

#75

PHARE

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

DOSSIER : ÉVOLUTION DU MÉTIER D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

WARNING

LES TENSIONS LIÉES AU GROUPEMENTS
HOSPITALIERS TERRITORIAUX (GHT)

La loi EL KHOMRI : menace sur le statut de
Praticien Hospitalier

Dr Yves REBUFAT - Président
CHU de Nantes - Hôpital Laënnec - Nantes
yves.rebufat@snphar.fr

Collège National Professionnel Anesthésie-Réanimation - 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

Dr Grégory WOOD - Secrétaire général
CHU Rouen
gregory.wood@chu-rouen.fr

Veille Syndicale - Relation avec les adhérents
Site web - Revue PHARE

Standard : 02 32 88 89 90
Fax : 02 32 88 87 86

Dr Patrick DASSIER - Trésorier
Hopital européen Georges Pompidou - Paris
patrick.dassier@snphar.fr

Contentieux
Retraites

Ligne Directe : 01 56 09 23 16
Portable : 06 03 69 16 63

Dr Claude WETZEL - Trésodier adjoint
Praticien Honoraire CHU de Strasbourg
claud.wetzel@mac.com

Chargé de mission aux affaires européennes
Praticien Honoraire CHU de Strasbourg
Past-Président de la FEMS

Portable : 06 60 55 56 16

Dr Veronique AGAESSE - Secrétaire générale adjointe
Nouveau CHU Amiens
veronique.agaesse@snphar.fr

Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation)
FMC-DPC -
Veille Syndicale

Standard : 03 22 82 40 00
DECT 36002
Portable : 06 33 63 20 62

Dr Anouar BEN HELLAL - Secrétaire général adjoint
Hôpital André Mignot - SAMU - Versailles
anouarbenhellal@free.fr

Veille Syndicale - Relation avec les adhérents
Revue PHARE

Standard : 01 39 63 88 39
Ligne directe : 01 30 84 96 00
Fax : 01 39 63 86 88

Dr Jullien CROZON - Secrétaire général adjoint
Groupement Hospitalier Edouard Herriot
jullien.crozon-clauzel@chu-lyon.fr

Veille Syndicale - Relation avec les adhérents
Revue PHARE

Ligne Directe : 04 72 11 09 85
Ligne service : 04 72 11 02 11
Portable : 06 86 72 32 24

Dr Raphael BRIOT - Administrateur
CHU - SAMU 38 - Grenoble
raphael.briot@snphar.fr

Retraites - Urgences
Représentation des médecins non-anesthésistes
Relation avec les Universitaires - Délégation SNPHAR-E Avenir Hospitalier

Ligne Directe : 04 76 63 42 86
Portable : 06 81 92 31 42
Fax : 04 76 44 77 40

Dr Max Andre DOPPIA - Administrateur
CHU Côte de Nacre - Caen
max-andre.doppia@snphar.fr

Président de l'intersyndicale Avenir Hospitalier - Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) - Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) - Observatoire Souffrance au Travail - Secrétaire Général Adjoint du CFAR - Commission SMART

Standard : 02 31 06 31 06
Fax : 02 31 06 47 70
Portable : 06 83 37 62 64

Michel DRU - Administrateur
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 45 17 95 10
Fax : 01 49 81 21 99
Portable : 06 73 98 08 52

Dr Jean Luc GAILLARD-REGNAULT - Administrateur
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 : 01 48 02 66 93
Portable : 06 71 14 74 72

Dr Jean GARRIC - Administrateur
Hôpital Central - Nancy
jean.garric@snphar.fr

Textes officiels - Retraites
Administrateur CNG - Délégué SNPHAR-E Avenir Hospitalier
FAQ - Conseil supérieur des hôpitaux

Ligne Directe : 03 83 85 20 08
Fax : 03 83 85 26 15
Portable : 06 07 11 50 13

Dr Louise GOUYET - Administrateur
Groupe Hospitalier Pellegrin - Bordeaux
louise.gouyet@snphar.fr

Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation)
PH temps partiel
Qualité et organisation du bloc

Standard : 05 56 79 56 79
Fax : 05 56 79 55 93
Portable : 06 11 94 77 20

Dr Laurent HEYER - Administrateur
Agence de Biomédecine - Saint-Denis
laurent.heyer@gmail.com

Rédacteur en chef de la revue PHAR-E - Collège National Professionnel Anesthésie-Réanimation - Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) - Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation)

Portable : 06 31 18 57 61

Dr Renaud PÉQUIGNOT - Administrateur
Hôpitaux de Saint-Maurice - Gériatrie
renaud.pequignot@snphar.fr

Veille Syndicale
Relation avec les adhérents

Ligne directe : 01 43 96 63 01
Fax : 01 43 96 61 83
Portable : 06 85 28 02 11

Dr Didier REA - Administrateur
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

Dr Nicole SMOLSKI - Administrateur
Hopital de la croix rouge - Lyon
nicole.smolski@gmail.com

Présidente d'Action-Praticiens-Hôpital - Déléguée générale 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

POINT DE VUE

La protection fonctionnelle : un acquis majeur, ...
mais incomplet !4

AGENDA5

WARNING : LES TENSIONS LIÉES AUX GHT

Exemple de la difficulté de la mise en œuvre des
GHT : la psychiatrie6

Mise en place des GHT :
réflexions avant leur mise en œuvre.....8

WARNING

La loi EL KHOMRI : menace sur le statut de
Praticien Hospitalier. Entrons en résistance.....10

La nature a horreur du vide12

DOSSIER : EVOLUTION DU MÉTIER D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

Les délégations de tâches13

Délégation de tâche pour la pose de cathéter : pour
ou contre ? (Interview)17

Mais que veulent les IADEs ?20

Qu'attendent les IADE ? Rencontre avec leurs
syndicats22

Délégation/transfert de tâche : que faire quand cela
dysfonctionne ?25

Le cadre réglementaire ou la hiérarchie des
normes27

FICHES PRATIQUES

Que faire en cas de maladie du praticien
hospitalier ?29

Comment négocier son temps de travail, le temps
continu, etc... ?30

PETITES ANNONCES 31



ISSN : 1285-7254

Président du comité de rédaction :

Le président du SNPHAR-E

Rédacteur en chef : L. Heyer

Comité de rédaction : A. Ben Hellal - Y. Rébufat -
G. Wood

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, Fotolia

STOP AU MANQUE D'ATTRACTIVITÉ !

L'été dernier nous avons déjà pu constater une réduction nette de l'offre de soins dans les plateaux techniques, parfois des suppressions d'activité et très souvent un recours important, voire massif, à l'intérim médical, à tel point qu'il n'y avait d'ailleurs pas suffisamment d'intérimaires sur le marché de l'emploi temporaire hospitalier pour boucher tous les trous. Cette année risque d'être encore plus difficile !

Malgré la promesse de faire aboutir rapidement (depuis décembre 2014, sic !) des mesures d'attractivité pour notre spécialité, nous constatons qu'il n'y a toujours rien aujourd'hui et que les effectifs continuent à baisser.

Certains collègues courageux commencent à prendre le problème à bras-le-corps et réclament localement et de toute urgence des mesures d'attractivité qu'il est impossible pour le moment à mettre en place au niveau national.

Prémisse de la futur Loi Travail et de son article 2 si décrié ? L'inversion de la hiérarchie des normes prend un air de sauve-qui-peut mais annonce aussi la mort du statut de Praticien Hospitalier.

Ces revendications locales sont simples. Une juste reconnaissance du travail fait et un réajustement des effectifs médicaux permettant de travailler dans des conditions acceptables. Est-ce vraiment trop demander après avoir subi l'intensification du travail généré par la T2A, une absence totale d'évolution de toutes les rémunérations depuis six ans, cela dans une tourmente démographique orchestrée depuis 20 ans par les gouvernements qui se sont succédés.

Il est temps de dire stop et de réclamer notre dû : cinq demi-journées par tranche de 24h ou le temps continu qui permet un décompte en heure du temps de travail et une valorisation financière de l'investissement du praticien à partir d'un seuil négocié de son travail hebdomadaire.

Les services d'urgence sont en train de le mettre en place sur une base de 40 heures et parviennent ainsi à renouer avec le recrutement. Il est urgent que l'anesthésie emboîte le pas aux collègues de médecine d'urgence pour obtenir des avantages similaires car la concurrence, elle, ne fait pas de cadeaux. Les cliniques et les ESPIC proposent des rémunérations beaucoup plus intéressantes, tout comme l'intérim médical qui croît d'ailleurs de façon exponentielle avec la bénédiction contrite du ministère de la santé.

Pourquoi s'engager dans la carrière hospitalière et le statut de praticien hospitalier dans ces conditions ?

Pourquoi rester praticien temps plein alors qu'en passant temps partiel on peut doubler son salaire mensuel tout en réduisant son temps de travail en s'engageant dans l'intérim dans ces conditions ?

Ce n'est pas avec la nouvelle mesure qui s'annonce appelé « plage de fin de soirée », si compliquée que déjà inapplicable, que l'on va attirer les jeunes et faire rester les plus vieux.

Si l'on veut vraiment rester en concurrence et continuer à recruter il faut aussi revaloriser le temps de travail additionnel et promouvoir l'intérim interne à un tarif attractif (65 euros de l'heure, comme l'intérim !) et cela le temps de réaliser les recrutements nécessaires et suffisants pour pouvoir redonner aux équipes un effectif leur permettant de s'épanouir dans leur travail quotidien.

Il n'y aura pas d'inversion des flux d'entrée et de sortie du corps des Praticiens Hospitaliers en anesthésie-réanimation avant 2022 et la pénurie va donc encore durer un moment. Pire, elle va s'aggraver encore en raison des nombreux départs en retraite à venir et de la fuite de nos jeunes collègues qui quittent l'hôpital après leur formation finalisée. Les CHU ne seront pas épargnés il pourraient d'ailleurs être les plus touchés en raison de leur inertie et de l'apathie des chaînes décisionnelles. Le SNPHAR-E réclame donc des mesures urgentes pour sortir de cette spirale infernale qui conduira bientôt à une chute de pans entiers des activités chirurgicales et interventionnelles dans les hôpitaux. Comme rien n'est donné au niveau national, il va falloir aller chercher ces mesures localement et la concurrence fera le reste. De nombreux collègues l'ont compris et entament en ce moment des bras de fer avec leurs directions. Le droit et la Loi sont de notre côté, il faut donc faire monter la pression !

Yves Rébufat, Président du SNPHAR-E

La protection fonctionnelle : un acquis majeur, ... mais incomplet !

QU'EST-CE LA PROTECTION FONCTIONNELLE ?

Tout agent public bénéficie de la protection fonctionnelle s'il est victime d'une infraction à l'occasion ou en raison de ses fonctions. L'administration doit protéger l'agent, lui apporter une assistance juridique et réparer les préjudices qu'il a subis. C'est ce que traduit l'article 11 de la Loi 83-634 relative aux droits et aux obligations des fonctionnaires.

LES PRATICIENS PEUVENT-ILS EN BÉNÉFICIER ?

Jusqu'à présent, pour les praticiens hospitaliers, quel statut que ce soit, en dehors de celui des bi-appartenants permanents (PU-PH, MCU-PH) qui ont, eux, un statut de fonctionnaire, la réponse n'était pas claire, ou en tout cas peu explicite. En effet, pour beaucoup et à raison, les praticiens hospitaliers ne sont pas des fonctionnaires. Notre statut, même s'il est décliné depuis peu dans le code de la santé publique, est à part et ne relève pas de la fonction publique hospitalière ou de la fonction publique d'Etat. Nous ne sommes donc pas des agents publics « titulaires ».

Cependant, du fait de la quasi exclusivité de notre cadre d'exercice dans des établissements publics de santé, nous sommes des agents publics NON titulaires, et, à ce titre pour certains, la protection fonctionnelle ne pouvait pas s'appliquer. Pourtant, le II de l'article 50 de la loi n°96-1093 du 16 décembre 1996 et relative à l'emploi dans la fonction publique et à diverses mesures statutaires précisait que les dispositions de l'article 11 suscitait « sont applicables aux agents publics non titulaires ».

Donc, théoriquement, la protection fonctionnelle s'applique bien à nous. Encore fallait-il le savoir et le faire valoir à nos administrations ! Certes, ceci peut s'arranger rapidement quand l'auteur de l'infraction est un usager ou tout autre intervenant extérieur au monde hospitalier ; en revanche, des exemples récents (lanceurs d'alerte, ...) montrent que c'est loin d'être aussi simple quand l'infraction relève de l'administration elle-même.

LE DROIT À LA PROTECTION FONCTIONNELLE ENFIN INSCRIT DANS NOTRE STATUT

Afin que les situations restent claires et d'éviter de perdre du temps, la première urgence était d'inscrire le droit à la protection fonctionnelle dans notre statut. C'est ce qu'a réussi à obtenir Avenir Hospitalier. Dans son neuvième alinéa I, l'article 10 de la loi 2016-483 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires modifie l'article L.6152-4 du code de la santé publique (CSP) en insérant explicitement l'application de l'article 11 de la loi 83-634 aux praticiens hospitaliers relevant de ce chapitre du CSP, c'est-à-dire PH temps plein, PH temps partiel, Praticien contractuel, Praticien attaché, Assistant, Clinicien Hospitalier. Pour les PAC leur situation est inchangée.

