie de la personne âgée institutionnalisée, pas nécessairement malade. Assimiler cette période à une maladie est une manière malhonnête

de déplacer le problème. Si la prise en charge des personnes âgées pose un problème de solidarité nationale, celle-ci doit être partagée, par les proches, la société et les professionnels dans leur ensemble. Simplifier la réalité et focaliser toutes les responsabilités sur le médecin est une double erreur. Premièrement, la médicalisation excessive de la fin de vie aboutira à une disproportion entre les thérapeutiques et l'avantage que la personne en retirera, sans aborder le problème des coûts. Deuxièmement, en perspective avec le caractère prescriptif du projet de Loi, le médecin se retrouvera face à des situations où la pression sociétale lui fera préférer une sédation à toute autre solution. Et l'on voit poindre la « nécessité » de la légalisation de l'euthanasie que ses partisans ne manqueront pas de présenter, là encore, comme une évidence. Au motif de ne pas laisser souffrir, alors que c'est la société toute entière qui craint d'affronter la souffrance de la personne vulnérable, les solutions radicales apparaissent comme incontournables. Et au médecin de s'exécuter, sous la contrainte d'une nouvelle Loi !

**« LA RÉANIMATION D'ATTENTE » EST LA CONSÉQUENCE D'UN MANQUE DE COMMUNICATION ÉVIDENT ENTRE LES PATIENTS ET LES MÉDECINS. AVANT D'ACCOMPAGNER LE PATIENT QUI MEURT, NE FAUDRAIT-IL PAS EN PARLER AVEC LUI ?**

Tenter de répondre cette première question revient à se demander si nous n'avons pas failli à notre devoir. En écho à ce qui a été dit en première partie, il est clair que nous vivons au quotidien, en réanimation, une distorsion entre les projets de soins et leurs chances raisonnables de succès. Ainsi, des patients qui ont subi plusieurs tentatives de traitements lourds, sont admis en réanimation sans que la mort ait été évoquée avec eux ou leurs proches. Ce que certains ont nommé « la réanimation d'attente » est la marque de cet échec de la communication entre les malades et les différents acteurs de soins. Initier un traitement engage celui qui le décide, mais aussi le malade et tous les acteurs de l'institution. L'anticipation de l'échec n'est pas enseignée. Nous sommes formés à la poursuite de la réussite, coûte que coûte. Envisager d'emblée l'échec est pourtant une posture éthique de tous les instants qui peut se résumer simplement : « ce que je propose au malade est-il adapté à sa personne et qu'ai-je à lui proposer en cas d'échec ? » Les changements de trajectoires que l'on fait subir aux patients – des soins maximaux parfois d'emblée déraisonnables, jusqu'à la limitation des soins en réanimation – peuvent être, à juste titre, vécus comme une atteinte

à l'autonomie. Que le législateur veille au respect de celle-ci et prescrive notre conduite doit nous faire réfléchir à nos propres fonctionnements.

Un autre élément de réponse est à chercher dans notre système de financement de la santé. La tarification à l'activité est un mode de financement qui est très bien adapté aux soins standardisés. Une médecine rapide, efficace. Mais pour les pathologies complexes, les réponses doivent coller à la réalité de chacun, ce qui demande du temps, de la concertation, des hésitations. On peut aboutir à ne produire aucun acte marqueur. Pour ces pratiques, aucune tarification n'est prévue. Écouter un malade durant une heure est moins rémunérateur que d'écourter l'entretien et le remplacer par un nouvel examen para clinique ou une chimiothérapie compassionnelle qui eux, seront rémunérés. Bien que nous répugnions tous à pratiquer la médecine de la sorte, nous avons, bon gré mal gré, intégré ce management des hôpitaux où nous sommes montrés du doigt en cas de déviance par rapport à une norme comptable et à l'exemple des structures privées. S'il ne faut pas balayer les avantages d'une juste rémunération à l'activité, en matière de médecine ambulatoire, de maîtrise des infections nosocomiales etc..., il est temps de réclamer une tarification à la qualité ou à la tempérance. Cette complicité retrouvée, entre le médecin et le malade, est la seule réponse au consumérisme ambiant, consumérisme de soins, mais aussi de lois, les deux étant étroitement liés.

Alors, encore acteur de la fin de vie ? Oui, par la force des choses, par la présence des malades qui meurent de plus en plus en institution. Oui, mais acteur sans talent, car la pression sociétale et de certains lobbies est telle que les médecins se sont fait prendre de vitesse dans ce débat, tout employés à résoudre les problèmes quotidiens, y compris ceux de la fin de vie. L'absence de formation initiale à la prise en charge palliative et à l'éthique médicale, l'organisation de la santé et son financement, l'ultra spécialisation, sont des facteurs qui ont abouti à notre absence dans ce débat.