L'article 11 a lui-même été modifié par l'article 20-1 de la loi 2016-483. La référence aux agents publics non titulaires, devenue inutile pour nous, a d'ailleurs sauté. Il est plus précis et plus complet envisageant plusieurs cas concrets :

- faits ayant été imputés de façon diffamatoire,
- faute de service sans faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions,
- poursuites pénales à raison de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions,
- atteintes volontaires à l'intégrité de la personne, les violences, les agissements constitutifs de harcèlement, les menaces, les injures, les diffamations ou les outrages dont l'agressé pourrait être victime sans qu'une faute personnelle puisse lui être imputée.

Cela reste une démarche volontaire de la part de l'agent agressé ou victime. C'est à lui d'en demander par écrit le bénéfice à l'administration par voie hiérarchique au service compétent dont il dépend. L'administration juge alors du bien-fondé de la demande, et entre autre qu'il n'existe pas de faute détachable du service. L'administration doit rendre un avis motivé, positif ou négatif.

En cas d'avis positif, cette protection fonctionnelle pourra consister en :

Les tensions liées aux GHT

Nous ne cessons de le répéter depuis plusieurs mois les groupes hospitaliers de territoires (GHT) sont bien le projet phare de la loi de santé de Marisol Touraine. Bien qu'à l'heure actuelle les discussions autour de ce projet soient encore assez vives, il commence progressivement à se mettre en place. Il existe de nombreuses tensions entre les différents acteurs, médecin, directeur, usagers, politiques, et parfois même des tensions au sein d'un même groupe d'acteurs. Chez les directeurs, par exemple, on ne voit pas les choses tout à fait de la même façon selon qu'on dirige un CHU ou un petit hôpital isolé. La peur de la phagocytose est très présente pour les uns, la peur de créer un monstre totalement ingouvernable pour les autres. Les usagers espèrent conserver des soins de proximité quand les médecins souhaiteraient plutôt rationaliser l'offre de soins sur un territoire défini pour en améliorer la qualité et la pertinence. Les politiques, quant à eux s'intéressent principalement à l'emploi que génère un établissement hospitalier, souvent premier employeur de la ville, et ne comprennent pas toujours le discours médical de rationalisation pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Aujourd'hui, il semble clair que le projet ne pourra se mettre en place aussi vite que le gouvernement l'aurait souhaité. Les obstacles sont nombreux et les difficultés sont révélées au fur et à mesure des discussions entre les différents acteurs. Dans les deux articles qui suivent nous avons voulu présenter les

points de vue d'un médecin hospitalier anesthésiste-réanimateur qui participe aux discussions au niveau de sa région et celui des psychiatres par la voix de Marc Betrémieux, président du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux qui présente un point de vue tout à fait spécifique à la psychiatrie sur le sujet. Bien que l'organisation de la psychiatrie en France soit souvent un mystère pour les autres spécialités médicales il nous a semblé important de partager avec vous ce point de vue émanant d'une spécialité dans lesquelles existaient déjà une organisation territoriale partagée avant l'apparition de l'idée même de GHT.

Pour notre part, nous pensons que la technicité croissante des actes médicaux ne permet plus ce saupoudrage de discipline « techniques » sur le territoire, que les moyens doivent être regroupés dans des établissements de bonne taille et qu'il convient avant tout de mettre le projet médical au cœur de ce fameux GHT. Si des soins de proximité sont évidemment nécessaires, la multiplication des plateaux techniques et des blocs opératoires avec des praticiens nomades pour les faire fonctionner n'est certainement pas la bonne solution. Le compromis doit donc être trouvé en prenant en compte le bassin de vie, l'isolement, l'offre de soins publique mais aussi privée. Ce n'est qu'en appréhendant l'ensemble de ces paramètres que l'on pourra faire un projet de territoire cohérent qui pourra apporter à la population une réponse sanitaire digne de notre siècle.

Exemple de la difficulté de la mise en œuvre des GHT : la psychiatrie

QUELLES ORGANISATIONS TERRITORIALES POUR LA PSYCHIATRIE ?

Les usagers, familles et professionnels de la psychiatrie tiennent aux principes de prévention, de proximité, de continuité des soins, de réhabilitation au cœur de la discipline.

La psychiatrie publique a structuré un dispositif de parcours de soins en santé mentale dont les évolutions ont été majeures grâce à la politique de sectorisation.

Pour une politique de santé mentale performante et efficace, les spécificités de la psychiatrie doivent être inscrites au niveau de son système d'organisation et de planification.

Le premier Ministre a affirmé que la psychiatrie est une priorité nationale et la Ministre de la Santé a garanti dans sa lettre du 16 octobre 2015 des orientations prenant en compte ses spécificités.

La Loi de modernisation de santé mentale prévoit des Communautés Psychiatriques de Territoire (CPT) qui pourraient constituer un dispositif spécifique structurant de soins s'il est acté dans le cadre de la

territorialité en psychiatrie. Nous demandons que les établissements disposant d'activités de psychiatrie participent à une (ou des) Communauté(s) Psychiatrique(s) de Territoire avec une (ou des) instance(s) de gouvernance représentative(s).

Il est également impératif d'identifier et de préserver au sein des regroupements d'établissements le budget consacré à la psychiatrie sur la base des dotations annuelles de financement.

Seuls ces principes garantiront la préservation de la psychiatrie et l'efficacité de la politique de santé mentale dans les GHT (article 107 de la LMSS).

ORGANISATION TERRITORIALE DE LA PSYCHIATRIE (ARTICLE 69 LMSS)

En articulation étroite avec les équipes de soins primaires constituées autour des médecins généralistes sur la base d'un projet de santé, l'organisation de la psychiatrie s'inscrit dans la dimension du territoire (coordination dite de second niveau) devant aboutir à la proposition d'un projet territorial de santé mentale (Article 69).



Dans le cadre d'une politique de santé mentale associant l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux d'un territoire, nous sommes donc amenés à nous impliquer dans l'élaboration de ce projet territorial de santé mentale, déclinée en trois étapes :

- le diagnostic territorial partagé, qui doit être élaboré par les professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale et ce à leur initiative.
- le projet territorial de santé mentale, qui doit organiser les conditions d'accès de la population à la prévention et, en particulier, au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles, à l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prise en charge spécifiques, aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale.
- le contrat territorial de santé mentale, conclu avec l'ARS qui décline les actions, les missions, les engagements, les moyens et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation.

Une Commission territoriale spécialisée en santé mentale doit se mettre en place et être reconnue par les ARS. Enfin, les établissements de service public hospitalier signataires de ce contrat territorial de santé mentale pourront constituer une Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT).

LA COMMUNAUTÉ PSYCHIATRIQUE DE TERRITOIRE (CPT)

C'est l'instance qui devrait être le support de la poli-

tique de psychiatrie sur un territoire de santé mentale dans toutes ses dimensions : participation à l'élaboration du diagnostic en psychiatrie et santé mentale en articulation avec le Conseil Territorial de Santé Mentale, développement de cette politique dans le cadre du projet territorial de psychiatrie et santé mentale conforme au projet régional de santé, à l'offre de soins existante et intégrant les projets de développement d'activités.

La Communauté Psychiatrique de Territoire est garante de l'évaluation de la mise en œuvre du projet territorial de psychiatrie et santé mentale en articulation avec les Groupements Hospitaliers de Territoire, l'ARS et la politique nationale.

La mise en place fonctionnelle de communautés psychiatriques de territoire et de santé doit être généralisée. C'est la première étape essentielle à l'élaboration des projets médicaux partagés des GHT.

LA NÉCESSAIRE RECONNAISSANCE DES SPÉCIFICITÉS DE LA PSYCHIATRIE FACE AUX GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE (ARTICLE 107 LMSS)

Selon la loi, le GHT repose sur un projet médical qui doit définir une stratégie médicale au sein de laquelle apparaît l'organisation par filière d'une offre de soins graduée.

La psychiatrie de secteur répond indépendamment des GHT à ces critères : ▶▶▶

► ► ► GHT : la psychiatrie

- C'est une filière de soins à part entière du fait de son organisation sectorisée qui couvre l'ensemble du territoire. Elle organise des parcours de soins selon une succession de séquences telles que l'accueil en Centre Médico Psychologiques (CMP), en services d'urgences ou en centre de crise, l'orientation vers le soin ambulatoire grâce aux CMP, aux équipes mobiles sectorielles, aux Centre d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP) ou de prise en charge en hôpital de jour psychiatrique, l'hospitalisation.

La Loi sur les soins sans consentement prévoit de soins sans consentement en ambulatoire sous forme de programmes de soins, initiés obligatoirement par une phase d'hospitalisation complète : cette spécificité d'activité de la psychiatrie définie par les lois du 27 septembre 2013 et du 5 juillet 2011 qui place les soins sans consentement sous responsabilité d'un établissement de santé, fait référence à une spécificité d'organisation définie par l'article L 3222-1 qui ne peut pas être balayée par les GHT polyvalents.

Les soins et accompagnements en psychiatrie constituent aussi une modalité spécifique de la filière de soins comparée aux soins MCO, avec des alternatives à l'hospitalisation particulières telles que les centres de postcure psychiatrique, les services d'hospitalisation longue durée, l'orientation en structure médico-sociale adaptée avec maintien du suivi psychiatrique, les unités de réhabilitation.

- La psychiatrie de secteur est déjà organisée en offre de soins graduée. À la fois activité et filière de soins, la psychiatrie sectorisée est fondée sur cette graduation des soins de la proximité aux soins de recours. Selon le décret sur les GHT, le projet médical partagé doit faire apparaître des activités listées dans l'article L 3222-1 : pour la psychiatrie, chacune de ces activités est liée aux autres dans la politique de sectorisation et fonde ainsi la graduation de l'offre de soins spécifique à la psychiatrie.

Pour conclure, l'organisation du dispositif de psychiatrie publique que devrait transformer l'article 107 de la LMSS ne peut être lue autrement qu'au prisme de l'article 69.

*Marc Bétrémieux, Président, Isabelle Montet, Secrétaire général
Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux*

Mise en place des GHT : réflexions avant leur mise en œuvre

Alors que la mise en place des GHT approche, alors que la carte hospitalière régionale s'apprête à être largement modifiée, nous nous sommes entretenus avec Cyrille Venet, praticien hospitalier anesthésiste-réanimateur, dans la région de Grenoble. Comment les GHT sont-ils reçus dans cette partie du territoire ? Comment imagine-t-il l'avenir de son établissement ? Autant de questions auxquelles il a accepté de répondre.

Quels thèmes sont abordés au cours des discussions sur la future mise en place des GHT ?

Cyrille Venet : Les thèmes sont bien décrits à la fois dans la Loi et dans le décret d'application de l'article 107 qui date du 29 avril dernier et sont donc déjà connus. Cependant, j'ai été frappé par le fait que les discussions ont été enclenchées à l'avance, avant même que la Loi ne soit mise en place.

Nous avons commencé à discuter du partage de certaines activités de support : l'informatique médicale, la centralisation des achats, la stérilisation, les pharmacies, les laboratoires de biologie. Tout le monde est d'accord pour le partage de ces activités, mais dès qu'on rentre dans le détail du déroulement de sa mise en œuvre, les choses se compliquent. Certaines activités ont mis trente ou quarante ans à se construire et ce n'est pas forcément évident de modifier leur fonctionnement. Cela peut même être dangereux, surtout si c'est fait dans la précipitation. J'exposerai deux exemples :

- Dans ma région, il était déjà question de regrouper les laboratoires bien avant qu'on ne parle de GHT. Le laboratoire de mon hôpital est déjà dimensionné au strict minimum pour l'urgence. Nous nous sommes basés sur un dogme selon lequel il fallait regrouper les laboratoires et on s'est rapidement aperçu qu'en pratique si on supprimait un médecin ou une compétence, cela déstabilisait tout le système. Après des mois de discussions, on a constaté qu'il n'y avait que les hémocultures, et uniquement lorsqu'elles sont positives, qu'on pouvait envoyer au CHU. Mais, qui va les transporter ? les emballer ? Ces questions demeuraient malgré tout.

■ Quant à la centralisation des achats, pour les huit hôpitaux qui constituent le GHT grenoblois, les directeurs « *ne savent pas s'ils auront de meilleurs prix, si la qualité sera meilleure mais pensent que, quoiqu'il en soit, en se regroupant en centrale d'achats cela permettra d'économiser deux postes* ». Ainsi, on se rend compte que le raisonnement qui prévaut est le fait d'économiser des postes : de soignants ou de médecins. Ce sont des calculs inquiétants qui ne laissent rien présager de bon pour la suite que ce soit pour les PH, les personnels hospitaliers et surtout les patients.

SNPHAR-E : Dans de le cadre des ces discussions quels problèmes rencontrez-vous au sein de votre établissement et de votre région ?

Cyrille Venet : Théoriquement, les GHT peuvent être une bonne chose puisque la Loi est sensée aider les établissements hospitaliers. Cependant, elle pourra tout autant leur porter préjudice si le seul objectif est l'économie des postes.

C'est ce constat qui ressort des discussions que nous avons en ce moment.

Effectivement, le mot d'ordre : « *Regroupons nous au mieux et on pourra faire la même chose en étant moins nombreux* » est aujourd'hui contredit par la réalité. La plupart des établissements supports de ma région (Annecy, Chambéry, Grenoble, Bourgoing) ont l'illusion de

pouvoir tirer bénéfice de ces regroupements. Ils pensent attirer à eux des éléments matériels et humains. En revanche, les présidents de CME des établissements « périphériques » sont très inquiets. En effet, ils font déjà du funambulisme et savent que la situation est très complexe. Si leur équilibre est menacé, si on leur « prend » des activités ou si on supprime du personnel, leur établissement peut clairement être mis en danger.

Je prends un exemple qui peut s'appliquer à toutes les spécialités médicales : aujourd'hui, un établissement qui se consacre essentiellement à la rhumatologie, et qui a du mal à trouver des kinésithérapeutes va mettre en place des mesures avantageuses pour les attirer. Dans le cadre du GHT, s'il y a une équipe de kinésithérapeutes pour 9 hôpitaux, et si on supprime les avantages que certains hôpitaux donnaient à leurs kinés, dès qu'il y aura des absences, des activités nouvelles à mettre en place on peut craindre que ce soit l'établissement support qui décidera et organisera les

équipes en privilégiant son activité au détriment de celle des petits hôpitaux.

Les promoteurs de la Loi disent que ce n'est pas le but et que ça n'arrivera jamais. Il n'empêche que la plupart des médecins, la plupart des PH sont vraiment très inquiets par rapport à ça.

SNPHAR -E : Comment imaginez vous l'avenir des praticiens et des établissements hospitaliers après la mise en place des GHT prévue au début du mois de juillet ?

Cyrille Venet : Actuellement je me positionne plutôt en tant qu'observateur, tout en participant aux réunions. Mon objectif est de maintenir les activités dans mon hôpital. Même si je pense que le but des GHT est de regrouper les établissements et donc de fermer un certain nombre de structures et de plateaux techniques.

La médecine de « puzzle », le nomadisme médical, est déjà en train de prendre une ampleur considérable. Cela a toujours existé mais actuellement

les médecins deviennent des « consultants », il y a de moins en moins de médecins permanents or la médecine se pratique en étant présent.

Dire que les GHT vont régler le problème de l'intérim, est une fausse idée, voire un mensonge.

Le principal problème de la médecine française c'est la question du *numerus clausus*. Le temps médical fourni globalement a diminué, et continue de diminuer. On forme 8 000 internes par promotion, mais la formation est plus longue, les médecins travaillent moins qu'avant et heureusement ! car on a densifié leur activité.

En conclusion, le regroupement des établissements n'est pas la seule solution pour pallier les difficultés actuelles, je pense que la solution réside principalement dans l'augmentation du nombre de médecins.



“

Dire que les GHT vont régler le problème de l'intérim est une fausse idée, voire un mensonge !

”

La loi EL KHOMRI : menace sur le statut de Praticien Hospitalier Entrons en résistance...

La loi El Khomri présente un réel impact sur le code du travail. C'est une menace insidieuse sur la pérennité de notre statut de PH.

Pour commencer prenons le temps de relire le ressenti d'une nos collègues exprimé lors du renouvellement de sa cotisation 2016 (voir ci-dessous).

*J'ai beaucoup hésité à renouveler ma cotisation...
Par découragement. Dans le service où je travaille encore, sur 9 PH que nous étions en décembre 2015, nous restons 2 : 2 départs à la retraite et 4 départs simultanés volontaires, de jeunes collègues entre 37 et 40 ans.
Je travaille avec des intérimaires, je vois postuler des « assistants », praticiens de tout poil « contractuels », « cliniciens » et jamais « hospitaliers ».
Ce concours existe-t-il toujours ?
Ce statut, type CDI, est-il voué à une mort prochaine, comme partout ailleurs dans le monde du travail ?
Mais bon, s'il y a des déserteurs, sans doute faut-il des résistants...*

Alors oui entrons en Résistance...

Le SNPHAR-E en tant qu'organisation syndicale responsable, a procédé à l'analyse des versions initiale et récente de la Loi El Khomri. Sans faire une exégèse fastidieuse, il convient de revenir sur des points particuliers, des articles disons très litigieux, voire dangereux (<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/projets/pl3600.pdf>). Il existe néanmoins des articles bénéfiques (articles L.3121-1, 2, 3 et 4) mais que notre ministère de tutelle refusera certainement d'inclure dans notre statut de PH, grâce au « champ de la négociation collective », cette dérogation, qu'entraîne ce « champ de la négociation collective » étant à l'origine de la réaction des organisations syndicales.

L'ARTICLE 2 DE LA LOI EL KHOMRI

Les article L.321-5, 6 et 7 : il s'agit d'une inversion des

normes. Désormais, une convention (instauration du principe du contrat de gré à gré employeur-salarié de type anglo-saxon) ou un accord d'entreprise peut prendre le pas sur accord de branche.

Le statut de PH est un accord de branche. Il devient donc possible d'y déroger... sans recours au dialogue social avec les organisations syndicales professionnelles comme le SNPHAR-E. L'objectif étant de court-circuiter les syndicats corporatifs pour mettre de la fluidité, de la souplesse dans le management par une contractualisation directe employeur-salarié.

L'article L.321-4 : précise que le temps de travail pour se rendre sur le lieu d'exercice d'un contrat de travail n'est pas du temps de travail effectif, mais l'objet de contrepartie sous la forme de repos ou sous une forme financière. Avec l'avènement de la médecine hospitalière « foraine » par la mise en place de Groupes Hospitaliers de Territoires (GHT), on voit toute de suite l'impact pour les collègues qui seront amenés à faire des consultations dites « avancées » dans le cadre des GHT.

Mais poursuivons un peu plus loin cette lecture fastidieuse pour nous pencher sur les articles.

L'article L.321-11 définit le champ d'application de l'astreinte. Par rapport à la première version, nous avons perdu l'applicabilité d'un passage, qui aurait été le bienvenu pour la clarté des modifications statutaires portées en 2013 sur l'astreinte.

Ces modifications ont fait l'objet d'un recours de la part du SNPHAR-E en conseil d'Etat qui a obtenu en partie gain de cause :

« Lorsque le salarié est intervenu pendant la période d'une astreinte, il bénéficie, à l'issue de la période d'intervention, d'un repos compensateur au moins égal au temps d'intervention, lui permettant de bénéficier au total d'au moins 11 heures de repos quotidien ou 35 heures de repos hebdomadaires ».

Manifestement la qualité de l'écriture des modifications statutaires sur l'astreinte de PH en 2013 n'a pas été à

la hauteur de celle requise pour l'écriture de cette Loi modifiant le Code du Travail.

ABORDONS LA DURÉE DE TEMPS DE TRAVAIL.

L'article L 3121-12 introduit le régime de l'équivalence qui constitue un mode spécifique de détermination du temps de travail effectif et de sa rémunération pour des professions et des emplois, comportant des périodes d'inaction.

Vous saisissez ici l'impact sur le temps de travail effectué lors des gardes sur place, qui comportent inéluctablement des périodes inactives... Cela explique certainement pourquoi notre ministère de tutelle se refuse, par anticipation, d'accréditer à la hauteur de 5 demi-journées les 24H d'activité continue que nous effectuons après une activité de jour une garde de nuit sur place.

Nous rappelons l'engagement du SNPHAR-E au niveau européen pour éviter l'extension de ce régime d'équivalence à notre activité de garde sur place. En cas d'extension au statut de PH, nous saurons faire un recours auprès des juridictions européennes.

Les articles L.321-19,21, rappellent que la durée maximale hebdomadaire du travail ne peut dépasser 48H hebdomadaire. La durée hebdomadaire de travail calculée sur une période de 12 semaines consécutives (3 mois) ne peuvent dépasser 44 heures.

Cette mesure est conforme à la circulaire du 10 juillet 2015 DGOS/RH4/2015/2354 relative aux modalités de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecines d'urgences prévues par la circulaire DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014.

En revanche, dans des situations exceptionnelles (article L. 312.20), l'autorité administrative peut autoriser un dépassement dans la limite de 60 heures hebdomadaires. Manifestement, la pratique usuelle de l'Anesthésie-réanimation dans certains établissements présente un caractère exceptionnel. Elle l'est d'autant plus, au nom de l'efficacité et l'équilibre budgétaire, puisque que le delta 48-60H n'est même pas comptabilisé et honoré... une forme de volontariat forcé.

Les articles L.321-17-18 21 définissent durée quotidienne du travail effectif : 10 heures. Une convention ou un accord d'entreprise peut prévoir un dépassement dans la limite de 12 Heures.

Pour le SNPHAR-E, un travail diurne d'un site opé-

ratoire en 12H, se doit de se faire sous la forme du volontariat des PHAR, et se doit d'être crédité dans sa totalité, dans le temps de travail hebdomadaire.

LA FORFAITISATION ANNUELLE DU TEMPS DE TRAVAIL

La forfaitisation du temps de travail est un mécanisme qui permet un lissage du temps de travail sur l'année. Cette forfaitisation est accessible par contractualisation sur le plan individuel entre le salarié et l'employeur. Il s'agit de salariés ayant une grande autonomie dans leur emploi du temps (*a contrario* des PHAR qui travaillent dans les blocs opératoires et les réanimations) ou pour les salariés dont l'emploi du temps ne suit pas les organisations du service ou de l'entreprise. Ces forfaits annuels en heures ou en jours sont des accords d'entreprise. Les forfaits jours ne peuvent excéder la limite de 218 jours (ce qui est déjà une perte de 10 jours de RTT).

Ces forfaits annuels en heures ou en jours sont des accords d'entreprise. Les forfaits jours ne peuvent excéder la limite de 218 jours (ce qui est déjà une perte de 10 jours de RTT).

Patrick Dassier, Trésorier du SNPHAR-E

Au total

Le SNPHAR-E est particulièrement vigilant à l'évolution du contenu de la Loi EL KHOMRI, car celle-ci aura un impact sur notre statut de Praticien Hospitalier tant au niveau de son contenu que dans sa pérennité. La contractualisation individuelle est un mirage aux alouettes qui risque de satisfaire la dérive à l'individualisme de notre société.

La Loi EL KHOMRI suscite déjà des appétits de réformes pour l'après juin 2017, les élections présidentielles. Si la suppression des 35 heures est souvent évoquée, nous devons être interpellés car le corolaire sera la suppression des jours RTT. Quel sera l'impact sur nos CET ? Quelle sera la durée hebdomadaire de notre temps de travail en septembre 2017 ? Quid de la rémunération d'un éventuel delta 44H-48H ?...

D'autant qu'actuellement le delta 39-48H n'est pas pris en considération tant sur le plan financier que temporel... Cette pratique permettant aux administrations hospitalières de nous faire travailler insidieusement, 5 semaines par mois de 35H et de nous en rémunérer simplement quatre.

Face à ces enjeux, la vigilance est de mise et nous devons être capable d'entrer en résistance pour défendre les avancées sociales que nous avons obtenues depuis 1984, date de la création du statut de PH.

La nature a horreur du vide

Vacances de postes de Praticiens Hospitaliers d'Anesthésie Réanimation (PHAR)

Le SNPHAR-E s'est trouvé dans l'obligation de déposer un préavis de grève à l'APH HP pour obtenir la reprise d'un dialogue social afin de réamorcer des propositions sur le manque d'attractivité des postes de PHAR.

La présentation du rapport Hannoun lors d'une CME (« La Chirurgie dans les Hôpitaux de l'AP-HP : Quelles évolutions s'imposent ? Pour quelles structures ? ») a mis en évidence **la dégradation des conditions de travail pour les PHAR :**

- intensification du travail journalier,
- dépassements très fréquents et importants des horaires de fin de programme opératoire,
- imposition d'une polyvalence forcenée pour boucher les trous de planning,
- forte contrainte de la permanence des soins,

Le tout sans la perspective financière pratiquée par le secteur libéral, ou la perspective organisationnelle proposée par les ESPIC et des hôpitaux généraux franciliens.

Les mesures d'attractivité proposées en 2012 par les PHAR élus à la CME de l'AP-HP (PHAR, 62, 2 octobre 2012 : http://www.snphar.com/data/A_la_une/phar62/9-dossier4-phar-62.pdf) n'ont jamais été retenues. En 2014, la cellule de la CME centrale sur « l'attractivité en Anesthésie-Réanimation » avait retenu 3 mesures. Une seule mesure fut partiellement appliquée : **la prise de fonction de PH Contractuel pour les anciens CCA au niveau d'un 4^e échelon plus 10 %.**

La course à la productivité et à l'efficacité a considérablement dégradé les conditions de travail des PHAR. De nombreux collègues ont préféré rejoindre des établissements proposant une meilleure organisation de travail. Certains de nos seniors ont avancé l'âge de leur retraite, pour aller faire de l'intérim dans la région ou dans certains établissements de l'APHP.

Le rapport Hannoun reprend certaines de nos propositions : **la comptabilisation réelle du temps de travail par le passage en temps continu, la reconnaissance des temps de dépassements de fin de programme, et la comptabilisation de la période nocturne (18H30-8H30) à la hauteur de 3 DJ.**

La nature ayant horreur du vide, **un dumping social occulte** s'est instauré entre les groupements hospitaliers, pour

maintenir le niveau d'activité :

- Mise en place de l'intérim interne
- Organisation du travail hebdomadaire en 4 jours, (sans garde)
- Comptabilisation de la garde à la hauteur de 3 demi-journées (DJ),
- Comptabilisation des dépassements de fin de programme.

Pour assurer le bon fonctionnement des établissements de l'APHP, le pragmatisme et la réalité de terrain ont favorisé **des stratégies de contournement. Ces stratégies confirment les revendications du SNPHAR-E.** D'où la demande **de généralisation de ces mesures**, qui n'ont manifestement pas obéré l'équilibre financier.

Suite au préavis de grève, un audit va être mise en place sous l'égide du Président de la COPS centrale de l'APH pour faire le bilan et l'impact de ces mesures de contournement. Un groupe attractivité pour l'Anesthésie-Réanimation se réunira au mois de juin 2016.