*Serge Duperret Anesthésiste-réanimateur à Lyon, hôpital de la Croix-Rousse*

“ Retrouver une complicité entre le médecin et le malade, est la seule réponse au consumérisme ambiant, consumérisme de soins, mais aussi de lois, les deux étant étroitement liés. ”

”

# Le feuilleton de PHAR-E : les missions des PH

Chaque médecin a une définition de l'exercice en hôpital public qui lui est propre. Les différentes générations se rejoignent-elles toujours sur les fondements de ce métier et sur l'avenir de celui-ci ? Pour le savoir, nous avons interrogé Julien Lenglet (président du syndicat national des chefs de clinique), Renaud Péquignot (gériatre à saint maurice) et Olivier Véran (parlementaire, Auteur du rapport veran).

**PHAR-E : Quelle « représentation » avez-vous d'un médecin de l'hôpital public ? Quelles sont ses missions ?**

**Julien Lenglet :** À mon sens le médecin de l'hôpital public est celui qui a fait le choix d'intégrer une vision collective de la médecine qui porte des valeurs fortes. Il est le pilier des structures hospitalières s'il parvient à devenir un cadre supérieur responsable au sein de l'institution dans laquelle il travaille.

Il intervient sur plusieurs plans, organisationnel, fonctionnel et il s'investit corps et âme dans tout ce qu'il fait en restant indépendant notamment en matière de diagnostic même s'il fait partie d'une équipe au sein de laquelle la hiérarchie peut parfois s'avérer être un peu compliquée.

Sa mission première est de soigner tous ceux qui se présentent à lui évidemment, mais celle-ci ne peut être dissociée d'une mission de recherche et d'une mission d'enseignement.

**Olivier Véran :** Lorsque j'avais participé à la mission Toupillier en 2010, 95 % des PH qui avaient répondu à l'enquête affirmaient que leur première mission était celle du service public. C'est la raison pour laquelle ils font ce choix. C'est pourquoi il faut faire attention à ce que les contraintes médico économiques, les enjeux d'efficacité, ne prennent pas le pas sur leur cœur de métier. Le mode de tarification hospitalière, la pression que nombre de médecins ressentent au sein des hôpitaux, le fait de parler d'activité plus que de « malades » toutes ces composantes occasionnent la souffrance professionnelle à mon avis.

**Renaud Péquignot :** Rejoindre le service public est une manière d'exercer son métier pleinement et en adéquation avec toutes les valeurs qu'un médecin doit défendre. Chaque médecin est différent dans son travail à l'hôpital public. Pour certains c'est parce que c'est un métier intéressant, pour d'autres plus

sécurisant, certains s'investissent à leur façon en remplissant les missions d'enseignement et de gestion même si la mission la plus importante reste toujours la même : apporter les soins nécessaires à ceux qui en ont besoin.

**PHAR-E : Être médecin de l'hôpital public : est ce un sacerdoce, une vocation, un métier comme un autre, une galère ?**

**Julien Lenglet :** Je pense que c'est une vocation. En devenant médecin on s'engage sur le long terme afin de remplir une mission de soins en essayant toujours de chercher à entretenir la relation avec le patient, ainsi que les dialogues entre les personnels. Le médecin de l'hôpital public est d'autant plus concerné

puisqu'il est le garant de cette valeur au sein de l'établissement dans lequel il exerce. Malgré l'état actuel de l'hôpital public il faut faire en sorte d'empêcher les jeunes médecins de s'éloigner alors qu'ils veulent s'engager sur cette voie. C'est main dans la main avec les « anciens » que des solutions pourront être trouvées. Le temps est au changement pour les médecins de

l'hôpital, et ce changement doit être impulsé par les différentes générations qui se côtoient tous les jours, en faisant un métier qu'ils ont choisi.

**Renaud Péquignot :** On pourrait dire qu'en raison des difficultés que connaît l'hôpital aujourd'hui, être médecin dans ces conditions serait plutôt une galère. Les jeunes savent qu'intégrer un établissement public ne sera pas de tout repos. Malgré tout ils sont nombreux à vouloir en faire partie. Cela veut bien dire devenir un médecin de l'hôpital public relève plus d'une vocation.

**Olivier Véran :** Tout dépend de comment on le vit. Chacun a sa façon de voir les choses. À mon avis c'est une fierté et une chance de pouvoir faire partie de l'exercice hospitalier.

“ Soigner sans avoir à se poser de questions économiques, c'est ce qui est important pour les médecins hospitaliers ”

Olivier Véran

**PHAR -E : À votre avis, un médecin de l'hôpital public doit-il se consacrer de façon exclusive à son établissement, ou bien peut-il exercer son activité au dehors, et si oui, sous quelle forme ?**

**Julien Lenglet :** Le médecin doit pouvoir gérer son temps de travail, il doit pouvoir organiser son agenda en fonction de toutes les facettes de son métier. Il se consacre à son établissement dans un premier temps mais avec les GHT une mutualisation des moyens qui va modifier notre façon de travailler sera mise en place. Je ne crois pas à l'exemple du médecin qui passe toute sa carrière au sein du même hôpital, selon moi c'est un concept dépassé depuis longtemps. Il faut que le médecin puisse être ancré dans ces futures structures de territoire tout en ne perdant pas des vues ses missions premières. Les jeunes médecins veulent pouvoir se déplacer et connaître d'autres expériences au cours de leur carrière, dans des cadres différents. En terme de temps de travail, les fondations doivent être repensées à mon sens. Accomplir sa mission de médecin hospitalier dans de bonnes conditions c'est être en phase avec toutes les composantes d'un hôpital.