Patrick Dassié, Trésorier du SNPHAR-E

Le SNPHAR-E réitère ses revendications :

- **Le remplacement par un PH contractuel** de tout PHAR qui anticipe sa cessation d'activité par l'utilisation de CET (mesure obtenue en 2014). Actuellement, le départ anticipé par libération du CET avant la retraite retentit sur les PHAR restants, par une intensification de leur travail. L'administration faisant ainsi une économie budgétaire de 62 400 euros (208 jours de RTT x 300 €). Pourtant, les CET sont sensés être financés, à moins que cela soit une stratégie pour justifier des suppressions de postes de PHAR.
- **L'extension de la circulaire sur le temps continu des Urgentistes à l'Anesthésie Réanimation** (promesse ministérielle de décembre 2014 toujours en attente)
- **La reconnaissance à 5 demi-journées pour toute 24H d'activité continue**, dans le décompte hebdomadaire statutaire...

Il convient de se mobiliser car des nuages s'accumulent sur la pérennité du statut de PH : il s'agit de la Loi El Kohmri (cf article p.12-13).

Evolution du métier d'anesthésie-réanimation

Dans ce dossier, plusieurs aspects et points de vue sur l'évolution du métier d'anesthésie-réanimation sont abordés, notamment sur l'évolution du partage de tâches entre médecins et paramédicaux.

Les délégations de tâches

Le partage des tâches entre médecins et paramédicaux est en pleine évolution. Les pouvoirs publics parlent d'une nécessité du fait d'une crise démographique et financière non anticipée. Le transfert de tâches médicales vers des personnels non médicaux est donc devenu un débat récurrent (Loi HPST 2009, Loi de Santé 2016).

QUELQUES DÉFINITIONS

On parle alternativement de délégation ou de transfert de tâches, de coopérations ou de pratiques avancées. De quoi s'agit-il exactement ?

- **La délégation** désigne l'action par laquelle le médecin confie à un autre professionnel de santé la réalisation d'un acte de soin. Elle comprend l'idée de supervision. La responsabilité du délégant (médecin) est engagée et celle du délégué (IADE) également dans la réalisation de l'acte.
- **Le transfert de tâche** se définit comme l'action de déplacer l'acte de soin d'un corps professionnel à un autre mais aussi de déplacer la responsabilité. Les professionnels sont alors autonomes dans la décision et la réalisation (en ophtalmologie, des tâches ont été transférées du médecin vers l'orthoptiste qui peut, sous certaines conditions, renouveler des verres).
- **Le transfert de tâche dans le cadre d'une coopération** type Article 51 (Loi HPST 2009) prévoit, pour celui qui transfère des activités, un devoir de surveillance, de contrôle, d'évaluation et, au besoin, d'assistance. L'absence de contrôle constituerait une faute. Il s'agit donc d'un transfert de tâche sans transfert intégral de la responsabilité.
- **La compétence** se définit comme la maîtrise d'une combinaison de savoirs (connaissance et expérience) et la capacité du professionnel à mobiliser ses ressources dans une situation donnée. La compétence, faisant référence à la personne qui l'a acquise et au contexte de l'action, ne peut se déléguer, ni se transférer, d'un contexte à l'autre.

■ **Les pratiques avancées** ouvrent la possibilité à des auxiliaires médicaux de réaliser des actes de prévention, d'évaluation clinique, de diagnostic, des actes techniques, de surveillance, des prescriptions d'examens complémentaires, de renouvellements ou d'adaptation de prescriptions médicales.

■ **Le glissement de tâche.** Lorsque les soins sont réalisés par un autre professionnel qui se les « approprie » en dehors de tout cadre réglementaire, on parle de « glissement de tâche ».

L'IADE AGIT AUJOURD'HUI DANS LE CADRE DE LA DÉLÉGATION

L'Article 10 du Décret de compétence du 11 Février 2002 précise que : « *L'infirmier anesthésiste diplômé d'état (IADE) est seul habilité, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste réanimateur (MAR) a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes : AG, ALR et réinjection dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur, réanimation per-opératoire. Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du MAR, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole* ».

La lecture de ce décret doit se faire à la lumière des recommandations du Conseil National de l'Ordre des Médecins publiées en Décembre 2001 qui précisent la responsabilité exclusive du MAR pour certains actes : la consultation pré-anesthésique, la prescription de l'anesthésie (type, agents, surveillance), la réalisation d'une ALR, la prescription de médicaments ou de transfusions rendues nécessaires par l'état du patient en cours d'anesthésie, la mise en œuvre de techniques invasives, la prescription de soins et des examens postopératoires et la décision de sortie de la salle de surveillance post-interventionnelle.

Type de contrat	Objet de contrat (type d'acte)	Cadre contractuel	Responsabilité de l'objet	Modalité de supervision	Professionnels concernés (exemples)
Glissement de tâche	Actes de soins : geste technique, procédure de soins, stratégie thérapeutique,...	Aucun	Partagée entre le délégant et le délégué avec une responsabilité de supervision	Règles communes d'équipes	IADE / AR PNM / Médecin
Délégation de tâche	Gestes techniques	Prescription écrite, dossier médical	Partagée entre le délégant et le délégué avec une responsabilité de supervision	Proximité / disponibilité immédiate	PNM / Médecin
Délégation de tâche en anesthésie	Gestes techniques	Prescription, dossier d'anesthésie Décret de compétence 11 février 2002, formation diplômante	Partagée entre l'AR et l'IADE avec une responsabilité de supervision	Proximité / disponibilité immédiate	IADE / AR
Transfert de tâche dans le cadre d'une coopération interprofessionnelle Protocole 51	Geste technique et/ou procédure de soin médical	Protocole validé par HAS	Partagée entre le délégant et le délégué avec une responsabilité de supervision. Engagement respectif des parties sur le protocole	Contrôle du respect du protocole	IADE / AR PNM / Médecin
Transfert de tâche	Acte de soin non médical (normalement limité à l'intégrité corporelle...)	Décret de compétences (référentiel de compétences professionnelles) et formations diplômantes	Pleinement par le délégué	Absence : autonomie professionnelle du délégué	Professionnels
Pratiques avancées	Stratégie thérapeutique	Formation diplômante (master) et règlements ordinaires	Pleinement par le délégué	Absence : autonomie professionnelle du délégué	Métiers intermédiaires

Le terme « appliquer » a été sciemment choisi, il est différent de « réaliser », c'est donc bien le MAR qui prescrit et qui fait l'anesthésie.

L'anesthésie est un acte médical qui ne peut être pratiqué que par un MAR. L'IADE ne peut pas entreprendre seul/e une anesthésie de quelque type que ce soit en l'absence d'un MAR. L'IADE agit dans le cadre de la délégation de tâche sur des principes de prescription.

Et demain... les pratiques avancées (Art 119 Loi de Santé 2016) ?

- « Le professionnel agissant en pratique avancée est responsable des actes qu'il réalise dans ce cadre ». L'évolution vers les pratiques avancées doit donc passer par une modification des formations et des qualifications, la définition de nouveaux contours des métiers aboutissant à la création de professions intermédiaires.
- L'anesthésie réanimation est la 1^{ère} spécialité à s'être engagée sur la délégation de tâches, sans mettre en péril la sécurité des patients puisque la mortalité peropératoire a été réduite d'un facteur 10 au cours des trente dernières années. Du fait de cette expérience dans la délégation de tâches faut-il aller vers les pratiques avancées ? ce qui impliquerait d'autonomiser plus nos collaborateurs que sont les IADE y compris en termes de responsabilité juridique. Cela ne peut s'envisager qu'au prix d'une formation adaptée et d'une articulation interprofessionnelle renforcée.
- Se pose également de fait la question de l'attitude des assureurs aux responsabilités nouvelles des IADE désormais en 1^{ère} ligne dans les actes réalisés..

LES PROPOSITIONS DU SNPHAR-E

La réflexion sur les pratiques avancées doit s'intégrer dans une évolution des prises en charge et de l'organisation. Des considérations purement financières et les déviances de l'intérim ne sauraient constituer la base d'une réflexion sur le partage des tâches.

Faute de MAR, les équipes peinent à se constituer et à se pérenniser, ce qui favorise l'engagement d'intérimaires et met à mal la construction collective. Face à des intérimaires connaissant mal les pratiques des équipes, l'IADE devient ainsi l'interlocuteur privilégié, le glissement de tâche se fait naturellement vers lui et ceci sans aucun socle juridique.

C'est l'occasion de rappeler que faire face aux impératifs de qualité et de quantité, c'est aussi stabiliser l'équipe d'anesthésie en travaillant notamment sur l'attractivité.

L'activité anesthésique n'est pas comptabilisée comme un geste médical technique mais comme une stratégie thérapeutique ou une procédure. C'est un frein à l'application d'une évolution du périmètre professionnel des IADE par le transfert de tâche. Une démarche de comp-

“

L'anesthésie est et doit rester un acte médical réalisé en collaboration avec les IADE pour garantir une pratique en toute sécurité.

”

tabilité analytique semble ici nécessaire. De plus, la tarification de l'anesthésie demeure actuellement une totale aberration et une réflexion sur le sujet s'impose. En effet, comment savoir de quelle façon déléguer une tâche alors même que la qualification de celle-ci est rendue floue par le système de tarification?

Si des évolutions peuvent s'envisager, il n'en demeure pas moins que le respect de la réglementation n'est

pas discutable. Du fait de sa responsabilité, c'est le médecin qui décide de déléguer ou non. C'est une des facettes de l'autonomie professionnelle (décret « sécurité en anesthésie » de décembre 1994, décret de compétence des infirmiers de 2002, recommandations du Conseil National de l'Ordre des Médecins de Décembre 2001).

À ce propos, il est important de rappeler que si l'idée a germé dans l'esprit de certains gestionnaires de profiter d'un élargissement des délégations pour augmenter le nombre de salles prises en charge par le médecin, rappelons que le Conseil National de l'Ordre des médecins spécifie : « *On ne saurait imposer au médecin anesthésiste-réanimateur d'entreprendre plusieurs anesthésies simultanément, ni être responsable de plus de deux salles interventionnelles en même temps. Cette responsabilité doit*



être évaluée par lui-même, avec possibilité d'un refus, en fonction du type d'intervention et de la gravité du patient ».

Les protocoles de coopération (art. 51 de la loi HPST de 2009) restent à l'initiative des équipes médicales et doivent répondre à un besoin identifié. L'ARS et l'HAS s'assurent que « la volonté de l'ensemble des parties prenantes de coopérer est avérée ».

LE TRANSFERT DE TÂCHE EN ANESTHÉSIE ?

Nous l'avons vu, les « arguments » financiers et les déviations de l'intérêt ne sauraient justifier un tel transfert.

L'argument des difficultés actuelles en termes de démographie médicale, et anesthésique en particulier, n'est pas plus pertinent car la démographie des IADE n'est pas meilleure et que le nombre d'internes formés en anesthésie-réanimation connaît une augmentation significative depuis plusieurs années.

Le transfert de tâche en anesthésie est-il vraiment licite ?

Pratiquer l'anesthésie ce n'est seulement ment réaliser une suite d'actes isolés et indépendants qui pourraient parfois et dans certaines circonstances être délégués. C'est avant tout établir et réaliser une procédure ou stratégie qui permet de garantir au patient des soins de qualité en toute sécurité au cours de la période péri-opératoire.

- On pourrait se demander si, comme à l'image des sages-femmes en obstétrique, il serait pertinent de créer un « espace physiologique » en anesthésie ? et L'IADE serait alors en charge des patients ASA 1 tant en consultation qu'au bloc. Cependant, tout MAR voit bien le danger d'une telle pratique car le score ASA ne peut être établi qu'au travers de connaissances médicales, et les événements péri-opératoires nécessitant des compétences médicales peuvent survenir à tout moment, y compris chez le patient ASA1.
- Le protocole 51 autorise le transfert concernant les gestes techniques (ALR, pose de cathéter veineux central...). Est-ce pertinent ? Dans ce modèle, le médecin ne serait que le prescripteur et l'IADE un



prestataire technique. On voit bien là encore l'absurdité de la chose. Comment être un bon prescripteur si on ne connaît plus le geste, ses difficultés et ses conséquences ? Comment en gérer les éventuelles complications ? Dissocier la réflexion et l'acte est un total non sens.

Restons donc vigilants quant au « tronçonnage » d'une spécialité aussi transversale que l'Anesthésie-Réanimation. Ce d'autant que cette transversalité participe très largement à l'attractivité de la spécialité notamment auprès des plus jeunes. À vouloir diminuer la pénurie, on pourrait l'aggraver.

Il est tout à fait légitime d'étendre le champ de compétence de nos collaborateurs IADE, par exemple dans les SSPI. En revanche la démographie difficile des MAR actuellement et/ou des aspects purement financiers ne doivent en aucun cas servir de socle à une délégation de tâches mal ficelée.

L'anesthésie est et doit rester un acte médical réalisé en collaboration avec les IADE. C'est la coopération MAR/IADE qui garantit une pratique de l'anesthésie dans les règles de l'art, en toute sécurité.

Catherine Antoun, Grégory Wood - Secrétaire général du SNPHAR-E

Délégation de tâche pour la pose de cathéter : pour ou contre ?

Le protocole 51 de la Loi HPST a été déployé pour déléguer la réalisation d'un acte médical au personnel paramédical, sous réserve d'une procédure validée garantissant une formation spécifique et d'un système d'assurance qualité. Le SNPHAR-E a rencontré les Pr Claude Ecoffey (Président du CNP-AR) et Francis Bonnet (Président de la SFAR) afin qu'ils nous expliquent leur position sur la délégation de tâches pour la pose de voies veineuses centrales par les infirmiers et quels sont les risques de dérives selon eux.