“  
**Le médecin qui passe toute sa carrière au sein du même hôpital : un concept dépassé !**

**Julien Lenglet**

”

d'appréhender le métier va changer. Ce projet ne peut être bénéfique pour tout le monde qu'à partir du moment où le regroupement est bien pensé et que l'organisation est optimale au sein de chaque équipe. Si cette mesure permet de mettre en place un projet médical clair au sein de chaque établissement, les médecins pourront diversifier leurs activités et très certainement s'épanouir plus facilement.

**Olivier Véran :** Je crois à la flexibilité des centres d'exercice. Les médecins aiment les challenges et les défis. Lorsqu'on s'inscrit dans une carrière très longue de 30 ou 40 ans, on peut avoir envie d'aller voir ailleurs. La flexibilité dans les modes d'exercice permettrait à certains de se consacrer à la gouvernance hospitalière, ou à l'enseignement même s'il ne sont pas universitaires. Je suis convaincu que tous les médecins n'ont pas vocation à rester 30 ou 40 ans dans le même service.

**PHAR-E : Pensez-vous que des signes objectifs d'une meilleure reconnaissance de la globalité des missions des médecins des hôpitaux publics favorisent l'at-**

**tractivité des carrières hospitalières ?**

**Julien Lenglet :** Oui bien évidemment. Il apparaît clairement que les médecins de l'hôpital public en ont assez d'être réduits à des « managers d'économie ». La rentabilité avant tout n'est pas un concept compatible avec l'exercice de ce métier, même de nos jours. Avoir le temps de penser son activité, de faire autre chose sont des éléments fondamentaux en matière de bien être au travail. L'attractivité ne peut s'appuyer que sur le développement d'une reconnaissance plus juste de toutes les missions qui incombent au médecin de l'hôpital public.

**Renaud Péquignot :** Tout a fait puisque à l'heure qu'il est l'hôpital se transforme en entreprise et les médecins en prestataires de service, autant d'évolutions qui minent les médecins au quotidien. L'exercice de notre métier est écrasé par la gestion industrielle qui nous est imposée et plus particulièrement aux urgences.

**PHAR-E : Quelle position pensez-vous qu'un médecin de l'hôpital occupe par rapport à la structure administrative de son établissement ?**

**Julien Lenglet :** Ce sujet nous amène à prendre conscience de toute la complexité de la machine qu'est l'hôpital. Il arrive souvent que la communication entre les chefs de pôle et les présidents de CME ne soit pas au beau fixe. Je pense que la question de la gouvernance est un point essentiel quant à l'avenir de l'hôpital. Soigner tout en gérant les aspects économiques et sociaux c'est possible mais uniquement si TOUS les acteurs d'un établissement agissent de concert. Une bonne gestion permet d'apporter une stabilité, qui incitera les jeunes à rester dans les services hospitaliers publics. En simplifiant les relations entre tous les professionnels, les médecins pourront apprendre à gérer correctement leurs différentes missions.

**Renaud Péquignot :** Si nous nous heurtons parfois à une impasse en matière de gestion à l'hôpital c'est que le rôle de chacun n'est pas bien défini et que la communication est mauvaise. Etre médecin à l'hôpital signifie participer à la gouvernance de celui-ci, cela signifie également ne pas être mis à l'écart au moment de la prise de décisions ce qui arrive encore trop souvent. Tout médecin qui s'engage dans le service public doit savoir qu'il doit composer avec la collectivité et à tous les niveaux.

*Propos recueillis par S Sargentini*

“  
**Celui qui s'engage dans le service public doit savoir qu'il aura à composer avec la collectivité**

**Renaud Péquignot**

”

## Service de santé des Armées, Zoom sur la médecine de guerre

Comme leurs collègues civils, l'anesthésiste-réanimateur et l'urgentiste militaire sont confrontés à la douleur et à la détresse du patient au sein de l'hôpital. En effet, neuf hôpitaux d'instruction des armées accueillent, certes, les soldats blessés au combat, mais aussi, et majoritairement, des civils. Intégrés dans leur territoire de santé, les hôpitaux militaires sont ouverts à tous les assurés sociaux.

**La mission prioritaire : sauver la vie des militaires gravement blessés au combat.**

La particularité du métier de l'anesthésiste-réanimateur et de l'urgentiste militaire est donc de pouvoir se retrouver face à des blessures de guerre et face à des afflux massifs de blessés alignés sur la latérite devant la tente d'une antenne chirurgicale, dans des « conditions rustiques et d'isolement où Ingéniosité et réactivité sont nécessaires », explique le médecin en chef R. de la 6<sup>e</sup> Antenne Chirurgicale Aéroportée (ACA). Lors de certaines opérations extérieures (OPEX), au Mali ou en Centrafrique aujourd'hui, en Afghanistan hier, la sécurité pour les soignants est parfois mise en question. « Les moments forts contrastent avec des périodes d'inactivités » témoigne l'équipe d'anesthésie-réanimation de la 3<sup>e</sup> ACA.

L'anesthésie-réanimation de guerre et l'urgence militaire sont des exercices particuliers. D'un point de vue pratique, l'accueil de patients traumatisés sévères et des grands brûlés est probablement la prise en charge qui se rapproche le plus de celle du blessé de guerre. Un nouveau cours d'anesthésie-réanimation en mission extérieure (CARMEX) permet d'aborder les spécificités de la spécialité OPEX et des exercices MASCAL (Mass Casualty) sont organisés régulièrement sur le terrain.

Lors des OPEX, une aide médicale à la population est réalisée en plus de l'activité prioritaire de soutien des forces, lorsque celle-ci le permet. Il s'agit là d'une tradition bien ancrée du Service de Santé des Armées. Certaines interventions sont spécifiquement dédiées à l'aide humanitaire.

Le groupement médico-chirurgical de Zaatar (2012-2013) en Jordanie, qui a pris en charge près de 300 blessés de guerre, et le centre de traitement des soignants de Conakry, concept unique, créé dans le cadre de la lutte contre Ebola (2014-2015), en sont les exemples les plus récents.

Être anesthésiste-réanimateur ou urgentiste militaire, c'est aussi travailler dans un contexte multinational. A l'hôpital médico-chirurgical de Kaboul, l'anesthésiste-réanimateur Français a fait équipe avec un chirurgien tchèque et un IBODE bulgare.

La formation des équipes locales est également l'une de leur mission.

**Pour en savoir plus, [www.carum.org](http://www.carum.org),  
le site du club des anesthésistes-réanimateurs et urgentistes militaires  
Recrutement officiers sous contrat : 01 41 93 28 23  
Recrutement réservistes : 01 41 93 25 52**



Situé à proximité de Paris (RER C - A 10)

Le Centre Hospitalier Sud Essonne Dourdan-Etampes  
*recrute*

**1 praticien hospitalier anesthésiste-réanimateur temps plein**



Merci d'envoyer votre CV

Contact :  
Centre hospitalier Sud Essonne  
26, avenue Charles de Gaulle - 91150 ETAMPES  
[direction@ch-sudessonne.fr](mailto:direction@ch-sudessonne.fr)



**Le Centre Hospitalier Sud Francilien**, hôpital neuf, est le plus grand établissement public d'Ile-de-France hors AP-HP plus de 1 000 lits MCO – SSR – PSY.

Hôpital de recours de tout le sud de l'Ile-de-France. Plateau technique complet et moderne regroupant de nombreuses spécialités. Bloc opératoire avec activité chirurgicale multidisciplinaire (9 673 passages par an) : chirurgie viscérale, chirurgie bariatrique, gynécologie, vasculaire, orthopédie, ophtalmologie, ORL, maxillo-facial, endoscopies digestives, cardiologie interventionnelle. Unité de chirurgie ambulatoire avec un bloc dédié. Activité obstétricale avec une maternité de niveau 3 de plus de 5 000 accouchements/an. Trois gardes d'anesthésie sur place dont deux dédiées à la maternité et une à la chirurgie.

Equipe composée actuellement de 19 médecins anesthésistes.

**Recherche pour son secteur d'anesthésiologie**

**un Praticien Hospitalier ou un Assistant temps plein**

Pour tout renseignement, contacter le chef de service anesthésiologie : Dr DOLO au 01 61 69 81 43

Candidature, veuillez contacter :

Par courrier : Direction des Affaires Médicales

Centre Hospitalier Sud Francilien - 116, boulevard Jean Jaurès - 91106 Corbeil Essonne Cedex

ou par mail : [service.affairesmedicales@ch-sud-francilien.fr](mailto:service.affairesmedicales@ch-sud-francilien.fr)





**Le Centre Hospitalier ALPES LEMAN (Haute-Savoie)**, proche métropole genevoise (10 km de Genève), permettant les communications internationales (aéroport), à proximité de CHAMONIX, dans un cadre agréable, entre lac et montagne, zone d'attraction de 200 000 habitants, proche important Centre Hospitalo-Universitaire, d'une capacité de 445 lits MCO.



## Recrute un anesthésiste réanimateur temps plein

Pour compléter une équipe de 13 ETP - Service de 16 lits de réanimation + 8 lits de soins continus  
Garde séparée en anesthésie et réanimation - Temps médical continu  
Urgences et SMUR gérés par les médecins urgentistes

**Renseignements :**

Dr TRESCH - 04 50 82 26 65  
ktresch@ch-alpes-leman.fr

**Candidatures :**

P. GONIN  
Directeur des Affaires Médicales  
pgonin@ch-alpes-leman.fr

Centre Hospitalier Alpes Léman  
558, route de findrol - BP20500  
74130 Contamine-sur-Arve



Au cœur d'une région dynamique le centre hospitalier Métropole Savoie  
Recrute **1 praticien hospitalier en anesthésie h/f**

L'équipe d'anesthésie est composée de 24 ETP de médecins et de 4 internes.