PHAR-E : Cette modalité de délégation a été appliquée pour la pose des voies veineuses centrales (VVC) par des IDE sous la responsabilité d'un anesthésiste-réanimateur. Quelle est votre position sur cette modalité de délégation ?

Pr Francis Bonnet : Si l'on considère l'évolution de la profession d'infirmier, par rapport aux nouvelles tâches éventuelles apparaissant au fur et à mesure de l'évolution de la médecine, on ne peut voir les choses que positivement. Une profession qui reste figée, qu'elle soit médicale ou paramédicale, est en inadéquation avec l'évolution des besoins des patients et avec la nécessité d'organiser les soins de la façon la plus efficiente possible, d'un point de vue économique certainement mais pas uniquement, le plus important étant de donner un soin de qualité au patient.

En ce qui concerne la mise en place de VVC, il faut distinguer le geste technique lui-même et l'indication du geste, son contrôle, son suivi qui sont autant d'éléments, certes complémentaires, mais pas forcément associés.

Un geste technique correctement enseigné qui se pratique dans un cadre normalisé, peut être confié à un professionnel qui aura suivi une formation ciblée répondant le mieux possible aux impératifs techniques, notamment sous l'angle de la sécurité du patient (fiabilité du geste et possibilité de complications).

Le Centre Léon Bérard a ainsi initié il y a 5 ans une expérience pionnière à Lyon en accord avec l'ARS. Une activité importante de mise en place de dispositifs intraveineux a été prise en charge par des infirmiers/ères avec un taux de complications qui était tout à fait acceptable, se situant dans la fourchette attendue, ce qui nous permet de dire que ce type de protocole de coopération est possible sans entraîner de catastrophe.

Malgré ces données, l'avis du conseil d'administration de la SFAR concernant ces pratiques a été défavorable parce qu'à l'époque (2013) il n'y avait pas assez de recul et parce que l'idée du principe de précaution et de la sécurité est toujours très présente dans notre métier à juste titre. Néan-

moins, le constat est maintenant plutôt positif lorsque toutes les conditions réglementaires sont réunies.

D'autres projets de coopération autour des dispositifs intra-veineux, se mettent en place comme à l'APHP, avec la même rigueur de formation et la même exigence d'encadrement. Si les choses évoluent dans le sens d'une délégation de compétences, la ligne directrice sera la nécessité d'une grande rigueur impliquant un cadre défini dont on ne pourra pas sortir. En ce qui concerne les protocoles de coopération autour des activités d'anesthésie proprement dites, d'une part le protocole 51 stipule que l'anesthésie ne peut être faite exclusivement que par un professionnel de santé compétent et formé (médecins anesthésiste-réanimateur et IADE). La coopération ne s'exerce donc qu'entre médecin anesthésiste-réanimateur et infirmier anesthésiste, et ce depuis longtemps, sur la base d'une distribution des tâches bien établie. De plus, le médecin anesthésiste doit toujours se trouver dans une position d'intervention auprès du patient quasi-immédiate, et donc à proximité : c'est une règle essentielle pour garantir la sécurité des patients.

Pr F. Bonnet

“ Un geste technique correctement enseigné qui se situe dans un cadre normalisé, peut être confié à un professionnel qui aura suivi une formation ciblée. ”

Aujourd'hui, un IADE pourrait également faire une adaptation des protocoles d'analgesie ce qui lui donnerait une certaine liberté de prescription et c'est une bonne chose selon moi, dans le sens où la prescription peut être rapidement opérationnelle et ainsi le patient n'attend pas le médecin pour être soulagé. Dans ce cas, la proximité immédiate du médecin AR n'est pas requise.

Pr Claude Ecoffey : Pour ma part, je dirais que je ne suis ni pour ni contre. Je pointe du doigt le fait qu'en parlant de VVC, on a mélangé à la fois les VVC qui ont un point de ponction périphérique (les PICC line) et les VVC avec point de ponction cervical. Il est dommage que l'expérimentation n'ait pas fait la distinction entre ces deux types de voie d'abord. Même si l'utilisation de l'échoDoppler permet de limiter les complications, je suis opposé à la délégation pour la pose de voies purement centrales (cervicales, jugulaires internes au cours desquelles la morbidité n'est pas nulle)

et on est en droit de se poser les questions relatives à l'organisation de la prise en charge, en cas de survenue d'un incident. Par exemple, en cas de survenue d'un pneumothorax au cours de la pose d'une voie veineuse centrale par un IDE, qui prendra en charge cet incident ? Certes, il est stipulé dans le protocole qu'un médecin doit être disponible, mais le sera-t-il ? C'est un problème majeur.

En revanche, pour les voies veineuses périphériques, l'apprentissage de l'échographie par les IADE qui peut se réaliser en visualisant des veines périphériques lorsque l'abord est simple, devient très utile lorsque le réseau veineux du patient est altéré, cela bien au-delà du service d'anesthésie-réanimation. En effet, lorsque les IDE des services d'hospitalisation ont du mal à perfuser un patient, ils demandent aujourd'hui aux IADE de garde de leur venir en aide.

Il est impératif qu'il y ait un médecin disponible immédiatement pour prendre le relais en cas de complications. Cela implique qu'il doit être à proximité, ce qui n'est pas toujours le cas, et cela explique également que je suis plutôt pour que seules les voies périphériques soient concernées par cette délégation. Au total, la délégation de tâche pour les voies périphériques ne me pose aucun problème. En revanche, je suis réticent aux délégations pour les abords centraux.

PHAR-E : Quelle est votre position sur le déploiement de cette modalité de délégation dans des services d'anesthésie-réanimation polyvalents ?

Pr Francis Bonnet : La mise en place de VVC, concerne à la fois les IADE et les IDE, qui seraient formés à cette activité. Cette délégation se met en place dans un certain nombre de sites sachant qu'il ne s'agit pas uniquement d'une activité d'anesthésie, puisque, dans certains établissements, ce sont des chirurgiens qui mettent en place des dispositifs intraveineux de longue durée pour les chimiothérapies par exemple. Les IDE qui participent à ce type de protocoles de coopération ne sont pas nécessairement des IADE. Après l'« expérience » de Lyon, d'autres projets ont été initiés ailleurs ce qui semble logique tant que le processus est correctement encadré.

Chacun a le droit d'exprimer ses appréhensions et penser à ce qui se passerait en cas de complications (être capable de faire face à l'imprévu, être capable d'être réactif), c'est d'ailleurs un argument fort qui est souvent avancé lors des débats. D'autres éléments sont très importants, comme la transparence envers le patient qui doit être totale.



Pr Claude Ecoffey : En cancérologie, l'indication d'une voie d'abord centrale pour chimiothérapie doit être validée par un médecin. En aucun cas, ce sera l'IADE ou l'IDE qui validera l'indication.

Ainsi, dans un centre anticancéreux, la délégation peut très bien fonctionner sur l'indication car on sait pourquoi on met la voie d'abord. Si c'est un abord périphérique (PICC line) je suis d'accord, si ce sont déjà des voies centrales avec abord cervicales je suis contre la délégation.

De plus, dans un CHU, les demandes peuvent émaner d'autres services (par exemple service de maladies infectieuses) et parfois il est nécessaire de les récuser et là aussi ce ne pourra pas être un IADE ou IDE qui pourra s'opposer au médecin demandeur.

Par exemple, dans mon service il n'y a pas de délégation de tâche et ce sont les médecins qui posent les VVC. On constate que 10 à 15 % des demandes se heurtent à un refus car le médecin considère que la demande n'est pas une indication médicale qui va bénéficier au patient. Au total, les IDE peuvent réaliser le geste technique mais n'ont pas la compétence médicale pour pouvoir décider de la pose à appliquer et si cela est bon pour le patient ou pas. De plus, il faut, selon moi, qu'il y ait un volume suffisant (soit mille poses par an), pour pouvoir déléguer dans des établissements où la demande est importante. Il n'est pas utile de déléguer dans un établissement qui compte 150 poses par an, il faut garder la pose médicale car le nombre ne sera pas assez important pour que le personnel soignant « s'entraîne » correctement.

PHAR-E : Cette modalité de délégation pourrait aussi être appliquée pour déléguer un acte médical d'anesthésie vers un IADE en dépit de l'existence du décret de compétence définissant l'exclusivité d'exercice des IADE pour des actes d'anesthésie. Pensez-vous que cela soit pertinent car le décret actuel de compétence des IADE est dépassé ?

Pr Claude Ecoffey : L'expérimentation de délégation de tâches a été réalisée pour une technique. De là à faire l'induction d'une anesthésie sans présence médicale, pour moi c'est un comportement déviant car ce n'est plus un acte technique. La plupart des inductions se passent bien, mais parfois l'intubation s'avère impossible sans que cela ait pu être détecté en consultation d'anesthésie.

thésie. On peut ainsi être confronté rapidement à des problèmes respiratoires, quelle va être la réaction de l'IADE ? Qui va en prendre la responsabilité s'il n'y a pas eu de médecin à l'induction et qu'il se passe quelque chose ?

Autant la pose d'un PICC line périphérique est un geste technique qui peut être réalisé « facilement » pour un IADE qui a été formé, c'est un geste qui comporte peu de risques réels mis à part un hématome local. En revanche, l'induction anesthésique n'est pas un acte anodin, je pense que les infirmiers anesthésistes ont déjà atteint un certain degré d'autonomie puisque lorsqu'un médecin anesthésiste supervise deux salles avec deux IADE, il est présent dans une des salles à l'induction et dans l'autre, l'IADE est totalement autonome pour entretenir l'anesthésie. Je pense que le niveau de délégation est déjà suffisant, il ne faut pas aller plus loin au risque de parler d'anesthésie comme d'un acte paramédical ce qui engendrerait de nombreux questionnements, notamment celui de la responsabilité et de l'information du patient. Il faut absolument respecter le contrat que nous avons avec le patient.

Pr Francis Bonnet : Je ne pense pas que le décret actuel de compétences des IADE soit dépassé. Au contraire, à mon sens, l'exercice conjoint de l'anesthésie par les médecins AR présents sur le site opératoire et les IADE est exemplaire et je crois que le fait que ce type de coopération s'étende dans d'autres domaines peut valoriser la profession d'infirmier ce qui est une très bonne chose. Il est bien sûr envisageable de voir des IDE non spécialistes travailler en anesthésie selon un schéma de coopération. En effet, les IADE, contrairement aux IDE, sont formés aux techniques d'anesthésie. Le binôme IADE/médecin anesthésiste existe depuis longtemps. Avant qu'on ne mette un nom sur leur coopération, leur duo était déjà mis en place et fonctionnait parfaitement. Je ne vois vraiment pas pourquoi cela changerait.

PHAR-E : Ne pensez-vous pas que la généralisation d'une telle délégation ne freine l'apprentissage des techniques par les internes de la discipline et ne deviennent un obstacle à la réflexion sur l'amélioration des actes médicaux ?

Pr Claude Ecoffey : Au niveau de l'apprentissage des techniques, on revient à l'histoire du volume. Si le volume de poses est assez important au sein de l'établissement ça ne sera pas gênant, en revanche si le volume est faible, si la technique est « partagée » et que les internes n'ont pas

accès à cette technique, ça posera évidemment un problème. L'anesthésie-réanimation est une discipline attractive, à l'examen national classant au recrutement l'anesthésie-réanimation était la neuvième discipline à avoir tous ses postes choisis, soit 480 postes. Si dans l'avenir, les rôles de chacun ne sont plus clairement définis, si les rôles s'inversent c'est-à-dire que les IADE font les anesthésies seuls, que les IDE posent des voies centrales, l'interne peut se dire qu'il fait le même métier qu'un paramédical et il pourra se poser des questions du rôle qu'il aura en tant que médecin. Alors bien sûr, il restera la consultation d'anesthésie, l'évaluation du risque préopératoire, mais c'est un terrain « glissant », les internes pourraient se tourner vers d'autres spécialités.

Un autre point plus général, si l'anesthésie est faite par les paramédicaux les techniques risqueraient de ne plus évoluer. Par exemple, il y a dix ans, nous avons commencé à utiliser l'échographie pour réaliser des anesthésies loco-régionales ; je pense que si les IADE avaient fait de l'ALR avec la neurostimulation à l'époque, ce mouvement vers l'échographie n'aurait pas été possible, ou en tout cas très retardé.

Le « bagage » du médecin est très important, le médecin suit la littérature scientifique ce qui n'est pas forcément le cas des paramédicaux. Un autre exemple en est actuellement toute la réflexion sur le monitoring de la volémie per opératoire pour les actes lourds, ainsi que le monitoring débit cardiaque non invasif. Toute cette réflexion est possible car le médecin a le bagage médical physiologique, cardiovasculaire. Il ne faut pas démedicaliser l'anesthésie car le progrès se fera plus lentement voire plus du tout.

Pr Francis Bonnet : Pour ma part, je ne pense pas un seul moment que ce soit un obstacle à la formation des internes. La formation des internes est très importante mais avoir des protocoles de coopération ne veut pas dire avoir l'exclusivité d'une pratique infirmière sur certains actes. Dans les hôpitaux universitaires, une des missions est de former des médecins et à cette formation doit s'intégrer entièrement à la pratique des soins qui sont réalisés. Cependant, quand on parle de gestes techniques invasifs, il est de plus en plus fréquent de se former autrement « que sur le patient » grâce aux laboratoires de simulation. L'apprentissage en médecine se fera ainsi soit en dehors du patient, soit de façon très encadrée. Dans tous les cas, je ne vois pas en quoi cette coopération médecin-infirmier pourrait porter préjudice à la formation des internes ou à l'amélioration des actes médicaux.