- Environ 18 000 actes de chirurgie par an, couvrant toutes les disciplines : orthopédie et traumatologie, chirurgie viscérale, endocrinienne et bariatrique, urologie, chirurgie vasculaire et thoracique, spécialités chirurgicales, radiologie interventionnelle.
- Une maternité de niveau 3 avec 3 400 accouchements environ par an.
- Deux gardes sur place.
- 11 salles de bloc central, 2 blocs ambulatoires : 6 salles sur le site chambérien, 4 salles sur le site aixois.

**Candidature à envoyer à la direction des affaires médicales : dam@ch-metropole-savoie.fr**

Contact : Romain PERCOT - Directeur des affaires médicales et générales

Renseignements : Docteur Christian CARMAGNAC - Chef de service

Poste à pourvoir dès que possible



Le Centre Hospitalier du Haut Anjou



Centre Hospitalier qui dessert le Sud Mayenne et le Segréen

## RECRUTE ANESTHESISTES

Pour MCO du site de Château-Gontier afin de compléter son équipes de 4 praticiens  
À temps plein ou temps partiel - Inscription au conseil de l'Ordre des Médecins requise

Pour tous renseignements contacter :

Direction des Affaires Médicales - Mme Mathilde GUICHARDIERE - Tél. : 02 43 70 73 42 - 07 60 28 84 71 - affaires\_medicales@ch-hautanjou.fr  
Chef de Service Anesthésie-Réanimation - Dr Maryse ROUCHET - Tél. : 02 43 09 33 54 - mrouchet@ch-hautanjou.fr



L'Institut de Cancérologie de l'Ouest, basé à Angers et Nantes, est l'un des 18 centres de lutte contre le cancer en France. L'établissement dispose d'une capacité de 239 lits et places en hospitalisation conventionnelle et de jour : 100 lits de médecine, 61 lits en chirurgie, dont 9 pour les soins continus, 68 places en hôpital de jour et 10 en chirurgie ambulatoire. L'effectif total de l'établissement compte plus de 1 100 salariés. Il recherche un(e) :

### Médecin anesthésiste réanimateur (Statut salarié) H/F - Angers

Le recrutement du médecin anesthésiste réanimateur s'effectue dans le cadre d'une création de poste pour le service d'anesthésie - Douleur sur le site d'Angers.

L'objectif est d'étoffer une équipe d'anesthésistes existante afin de s'inscrire dans le cadre du projet d'établissement approuvé par l'ARS et le projet de service : anesthésie, pose et gestion des sites implantables, prise en charge de la douleur. L'anesthésiste participe à la prise en charge péri-opératoire : consultations, anesthésie et réanimation, à la pose des sites implantables, aux activités de soins et aux astreintes, de recherche clinique, d'évaluation et d'enseignement du service d'anesthésie - Douleur.

L'Activité du Service d'Anesthésie Douleur :

- Soins : Prise en charge anesthésique péri-opératoire assistée au bloc opératoire, dans les services et en USC, consultations, visites, consultation d'algologie.
- Participe aux RMM des départements d'anesthésie - Douleur et d'oncologie chirurgicale et aux actions d'évaluation du service d'anesthésie - Douleur, apporte si nécessaire son expertise d'anesthésiologie et de réanimation pour tous les patients de l'ICO.

Rémunération attractive - Basé(e) à Angers.

MERCI D'ADRESSER VOTRE CANDIDATURE EN FORMAT WORD A : karine.angeniol@ka-conseil.com

Pour tout complément d'information : 06 79 15 89 18



Centre Hospitalier Ariège Couserans, au pied des Pyrénées Ariégeoises, à une heure de Toulouse, proche stations de ski, à 2 heures de la Méditerranée et à 3 heures de l'Atlantique, le CHAC bénéficie d'un cadre de vie exceptionnel.

Le Centre Hospitalier comprend plus de 1 000 salariés dont plus de 60 médecins, 4 pôles cliniques, des activités diversifiées (MCO, urgences, SSR, SIR, centre de réadaptation neurologique, psychiatrie intra et extra de l'Ariège, EHPAD) et un plateau technique complet avec laboratoire, pharmacie et scanner.



## CHERCHE DEUX ANESTHÉSISTES REANIMATEURS

Postes disponibles courant 2017.

- Soins intensifs respiratoires.
- Surveillance médicale continue.
- Bloc opératoire et salle de surveillance post interventionnelle.

**Envoyer candidature conforme à la réglementation nationale et européenne et CV détaillé à :**

M. D. GUILLAUME - Directeur des Ressources Humaines

Centre Hospitalier Ariège Couserans - BP 60111 - 09201 Saint-Girons Cedex - 05 61 96 21 94  
ou par mail : [secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr](mailto:secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr) ou [s.claustres@ch-ariège-couserans.fr](mailto:s.claustres@ch-ariège-couserans.fr)



LE CENTRE HOSPITALIER DE BIGORRE (TARBES)



**Recrute un médecin PH, praticien contractuel ou assistant spécialiste d'anesthésie réanimation temps plein**

Pour remplacer un départ à la retraite en réanimation dans une équipe de 15 AR (7 en réa et 8 en anesthésie) complète et titulaire (aucun remplaçant).

Service de réanimation départementale de 12 lits et 8 lits de soins continus. Titularisation dès publication du poste. Région agréable et attractive, au pied des Pyrénées, 1h30 de l'océan, 1h20 de Toulouse, et 2h15 de Bordeaux, Aéroport Tarbes-Lourdes (et Pau à 30 mn).

**Pour tout renseignement veuillez contacter :**

• Monsieur le Dr Hamida CHAOUKY - Chef de Pôle Urgences Anesthésie Réanimation  
05 62 54 62 64 - [hchaouky@ch-tarbes-vic.fr](mailto:hchaouky@ch-tarbes-vic.fr)

• Melle Audrey LIORT - Directrice des Affaires Médicales - 05 62 54 56 40 - [aliort@ch-tarbes-vic.fr](mailto:aliort@ch-tarbes-vic.fr)

• Monsieur le Dr Jean Claude NETTER - Président de la CME - 05 62 54 62 26 - [jnetter@ch-tarbes-vic.fr](mailto:jnetter@ch-tarbes-vic.fr)



## RECHERCHE 1 ANESTHESISTE REANIMATEUR

Inscrit à l'Ordre des médecins ou lauréat de la PAE.

Les candidatures doivent être adressées à :

Monsieur le Directeur - Centre Hospitalier d'Abbeville - 43, rue de l'Isle - 80142 ABBEVILLE CEDEX  
Tél. : 03 22 25 52 00 - Fax : 03 22 25 57 94

Renseignements auprès de :

Docteur KFOURY - Chef de Pôle - 03 22 25 53 63 - kfoury.michel@ch-abbeville.fr  
Monsieur HEBERT - Affaires Médicales - 03 22 25 52 12 - hebert.jean-noel@ch-abbeville.fr

## Le Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Brest 7 sites - 2 593 lits et places - 5 500 collaborateurs



## Recrute des anesthésistes-réanimateurs

Praticiens Contractuels ou Cliniciens Hospitaliers - Inscrit au Tableau de l'Ordre

- Praticiens à temps plein pour renforcer son équipe médicale et chirurgicale.
- Statut de praticien contractuel (4<sup>ème</sup> échelon + 10%) ou assistant.
- Possibilité de recrutement sur le statut attractif de clinicien hospitalier.
- Intégration au sein d'une équipe hospitalo-universitaire pour compléter une équipe de 49 anesthésistes-réanimateurs.
- Recrutement ciblé sur le site de la Cavale Blanche : un bloc opératoire de 19 salles avec activité multidisciplinaire 20 médecins anesthésistes-réanimateurs.
- Un environnement hyperspécialisé.
- Plateau technique complet et moderne présentant les spécialités médicales et chirurgicales.
- Développement de la chirurgie ambulatoire.

*Les postes sont vacants immédiatement.*

Renseignements : Professeur OZIER - Chef du Pôle Anesthésie - Réanimation - Soins intensifs - Blocs opératoires - Urgences  
yves.ozier@chu-brest.fr - Secrétariat : 02 98 34 72 88 - 02 98 34 78 51

Candidatures à adresser à : Monsieur Gwendal Maringue - Directeur des Affaires Médicales - Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Brest  
2, avenue Foch - 29609 Brest Cedex - sec.affairesmedicales@chu-brest.fr - Tél. : 02 98 22 37 80 - Fax : 02 98 22 38 43



## LE CENTRE HOSPITALIER ALPHONSE-GUERIN

Etablissement Public de Santé situé en Bretagne à 30 mn du Golfe du  
56800 Plœrmel - Morbihan et 60 km de Rennes

## Recherche deux praticiens anesthésistes pour son service anesthésie et surveillance continue

Adresser candidatures auprès de M. le Directeur - Centre Hospitalier Alphonse Guérin - 7, rue du roi Arthur BP 131 - 56804 Plœrmel Cedex  
Renseignements Administratifs auprès de la Direction des Affaires Médicales Mme DUBOIS - Attaché Service DRH - Tél. : 02 97 73 26 02  
Adresse mail : drh@ch-ploermel.fr



## LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MARSEILLE RECRUTE DES ANESTHESISTES-REANIMATEURS SUR LE SECTEUR PEDIATRIQUE

Le service est constitué d'un bloc opératoire (7 salles polyvalentes et 1 salle de chirurgie cardiaque et 13 postes de SSPI), une réanimation de 20 lits et 12 lits de soins continus. Il s'agit d'une structure neuve, livrée en mai 2014, équipée de matériel de haute technologie. Cette structure s'intègre au sein d'un hôpital d'enfant regroupant toutes les spécialités pédiatriques.