Propos recueillis par Saveria Sargentini

“ **L'indication d'une voie veineuse centrale n'est en aucun cas du ressort de l'IADE ou de l'IDE.** ”

Pr C. Ecoffey

Mais que veulent les IADEs ?

Les discussions se poursuivent avec les IADEs. Le Collège National Professionnel d'anesthésie-réanimation (CNP-AR), instance associant toutes les composantes de la spécialité (La SFAR, société savante, le CFAR, collège de spécialité, la collégiale des universitaires, les syndicats de médecins publics et libéraux) les a rencontré à plusieurs reprises, avec et sans la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). En bilatéral (médecins-IADEs) les discussions se sont déroulées de manière très cordiale. C'était souvent moins simple avec la DGOS car la perception et la compréhension du fonctionnement et de l'articulation de ces deux corps professionnels sont parfois assez floues.

Les demandes des IADEs sont finalement assez simples. La profession réclame d'être reconnue sur le plan statutaire et salarial et de pouvoir bénéficier d'une grille de salaire spécifique suite à la reconnaissance du niveau master de leur formation.

Cette demande est confortée par la création, par la Loi de modernisation du système de santé, du nouveau métier d'infirmier en pratique avancée, niveau master, qui devrait naître très prochainement.

À la suite du mouvement social de mai 2015, la DGOS leur avait demandé de réfléchir sur l'acquis et sur une évolution possible de leur champ d'activité et proposer quelques axes de travail.

L'IADE AU BLOC (OU TOUT AUTRE PLATEAU TECHNIQUE)

Le concept d'infirmier en pratique avancée ouvre le champ de l'autonomie et de la responsabilité propre de la profession d'infirmier. Nous reconnaissons cette autonomie « encadrée » des IADEs qui gèrent finalement la conduite de l'anesthésie tout au long de l'intervention. Le médecin garde cependant la responsabilité de la procédure ce qui ne signifie pas pour autant que l'IADE n'a pas sa propre responsabilité. La rédaction actuelle du décret : « *après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques* » laisse entendre qu'il ne s'agit que du suivi d'une prescription écrite, ce qui n'est jamais le cas en pratique. Il est probable que ce décret soit corrigé et permette alors l'expression de cette autonomie sans modification des pratiques actuelles et des responsabilités, ce que nous ne souhaitons pas ni, semble-t-il, la majorité des IADEs.

L'aspect sécurité et qualité des soins a toujours été mis en avant par le CNP qui se doit de promouvoir les meilleures pratiques. Mieux vaut quatre mains que

deux en cas de problème et une bonne coopération MAR-IADE est largement souhaitée par tous.

L'IADE SOUS LA RESPONSABILITÉ DE L'URGENTISTE

S'il peut sembler évident que l'IADE travaille sous la responsabilité du médecin urgentiste qu'il assiste, il est vrai que la rédaction de l'article R4311-12 du code de la santé publique est surtout orientée vers une procédure d'anesthésie.

« *L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'État, est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :*

1° Anesthésie générale ;

2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;

3° Réanimation peropératoire.

[...] »

Pour le CNP-AR, cette demande soulève plusieurs difficultés.

Beaucoup de SAMU et SMUR de France furent créés à l'initiative des anesthésistes-réanimateurs qui ont ainsi largement participé à leur développement et au fonctionnement au quotidien. Force est de constater que ce n'est plus le cas aujourd'hui puisque la médecine d'urgence s'est finalement appropriée cette activité et les IADEs, restés dans les SAMU, travaillent donc régulièrement sous la responsabilité d'une autre spécialité que l'anesthésie.

L'exclusivité d'exercice est donc remise en question avec une inquiétude des médecins anesthésistes-réanimateurs mais aussi des IADEs, en cas de dispa-

rition de cette exclusivité, qui serait de pouvoir travailler sous la responsabilité d'autres professions médicales (gastro-entérologues, cardiologues, radiologues). Le CNP-AR dans son ensemble y voit un risque de dérive des pratiques anesthésiques inacceptable.

L'article R4311-12 sera-t-il modifié pour permettre sans ambiguïté de mettre l'IADE sous la pleine responsabilité de l'urgentiste dans la prise en charge des urgences ? C'est possible, mais nous n'accepterons pas que cela déborde vers d'autres spécialités ou circonstances.

Au-delà de ces discussions, d'autres se déroulent en parallèle sur la place des IADEs dans les SAU, les SAMU et les SMUR. Ou plutôt, ne se déroulent pas car nos collègues urgentistes ne souhaitent pas y participer à l'heure actuelle. De notre côté, nous estimons que le sujet est hors du champ de notre activité et nous ne souhaitons pas y intervenir.

Si les médecins ont finalement fait quelques concessions pour mettre en valeur le travail réel des IADEs, personne ne sait si cela sera suffisant, aux yeux du ministère, pour en faire une profession en pratiques avancées et pour obtenir une nouvelle reconnaissance statutaire et salariale.

Ce que l'on sait, en revanche, c'est que s'ils n'obtiennent pas quelque chose de concret et que les IPA (infirmières en pratiques avancées) arrivent sur le « marché » hospitalier, ils se fâcheront certainement très fort !

Yves Rébufat, Président du SNPHAR-E

Focus du SNPHAR-E sur les pratiques avancées

Le SNPHAR-E constate, comme les représentants des IADE (cf interview pages 22-24), que le cadre réglementaire actuel des « pratiques avancées » et l'émergence d'un métier intermédiaire d'anesthésie ne sont pas adaptés pour garantir les acquis en qualité et sécurité de l'anesthésie qui n'est pas un acte isolé mais est un processus complexe mis sous qualité/sécurité par une collaboration continue entre les différents professionnels de la discipline. Un nouveau cadre réglementaire adapté à cette collaboration réussie doit être imaginé par nos tutelles si l'émergence d'un métier intermédiaire d'anesthésie est leur choix politique.

Laurent Heyer, Rédacteur en chef

Urgences et anesthésie

- Les urgences et l'anesthésie-réanimation sont deux spécialités qui ne se recoupent plus aujourd'hui. Les médecins anesthésistes-réanimateurs dans les SAMU-SMUR vivent leurs derniers jours et on n'en rencontre plus dans les SAU depuis bien longtemps, en dehors des cadres...
- Les actes réalisés par les urgentistes peuvent aussi l'être par les anesthésistes-réanimateurs (pose de drain thoracique, pose de cathéter artériel, échographie...). Pourtant, aucune anesthésie n'est effectuée par les urgentistes, tout au plus une sédation profonde pour intubation trachéale. L'urgentiste n'exerce pas sur un site d'anesthésie.
- Historiquement, les IADEs travaillent dans certains SMUR. La plupart du temps, on trouve des IDE dans la majorité des SMUR de France après une formation à l'urgence. A l'instar de tous les anesthésistes-réanimateurs qui ont dû passer la Capacité d'Aide Médicale Urgente pour travailler dans les structures d'urgence, la SFMU propose une formation diplômante aux IDE pour être infirmiers d'urgence.

Michel Dru, administrateur du SNPHAR-E

Qu'attendent les IADE ? Rencontre avec leurs syndicats

Pour la profession des IADE, aux évolutions de l'anesthésie, au nouveau cadre réglementaire, à l'intensification du travail, se rajoute l'évolution de la formation professionnelle avec une structuration selon le modèle LMD ou « masterisation ». Nous avons demandé à différents syndicats de la profession IADE de nous exposer leurs revendications. Propos recueillis par Saveria Sargentini.

Vincent Porteous (responsable du collectif IADE de l'UFMICT-CGT)

PHAR-E : Actuellement, quelle est votre première revendication ? Une reconnaissance salariale ou une évolution de votre domaine de compétence ?

Nous souhaitons une reconnaissance statutaire et salariale mais aussi la reconnaissance de nos pratiques actuelles. Pour autant, nous ne sommes pas hostiles à des évolutions, mais celles-ci doivent être concertées avec les MAR.

Comme souvent, le mouvement a été déclenché par une décision arbitraire du Ministère de la santé. Le niveau de rémunération est inacceptable eu égard aux responsabilités et niveau de formation (les IADE sont, avec les orthophonistes, les seuls paramédicaux gradués MASTER qui plus est avec 120 ECTS au-delà de la licence)

Pour autant, le motif déclencheur a été la création d'un niveau paramédical de pratique avancée dont les IADE, qui en sont pourtant l'archétype, ont été exclus. L'orientation autoritaire du Ministère détournant l'esprit de la Loi votée par le parlement a été vécue comme une provocation identique à celle du protocole Bachelot qui avait engendré le mouvement social de 2010.

Face à cet état de fait, un long travail d'analyse et de concertations a été réalisé au sein de la profession « entre IADE » pour clarifier nos souhaits et demandes. Le sujet étant nouveau et complexe d'un point de vue statutaire, nous avons besoin de ce moment d'analyse et de réflexion « entre nous ».

Les travaux menés ensuite avec les représentants des MAR ont permis de mettre à plat tous les sujets et de lever certaines incompréhensions mutuelles. Point dur des discussions, les IADE ont réaffirmé qu'ils revendiquaient la reconnaissance de leur autonomie, mais en aucun cas une indépendance de pratique.

Cet exercice, avec un degré reconnu d'autonomie constaté sur le terrain depuis toujours, est bien une pratique avancée sous contrôle du MAR.

PHAR-E : Selon vous, l'évolution de votre profession ne pourrait-elle pas s'inscrire dans le cadre du dispositif des pratiques avancées avec une délégation conjointe de la réalisation de tâche et son entière responsabilité ?

Si bien entendu... C'est même ce que les parlementaires ont eu l'impression de voter, y compris pour les infirmiers spécialisés et tout particulièrement les IADE, et ce qu'avaient annoncé les différents ministres leur présentant la Loi santé... de Mr Vals à Mme Touraine. C'est aussi ce qui avait été travaillé et annoncé à l'issue des grèves de 2010 et de la réingénierie du diplôme et de la formation des IADE.

D'autorité la DGOS, puis le Cabinet Touraine, ont changé la donne en excluant les IADE de ce nouveau champ d'exercice paramédical créé par la Loi santé... Certaines organisations en tout genre suivent cette orientation et ne veulent pas reconnaître le caractère très particulier de la profession depuis sa naissance en 1949. Profession inscrite ensuite au sein de la filière infirmière. Il ne faut jamais oublier d'où l'on vient... cela aide toujours à se situer au présent comme à envisager l'avenir. Certains, très minoritaires

au sein de la profession, l'ont un peu « oublié » pour des raisons de calculs politiques ou stratégiques sans lien direct avec l'intérêt des IADE et de la pratique de l'anesthésie en France..

PHAR-E : Ne craignez-vous pas que les coopérations interprofessionnelles (article 51) qui permettent une délégation de tâches aux IDE, la pose de VVC par exemple, représentent un risque majeur pour l'avenir de votre profession ?

Les protocoles de coopération de type article 51 sont un risque pour toutes les professions de santé et un piège pour tous les professionnels.

Au niveau paramédical, à la différence de ce que propose la pratique avancée, ils ne garantissent ni formation diplômante et homogène au niveau national (ni vraie formation tout court d'ailleurs) ni statut réel et encore moins une reconnaissance financière

Au-delà, ce sont juste des outils de démantèlement des professions réglementées pourtant indispensables dans le secteur de la santé, leur but étant, non d'accompagner une légitime évolution d'une profession mais de pallier la pénurie organisée de personnels formés... En aucun cas ce ne sont des évolutions positives pour qui que ce soit, ce concept est juste un pas de plus vers l'uberisation de la santé.

PHAR-E : Pour l'ensemble des professionnels de l'anesthésie et de la réanimation, médecin ou IADE, l'enjeu est la redéfinition des lieux d'exercice de l'anesthésie. Quelle est votre position ?

Suite aux échanges « entre nous » (IADE et MAR) qui se sont tenus au Ministère en avril et début mai, il est apparu que le binôme MAR/IADE présent sur un site d'anesthésie était le préalable nécessaire à toute réalisation d'anesthésie et que cela garantissait la sécurité des patients et de l'exercice, sans pour autant exclure une reconnaissance de l'autonomie de pratique des IADE

Manifestement, certains pensaient, pour de pures raisons économiques, pouvoir faire voler en éclat cette notion comme ils essayaient aussi de faire tomber l'exclusivité de compétence des IADE

Par ailleurs, depuis la fin des « CES » un certain éloignement était constaté entre IADE et MAR... le sentiment de « famille de l'anesthésie » si présent jadis (certains IADE encore en exercice ont connu nombre de cours communs) a peu à peu disparu.

Les échanges francs mais n'excluant pas l'écoute attentive des attentes mutuelles au cours de ces dernières semaines laissent à penser qu'un retour au sentiment d'appartenir à une même famille professionnelle pourrait naître. Il a entre autre été évoqué la possibilité de combats communs pour défendre notre spécialité et nos pratiques complémentaires ou de soutenir de façon commune l'obligation que l'encadrement paramédical des IADE soit lui-même IADE.

Le point de vue de Jean-Marc Serrat (Président du SNIA, syndicat des IADE)

PHAR-E : Actuellement, quelle est votre première revendication ? Une reconnaissance salariale ou une évolution de votre domaine de compétence ?

C'est en fait un peu plus complexe. Nous n'avons pas une première revendication proprement dit. Nous ne pouvons pas les classer par ordre de priorité. C'est un tout.