L'équipe médicale au bloc opératoire est renforcée par une solide équipe d'infirmiers anesthésistes (un par salle), et 6 internes. L'activité regroupe chirurgie orthopédique, viscérale (néonatalogie), ORL, plastique, cardio-vasculaire, imagerie médicale. La participation à l'enseignement et à la recherche clinique est encouragée. La participation à l'activité de réanimation pédiatrique sera possible, à terme, car des passerelles existent entre les différents secteurs.

Le (la) candidat(e) doit avoir un profil dynamique. Sa formation à la pédiatrie n'est pas un pré-requis indispensable, car elle peut être effectuée sur le site. Différents types de contrats peuvent être envisagés.



>> **Pour tout renseignement contacter :**  
 Professeur Olivier Paut - Chef de service  
 Service d'anesthésie réanimation pédiatrique  
 CHU Timone-enfants  
 264, rue Saint-Pierre - 13365 Marseille Cedex 5  
 olivier.paut@ap-hm.fr

Docteur Fabrice Michel  
 Service d'anesthésie réanimation pédiatrique  
 CHU Timone-enfants  
 264, rue Saint-Pierre - 13365 Marseille Cedex 5  
 fabrice.michel@ap-hm.fr - Secrétariat : 04 13 42 95 45



Le Centre Hospitalier de Digne-les-Bains (04000) recrute pour son service de réanimation **un praticien hospitalier temps plein**, soit anesthésiste-réa, soit réa médical, soit DIS, soit urgentiste avec expérience réa polyvalente, titulaire de diplômes reconnus en France, et inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Le service de réanimation comprend 8 lits en chambres indépendantes, tous fluides selon normes réa, avec échographe-doppler-couleur, général, cardio, vasculaire, trans crânien, deux appareils d'épuration extra rénale (CWH, CWHD, CWHDF), personnel formé, huit respirateurs, dont un de transport, un fibroscope bronchique, chariot d'intervention d'urgence complet, dotations pharmacologiques et de consommables très complètes.

Il s'agit d'un service réanimation polyvalente d'un CHG de moyenne taille (bassin de recrutement environ 50 000 habitants hors périodes estivales).

L'environnement médico-technique est constitué de : chirurgie générale, ortho-traumatologique, gynéco-obstétrique, anesthésie (anesthésistes en astreinte opérationnelle 24H/24), scanners, échographies, endoscopies digestives interventionnelles avec astreinte opérationnelle 7 j/7, médecine interne, cardiologie (pas de coronarographie), pneumologie, gastro-entérologie, psychiatrie avec gardes de psychiatre, urgences, SMUR.

### Contacts :

M. Richard LAMOUREUX - Directeur Délégué - rlamoureux@ch-aix.fr  
 M. Salvator CUCUZZELLA - Directeur Adjoint - scucuzzella@ch-digne.fr

M. le Dr Jean-Philippe RAINARD - Chef de Service Réanimation - jprainard@ch-digne.fr  
 M. Michel JEDOR - Affaires Médicales - mjedor@ch-digne.fr



Hospices Civils de Lyon

Direction Générale  
 Direction des Affaires Médicales

## RECRUTEMENT D'UN MEDECIN ANESTHESISTE REANIMATEUR (MAR)

L'Hôpital Renée SABRAN est un établissement public de 250 lits et places. Situé en bord de mer, à Hyères (Var), il offre un cadre de travail exceptionnel. L'établissement appartient aux Hospices Civils de Lyon, 2<sup>ème</sup> CHU de France. Il comporte un service d'excellence de 50 lits de chirurgie orthopédique programmée, spécialisée du membre inférieur.

**Poste à pourvoir  
 au 1<sup>er</sup> novembre 2015.**

**Possibilité de logement temporaire  
 sur le site avec loyer adapté.**

L'établissement recrute un 5<sup>ème</sup> MAR temps plein sur un statut de PH pour renforcer son équipe performante composée de 4 MAR dans le cadre du développement de son activité. Le service n'accueille pas d'urgence et la pratique de l'anesthésie locorégionale est notoire.



Chief du service d'anesthésie : Dr GONTIER denis.gontier@chu-lyon.fr  
 Chief du pôle de chirurgie : Dr MARTRES sebastien.martres@chu-lyon.fr

Candidature à adresser à M. DENIEL - Directeur des Affaires Médicales - 04.72.40.73.60 patrick.deniel@chu-lyon.fr

## Poste de PH, PHC ou assistant en réanimation à l'hôpital de Fréjus Saint-Raphaël



Equipe de 5,5 ETP + interne DESAR et attachés.  
Hôpital dynamique, plateau technique complet avec cardiologie interventionnelle.  
Service de 8 lits + 4 SC, ambiance de travail conviviale, cadre de vie agréable.  
Profil ancien interne DESAR ou DESC réanimation médicale.



Contact Dr Michel KAIDOMAR - kaidomar-m@chi-fsr.fr | Bureau des Affaires Médicales - affaires.medicales@chi-fsr.fr

## Hôpital référent du Territoire Flandre-Lys

(590 lits dont 260 MCO) A 15 mn du CHRU de Lille (Nord)  
Plateau technique performant (IRM, scanner, réanimation, SMUR, urgences)



# RECHERCHE DES PRATICIENS A TEMPS PLEIN :

- › 1 ANESTHESISTE-REANIMATEUR
- › 1 REANIMATEUR

### Pour tout renseignement contacter :

- › Mme B. MONTIGNIES - Directrice des Affaires Médicales  
Tèl. : 03 20 48 33 25 - bmontignies@ch-armentieres.fr
- › M. le Docteur J. QUENTIN - Présidente de la CME - jquentin@ch-armentieres.fr



## Le Centre Hospitalier de Dunkerque recherche 2 anesthésistes-réanimateurs (Praticiens Hospitaliers - Praticiens Contractuels - Assistants Spécialistes) pour compléter son équipe

Dans le cadre d'une restructuration et de l'augmentation de son activité, le Centre Hospitalier de Dunkerque recherche des Praticiens en Anesthésie-Réanimation pour ses 2 sites :

**Dunkerque** (12 500 interventions/an, astreinte opérationnelle) : Chirurgie générale et viscérale - Orthopédie-Traumatologie Thoracique - Vasculaire Bariatrique - OPH - ORL - Urologie **Grande-Synthe** (2 500 interventions/an, garde sur place) : Périnatalité Maternité de niveau 2A (1 700 accouchements/an) - Gynécologie.

### Le poste peut être uni- ou bi-sites.

Le Centre Hospitalier de Dunkerque comporte 577 lits et places de MCO et offre un plateau technique complet : radiologie, TDM, IRMN, biologie, chirurgie robotisée, urgences, service de réanimation et unité de surveillance continue (activité partagée possible, service validant pour le DESC de réanimation médicale).

L'équipe d'anesthésie comprend actuellement 6 praticiens ainsi que des vacataires. Le service est validant pour le DES d'anesthésie-réanimation (validation du module « anesthésie loco-régionale » dans la maquette) et offre 2 postes d'internes.

**Profil des candidats :** Ancien DESAR - Formation managériale et/ou qualité, gestion des risques bienvenue.

**Localisation :** Agglomération accueillante de 200 000 habitants, proximité immédiate des plages (sports de glisse) - 45 min. de Lille, 1H30 de Londres et Bruxelles, 2H00 de Paris.



**Contacts :**  
Dr Thérèse Avertin - Chef de Service - 03 28 28 58 94  
therese.avertin@ch-dunkerque.fr  
Isabelle Riou - Directrice des Affaires Médicales  
03 28 28 52 95 - isabelle.riou@ch-dunkerque.fr

# LE CHU DE BORDEAUX,

4<sup>ème</sup> CHU français par son importance  
et leader dans de nombreux domaines

## Recrute 4 médecins anesthésistes-réanimateurs temps plein

Pour différents secteurs d'activité  
(statut praticien hospitalier,  
titulaire ou contractuel,  
ou praticien clinicien)

Contact :  
Pr Francois SZTARK  
Chef du pôle d'anesthésie-réanimation  
francois.sztark@chu-bordeaux.fr  
+33 556 795 514



## LE CENTRE HOSPITALIER D'AGEN

(Région Sud-Ouest - Aquitaine - 1h15 de Toulouse et Bordeaux).

Gare TGV - Aéroport - Autoroute - Facultés - Chef lieu de département, 716 lits et places.

Disposant d'un plateau technique complet : I.R.M. - Scanner - Médecine Nucléaire - Réanimation.

### RECRUTE

**UN MÉDECIN ANESTHÉSISTE**, pour compléter une équipe de 6 praticiens.

**UN MÉDECIN RÉANIMATEUR**, pour compléter une équipe de 7 praticiens (12 lits de réanimation + 6 lits de soins continus).

• Postes de praticiens ou tous types de contrats.

#### Pour tout renseignement :

- Dr J.M. FAUCHEUX, président de la CME : 05 53 69 70 18 - fauchauxjm@ch-agen.fr
- Dr R. GRELIER, anesthésiste, chef de pôle médico-chirurgical et anesthésiologie : 05 53 69 70 24 - grelierr@ch-agen.fr
- Dr F. PLOUVIER, réanimateur, chef de pôle filière urgences réanimation psychiatrie : 05 53 69 70 92 - plouvierf@ch-agen.fr
- Mme MP. Gay, directrice des affaires médicales : 05 53 69 70 00 - gaym@ch-agen.fr

Centre Hospitalier d'Agen - 47923 AGEN CEDEX 9

[www.ch-agen.fr](http://www.ch-agen.fr)

## Le CHU Félix Guyon (Réunion, Saint-Denis)



## Cherche deux assistants (deux ans), ou deux praticiens hospitaliers temps plein

Anesthésie adulte ou pédiatrique : (activités de bloc opératoire :  
12 000 anesthésies/an, 11 salles d'opération), pour étoffer une équipe  
complète de 21 MAR, maternité (2 500 accouchements/an), surveillances  
continues post opératoire (6 lits), ambulatoire (15 lits).

Pour tous renseignements et candidature s'adresser auprès de son  
chef de service, Docteur Gilles BOULESTEIX  
gilles.boulesteix@chu-reunion.fr