La profession est depuis longtemps et maintenant de plus en plus victime d'une injustice. Nous sommes la seule profession paramédicale de la filière reconnue Master. Notre niveau bac+5 ne se traduit toujours pas concrètement au niveau des salaires dans le public et dans le secteur privé non lucratif. Il existe une injustice flagrante si on compare avec les grilles indiciaires de toutes les autres professions bac+5 de la fonction publique. Et ce, alors que notre niveau de compétences et de responsabilités est très élevé.

Concernant le domaine de compétence, nous respectons les principes du travail en collaboration exclusive qui fait l'efficacité de notre spécialité. Nous disposons d'une autonomie médicalement contrôlée dans la conduite d'une anesthésie.

L'ensemble des professionnels de santé s'adapte aux évolutions des techniques thérapeutiques, de l'activité et de la prise en charge des patients dans le système de soins. L'activité péri-opératoire des médecins anesthésistes-réanimateurs augmente de façon exponentielle.

Ce qui est capital, pour nous, c'est de faire reconnaître notre quotidien professionnel. Certaines pratiques doivent être officialisées comme la décision de sortie du patient de SSPI par l'IADE ou la prescription limitée dans le cadre de la prise en charge de la douleur et le traitement des effets secondaires courants post-anesthésiques (ex : NVPO).

Nos pratiques quotidiennes sont connues des médecins anesthésistes-réanimateurs puisque nous collaborons tous les jours ensemble. Ils savent très bien ce que nous pouvons faire seuls. Ils sont parfaitement au clair avec nos compétences puisqu'ils participent grandement à nos deux années de formation théorique et pratique. Notre formation est d'ailleurs reconnue internationalement de haut niveau.

Plus qu'une franche évolution de notre domaine de compétence, nous revendiquons plutôt une reconnaissance de cette évolution qui est déjà effective.

Notre cœur de métier a plusieurs cavités et nous sommes également très attachés au domaine de l'urgence pré-hospitalière. Il est, par conséquent, logique que nous revendiquions la garantie du maintien des infirmiers-anesthésistes dans ce secteur et la prise en compte de la plus-value de nos compétences en SMUR. Des changements législatifs sont nécessaires pour que nous puissions exercer aussi sous la supervision des médecins urgentistes afin de collaborer en toute légalité.

PHAR-E : Selon vous, l'évolution de votre profession ne pourrait-elle pas s'inscrire dans le cadre du dispositif des pratiques avancées avec une délégation conjointe de la réalisation de tâche et son entière responsabilité ?

Nous estimons que les IADE sont des professionnels de pratique avancée. Le corps médical l'exprime depuis déjà quelques années. L'IFNA le dit également. L'expression « pratique avancée » est notée noir sur blanc, à plusieurs reprises, dans les arrêtés de nos référentiels.

Les Infirmier(e)s de Pratique Avancée (IPA) travailleront avec une autonomie certaine mais sous couvert d'une coordination médicale de leurs activités. Ce schéma de supervision médicale est tout à fait applicable à l'exercice IADE, à la différence que l'exercice IPA portera, à priori, uniquement sur des pathologies chroniques.

Nous ne souhaitons pas faire évoluer l'IADE en profession indépendante. L'anesthésie pour l'intervention opératoire nécessite bien évidemment un contrôle médical. Il est essentiel de reconnaître notre autonomie médicalement supervisée dans la conduite de l'anesthésie et notre exercice professionnel en général.

Notre formation nous confère une expertise dans plusieurs domaines, des compétences et une capacité d'analyse nous permettant d'apporter des réponses adaptées à des situations complexes.

Nous estimons que nous ne sommes pas à notre place légitime dans l'organigramme des professions de santé et dans le Code de la Santé Publique. L'IADE a le profil d'une profession intermédiaire autonome. Notre combat est donc également statutaire.

PHAR-E : Ne craignez-vous pas que les coopérations interprofessionnelles (article 51) qui permettent une délégation de tâches aux IDE, la pose de VVC par exemple, représentent un risque majeur pour l'avenir de votre profession ?

D'une manière générale, nous n'accepterions pas qu'un protocole « article 51 » contourne l'exclusivité de notre exercice. Cela mettrait en cause la sécurité anesthésique dont les patients bénéficient aujourd'hui.

L'article 51 s'appuie uniquement sur la connaissance et l'expérience d'un geste et donc, en aucun cas sur les compétences du professionnel délégué. L'article 51 remet en cause la légitimité de la formation et du diplôme.

Une activité incluse dans un protocole de coopération peut, in fine après validation au niveau national, être intégrée à la formation de base. Dans un scénario catastrophe, cela risque effectivement d'émietter peu à peu notre formation pratique. Des actes ou des prérogatives autrefois même confiés à l'IADE pourraient être autorisés, par ce biais, à des professionnels ne possédant pas les compétences suffisantes pour faire face à une éventuelle complication. Pour le cas des VVC, le plus à même d'être le délégué de par sa formation et ses compétences est l'IADE.

Si l'avenir de notre profession devait se trouver menacée, le médecin anesthésiste-réanimateur perdrait un collaborateur fiable. Nous restons vigilants.

PHAR-E : Pour l'ensemble des professionnels de l'anesthésie et de la réanimation, médecin ou IADE, l'enjeu est la redéfinition des lieux d'exercice de l'anesthésie. Quelle est votre position ?

La collaboration exclusive MAR-IADE doit être pérenne pour assurer un niveau sécuritaire et qualitatif optimal de la prise en charge anesthésique de chaque patient. Les collaborateurs des MAR que nous sommes sont méconnus du grand public. Notre profession souffre d'un manque de reconnaissance également sociale.

L'information des patients sur la prise en charge anesthésique omet bien souvent de parler des acteurs eux-mêmes. Sur ce point, le médecin anesthésiste-réanimateur a un rôle primordial à jouer puisque le moment le plus opportun, pour informer le patient de la présence éventuelle d'un IADE, est la consultation d'anesthésie. Quand l'équipe d'anesthésie comporte des IADE, nous demandons à tous les MAR de bien vouloir en informer le patient avant le jour J de l'intervention.

Nous restons très attachés à la collaboration étroite entre l'IADE et le MAR. L'anesthésie du patient ne se pratique plus uniquement au sein des blocs opératoires. Pour toute anesthésie, l'IADE doit continuer à exercer sous la supervision exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur et ce, quel que soit l'endroit: bloc opératoire, SSPI, réanimation, plateau technique, imagerie médicale.

Nous parlons désormais de site d'anesthésie. Nous devons conserver, comme objectif, l'intérêt majeur du patient et ne pas être victimes d'une logique souvent financière.

Olivier Youinou (secrétaire général adjoint du syndicat SUD santé AHPH)

PHAR-E : Actuellement, quelle est votre première revendication ? Une reconnaissance salariale ou une évolution de votre domaine de compétence ?

La revalorisation salariale sans aucun doute. Le niveau des salaires n'est à l'évidence pas à la hauteur du travail des IADE, de leurs responsabilités et de leur rôle essentiel au bloc opératoire, sur les plateaux techniques et dans les SMUR.

Dans toutes les conversations avec nos collègues c'est ce qui ressort systématiquement. Ce n'est du reste pas étonnant quand on sait que la France est un des pays d'Europe qui paye le moins bien ses soignants. Ce qui est vrai pour l'ensemble de la filière infirmière en France l'est particulièrement pour les salaires des IADE qui sont maltraités par rapports à leurs homologues européens. S'il y a bien quelque chose à changer en premier lieu c'est le salaire. Pour résumer, selon nous, le salaire de départ devrait être au niveau de celui que nous touchons aujourd'hui en fin de carrière dans la FPH.

PHAR-E : Selon vous, l'évolution de votre profession ne pourrait-elle pas s'inscrire dans le cadre du dispositif des pratiques avancées avec une délégation conjointe de la réalisation de tâche et son entière responsabilité ?

Encore une fois, cette position est partagée par la plupart des IADE et de leurs représentants. La pratique avancée est déjà effective. Nous l'identifions comme une expertise dans un domaine spécifique. En l'état, si l'on se réfère à l'infirmier dit de soins généraux, l'infirmier anesthésiste diplômé d'état possède cette expertise dans ce domaine spécifique de l'anesthésie. Il en a d'ailleurs l'exclusivité d'exercice. C'est à ce titre que notre profession doit être reconnue en pratiques avancées.

Le ministère voit la pratique avancée comme un moyen de répondre au problème plus général de la démographie médicale. Il y a de moins en moins de médecins car les gouvernements successifs ont maintenu une politique de numerus clausus en faisant le pari fou de baisser le nombre d'acteurs de soins pour diminuer l'offre de soins et en réduire le coût. Il apparaît très clairement que ce pari a échoué. Aujourd'hui il y a moins de donneurs de soins dans un contexte sanitaire où les besoins augmentent.

À travers les transferts de compétences, la pratique avancée ou les coopérations interprofessionnelles de santé les tutelles tentent de pallier le problème. Elles veulent l'imposer comme une évidence voire même parfois comme une demande de la profession. Il n'en est rien. L'infirmier anesthésiste lambda n'a pas spécialement envie de faire plus que ce qu'il fait déjà, alors qu'il n'est toujours pas reconnu. Ce n'est pas comme ça, dans la délégation de tâches médicales supplémentaires que nous imaginons forcément l'avenir de notre profession.

PHAR-E : Ne craignez-vous pas que les coopérations interprofessionnelles (article 51) qui permettent une délégation de tâches aux IDE, la pose de VVC par exemple, représentent un risque majeur pour l'avenir de votre profession ?

Je dirais pas plus pour notre profession que pour l'ensemble des professions de santé. Qui dit coopération interprofessionnelle de santé dit qu'on se met d'accord entre deux professions pour transférer des tâches, médecins, IDE bien sûr mais aussi infirmiers spécialisés, sages-femmes, manipulateurs radio, kiné, aides-soignants... C'est une véritable dérive organisée de nos pratiques professionnelles, une déréglementation majeure pour une vision à très court terme. L'intérêt du patient reste au cœur de nos préoccupations et il ne faut pas



laisser la gestion de ce dossier aux technocrates et aux administratifs. Il faut absolument que les professionnels de santé s'en emparent.

Concernant spécifiquement l'anesthésie, j'avais rencontré Nicole Smolski en 2010 alors qu'elle était présidente du SNPHAR-E, et nous avons discuté de la mise en place d'un groupe de vigilance quant aux dérives possibles des pratiques en anesthésie, en gardant notamment les recommandations de la SFAR comme référence en matière de sécurité et de qualité des soins en anesthésie. Nous ne perdons pas de vue que le binôme médecin-infirmier anesthésistes a fait évoluer notre spécialité, amélioré la prise en charge du patient, et réduit significativement la morbi-mortalité autour de l'acte anesthésique. Si modifications dans les pratiques en anesthésie il devait y avoir, elles ne peuvent s'imaginer en dehors de ce principe fondamental.

Ce que l'on se disait déjà il y a cinq ans est encore plus d'actualité aujourd'hui et nous oblige à mettre en place ensemble et sans tarder ce groupe de travail, ce groupe de vigilance, dans l'intérêt du patient notamment. Voici une proposition que nous faisons officiellement au SNPHAR-E et à Y.REBUFAT son président.

PHAR-E : Pour l'ensemble des professionnels de l'anesthésie et de la réanimation, médecin ou IADE, l'enjeu est la redéfinition des lieux d'exercice de l'anesthésie. Quelle est votre position ?

Notre position est de regarder les choses en face et ne rien se cacher. Nous ne nions pas l'évolution de la médecine, et nous versons encore moins dans le «C'était mieux avant !...»

Nous ne traitons plus les pathologies comme nous le faisons encore il y a quelques années. Certaines prises en charge ne sont plus forcément chirurgicales. Dans des spécialités comme la cardiologie ou la neurologie, de plus en plus d'interventions se font en radiologie interventionnelle par voie endovasculaire. L'anesthésiste n'est plus le prestataire de service du seul chirurgien et de fait les sites où l'on pratique notre art se multiplient dans l'hôpital. Il faut alors redéfinir ce qu'est un site d'anesthésie et le lieu où on va pratiquer l'anesthésie. Pour nous le lieu devient un site d'anesthésie quand on y trouve le matériel d'anesthésie (un respirateur, le matériel pour le monitoring, chariot de drogues, chariot d'urgence, matériel d'intubation), un médecin anesthésiste et un IADE. Ces 3 éléments sont incontournables.

Certains n'hésiteraient pas à en écarter le médecin anesthésiste pour le remplacer par un autre médecin, un gastro-entérologue, un radiologue, un chirurgien ou un urgentiste qui confieraient alors l'anesthésie à l'infirmier. Nous ne voulons pas de ça, nous voulons des médecins anesthésistes avec nous. C'est avec eux que nous prenons la responsabilité de l'anesthésie et avec personne d'autre. C'est ce binôme MAR-IADE qui a contribué à la reconnaissance de notre spécialité et à l'amélioration de la prise en charge des patients en anesthésie, c'est ce binôme qui garantit la sécurité en anesthésie. Il faut lui garder sa place essentielle au cœur de notre spécialité.

Délégation/transfert de tâche : que faire quand cela dysfonctionne ?

PHAR-E relate ici le témoignage d'une anesthésiste-réanimatrice confrontée à un problème de dysfonctionnement en termes de délégation/transfert de tâches. Le SNPHAR-E partage avec vous les réponses qu'il lui a apportées.

TÉMOIGNAGE

Praticien Hospitalier anesthésiste réanimatrice, au 8^e échelon, je quitte le CHU (Hospices Civils de Lyon) pour suivre mon mari muté dans une petite ville du sud de la France.

Tout naturellement, je décide de rester à l'hôpital public auquel je suis très attachée. Un poste correspondant à mes attentes est libre : bloc opératoire polyvalent, gardes sur place aux urgences, en obstétrique et en réanimation.

C'était trop beau ! La description théorique ne correspondait qu'à moitié à la réalité, car une fois mon poste pris, je réalise que sur un effectif théorique de dix médecins, seuls cinq sont pourvus par des titulaires (y compris le mien).

L'activité est couverte par des médecins intérimaires, dont la moitié est assez fidèle à cet établissement ainsi qu'à quelques autres, et dont l'autre moitié est couverte par des intérimaires pour lesquels je n'arrive pas à être sûre de leur compétence et de leurs motivations

Imaginez ma surprise au bout de la première semaine d'activité au bloc, pour des chirurgies courantes chez des patients ASA 1 et 2, quand les IADEs me reprochent d'être trop présente au bloc opératoire. Ma présence est vécue comme une intrusion dans une organisation très bien huilée. D'après eux, les médecins anesthésistes viennent au bloc le matin, regardent le programme, disent aux IADEs qu'ils sont au bip, et qu'ils leur font confiance, puis disparaissent de l'enceinte du bloc.

Je m'enquiers auprès des collègues titulaires, qui me confirment que vu les effectifs, même s'ils sont actuellement pléthoriques par rapport à ce qu'ils ont connu, ils se sont organisés ainsi, et vaquent à d'autres occupations (consultations, salle d'accouchement, réanimation), laissant, hors chirurgies très spécifiques mais assez rares, les IADEs seuls au bloc, quitte à ce qu'ils se mettent à deux IADEs pour des inductions compliquées.

Selon eux, pas d'inquiétude à avoir, les IADEs sont très compétents, les chirurgiens leur font confiance, et « ce n'est pas pire que certains intérimaires ». Ils m'ont alors fortement conseillé de ne pas déstabiliser ce bel édifice, construit de manière pragmatique, qui les satisfait à tous points de vue (y compris au niveau de l'équilibre vie privée/vie professionnelle), et leur permet d'avoir la « paix sociale » avec des IADEs très soucieux de leur autonomie au travail, et qui seraient potentiellement porteurs « d'une grande capacité de nuisance ».

Je me retourne donc vers mon syndicat, désespérée car si je n'ai pas envie de vivre un enfer au travail, je n'ai pas non plus envie de changer mon mode d'exercice qui me semblait jusque là adapté aux bonnes pratiques.

LES RÉPONSES DU SNPHAR-E

① Niveau de la réglementation : le décret de compétences du 11 février 2002 des IADEs fixe à l'art 10 les rapports IADEs et MAR (cf p.8).

Est ce qu'un médecin qui vaque à ses occupations hors du bloc peut intervenir à tout moment ? Pour nous NON. L'anesthésie est un acte médical, qui peut être partagé avec les IADEs dans un cadre réglementaire très strict. Il ne suffit pas de donner le feu vert aux IADEs, même avec un protocole, pour que l'acte soit réalisé en toute sécurité pour le patient, ni aucun risque médico-légal. Même les sédations pour endoscopies sont des actes à risques qui doivent se faire sous encadrement médical strict.

② Délégation/transfert de tâches (cf définitions p.7)

L'IADE agit dans le cadre de la délégation de tâches (et pas du transfert de tâches) sur des principes de prescription. L'IADE ne peut pas entreprendre seul/e une anesthésie de quelque type que ce soit en l'absence d'un MAR. L'anesthésie est un acte médical qui ne peut être pratiquée que par un MAR.

③ Responsabilités médico-légales

Elle est entière à charge du médecin, même si les



IADEs sont responsables de leurs actes. Une anesthésie pratiquée en dehors des prescriptions du décret qui se complique et finit devant les tribunaux verra toujours la responsabilité du MAR engagée.

④ Revendications actuelles des IADEs ?

Les IADEs sont engagés depuis plusieurs années dans une série de revendications catégorielles, de rémunération à la hauteur de leur niveau master désormais reconnu. Le Ministère refuse de leur donner cette sur-rémunération sans augmentation de leur champ de compétences au sein de leur exercice professionnel. D'où un champ revendicatif d'élargissement de ces compétences, porté de manière différenciée selon les organisations syndicales, et les individus. **Le SNPHAR-E accompagne les revendications salariales, mais pas la démedicalisation de l'acte d'anesthésie.**

⑤ Comment faire ?

Tout dépend de votre degré d'appétence au conflit, et de votre degré de combativité.

- Vous pouvez engager un conflit avec les IADEs et PHAR titulaires : demandez à la direction de l'hôpital de faire appliquer la Loi, ainsi qu'à l'ARS, et prévenez votre responsabilité juridique professionnelle.
- Vous pouvez exiger qu'on vous laisse gérer votre activité comme vous l'entendez (atomisation de votre activité) en respectant les autres organisations de vos collègues.
- Vous devriez faire réfléchir le chef de service et le chef de pôle de l'anesthésie sur leurs propres

responsabilités juridiques, en tant que responsables de l'organisation en cas de problème médico-légal.

- Vous devez chercher des appuis (chirurgiens, certains collègues, voire direction au nom de l'attractivité de l'hôpital qui est peut être problématique à cause de cette organisation).
- Vous pouvez vous tourner vers les syndicats professionnels du personnel non médical pour leur demander conseils et médiations éventuelles, et leur faire peur au nom de la responsabilité juridique en cas d'accident, avant un éventuel recours en CHSCT.
- Aide de la SFAR ? vous pouvez essayer, mais il n'est pas certain que celle-ci s'engage au-delà de ce courrier du Pr Ecoffey (<http://sfar.org/levons-lincomprehension-sur-la-relation-ia-de-anesthesistes-reanimateurs/>).
- Vous pouvez aussi voir si le regroupement des hôpitaux en GHT va changer quelque chose à votre exercice : avec quels établissements allez vous être associés, comment est organisée l'anesthésie sur les autres sites : peut-être allez-vous trouver de l'aide de ce côté là ?
- Tout est hélas une question de motivation et de courage personnel. Vous pouvez aussi essayer de muter ? En arguant auprès du CNG que le délai de 3 ans avant mutation n'est pas à respecter vu qu'on est en dehors de la Loi de toute manière, ou alors à eux d'intervenir pour que la réglementation soit respectée... Où aller dans la clinique en face.

En tout cas, bon courage !

Nicole Smolski

Le cadre réglementaire ou la hiérarchie des normes

Il y a un an était publié dans PHAR un article intitulé : « Transfert des compétences ou coopération professionnelle ? ». Depuis un an, au vu des récentes revendications des IADE, au vu de la pérennisation des difficultés démographiques médicales, mais aussi paramédicales, et au vu de la pression économique exercée par nos tutelles, force est de constater que le débat est loin d'être clos.

Loin de vouloir contester la nécessaire évolution de nos métiers, il ne s'agit pas non plus d'aller trop vite, d'extrapoler des situations qui n'ont pas lieu d'être, de confier à d'autres ce que l'on ne veut pas faire ou ne plus faire, de céder à des impératifs financiers, pour ne pas dire mercantiles, de production. Une évolution se fera, mais en respectant toujours le principal axiome de nos métiers : « *primum non nocere* » et dans un cadre réglementaire bien compris.

Pour cela, il est utile de rappeler la définition de l'acte médical, telle qu'elle a été proposée par le conseil de l'Union européenne des spécialistes médicaux (UEMS) :

« L'acte médical comprend toutes les actions professionnelles, e.g. les démarches scientifiques, d'enseignement, de formation et de pédagogie, cliniques et médico-techniques, accomplis afin de promouvoir la santé, prévenir les maladies, fournir un diagnostic ou un soin thérapeutique aux patients, individus, groupes ou communautés et ressort de la responsabilité d'un docteur en médecine reconnu et doit toujours être accompli par celui-ci ou sous sa supervision directe et/ou prescription. » UEMS (Munich – 2005)

EN MATIÈRE DE RESPONSABILITÉ

Ainsi, revient au seul médecin la responsabilité de tout acte médical, que celui-ci le réalise soit lui-même, soit en étant présent, soit simplement par prescription. L'article L.4161-1 du Code de la Santé Publique spécifie en effet que les professionnels paramédicaux agissent comme aides du médecin et peuvent accomplir, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine, certains actes professionnels dont la liste est établie par ce même décret. Précisons que d'un point de vue juridique, tout exercice illégal de la médecine est considéré comme une tentative d'homicide involontaire, voire volontaire, et ce décret permet donc aux professions de santé de pratiquer des actes professionnels de santé concourant à la réalisation de l'acte médical.

En découlent le décret 2002-194 relatif aux actes

professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier et son article 10 concernant les IADE, le décret n°2015-74 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire, le décret n°2016-683 du 26 mai 2016 relatif à la délivrance de la contraception d'urgence par les infirmiers scolaires, le décret n°2016-743 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination, ... La liste de ces actes se retrouvent encore au niveau de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) avant d'être intégrée à terme avec la CCAM dans la Classification Commune des Actes des Professionnels de Santé (CCAPS). **Pour ce qui est de l'acte médical, il ne peut donc y avoir de transfert a priori à un autre professionnel de santé qu'à la condition que ce dernier soit aussi un médecin.**

Pour ce qui est des actes professionnels de santé, si l'acte professionnel figure clairement au niveau de la NGAP ou/et au niveau de décrets relatifs aux compétences, la responsabilité du médecin se limite à sa prescription et à la supervision éventuellement nécessaire de l'acte. Il s'agit donc plutôt d'une coopération professionnelle. En dehors de ces cas, toute réalisation d'acte professionnel s'apparente à l'exercice illégal de la médecine ; **cela engage déjà la responsabilité pleine et entière du réalisateur ou de l'exécutant, mais aussi celle du médecin si cet acte est réalisé dans le cadre d'une organisation formalisée ou non.**

TRANSFÉRER, CADRER, RÉGLEMENTER

Pour faire évoluer nos métiers, il faut donc créer un cadre réglementaire dérogatoire. C'est ce que le gouvernement essaie de faire depuis 2003 en ayant déjà lancé une campagne de 15 expérimentations de transfert de compétences pour aboutir en 2009 à l'article 51 de la loi HPST qui introduit trois articles au niveau du CSP (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 but de transférer, entre eux, des activités ou des actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès des patients.

Les objectifs sont clairs :

- 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 professionnels paramédicaux qui évoluent dans un cadre contraint réglementaire.

L'initiative de ces protocoles expérimentaux reste et doit rester aux équipes médicales. Il doit y avoir une adhésion formalisée par écrit, pleine et entière de tous les participants, prescripteurs et exécutants compris ; ces démarches ne peuvent être imposées. D'ailleurs il est demandé aux promoteurs une garantie assurantielle ; ce n'est pas l'HAS ou l'ARS qui sera responsable des incidents ou accidents, mais le promoteur... Seule l'HAS donne son avis et son autorisation à de tels protocoles ; paradoxalement, les sociétés savantes et les organisations professionnelles ne sont pas consultées ou simplement interrogées.

Ces protocoles doivent répondre à un besoin régional avéré et démontré. Quant à leur généralisation au territoire national, il suffit, dans un premier temps, aux intéressés d'exprimer à leur ARS leur adhésion à de tels protocoles. Ces protocoles peuvent ainsi exister et être renouvelé sans pour autant être inscrits dans des cycles de formation initiale ou continue ; ils ne le seront que quand le collège des financeurs, créé en 2013 pour ces expérimentations, aura donné son accord.

Avec de telles dispositions, on peut se demander où se situent les volets sécuritaire et scientifiques. Il est vrai que beaucoup de ces protocoles reposent plus sur des thèmes organisationnels que de véritables transferts de compétence ; il s'agit plutôt, pour la plupart d'entre eux, d'utiliser les compétences déjà

existantes, et de les organiser ou les harmoniser entre elles. **Notons cependant, que la tentation est grande de faire légaliser parfois des conduites et des organisations déjà déviantes.**

Certes, ce cadre réglementaire est loin d'être parfait. La généralisation de ces protocoles à tout le territoire ne peut qu'aboutir à une nouvelle répartition des tâches qui induira indubitablement un nouveau contour des métiers avec obligation de réajustement des formations, des qualifications et... des rémunérations. L'acceptabilité de transfert de certains actes est compromise à terme par une possible dévalorisation de la rémunération de l'acte ; le risque d'imposer à tous de nouvelles pratiques uniquement pour des raisons économiques est bien réel. Par ailleurs, il existe une différence entre le besoin local, qui peut être transitoire, et le besoin national qui est le risque de voir se généraliser des pratiques inadaptées par rapport aux besoins locaux existants. Ce qui ne ferait que compliquer certaines autres organisations locales.

NE PAS ALLER TROP VITE ET TROP LOIN

Certes, il s'agit aussi de laisser une plus grande marge de manœuvre aux professionnels de santé, autres que médecins, dans la réalisation de certaines tâches, pas forcément nouvelles rappelons-le, et/ou de prises de décision. Ceci suppose bien qu'un cadre précis d'exercice, protocolaire, soit mis en place. C'est donc dire qu'**une plus grande autonomie n'exclut surtout pas la dépendance à des règles extérieures, universelles ou générales, reconnues et acceptées par tous.**

Pour les IADE, en l'état actuel de la réglementation, l'article 10 du décret 2002-194 s'adapte bien à ce cadre dérogatoire et est suffisant. Vouloir le modifier en passant outre le cadre dérogatoire de ces protocoles découlant de l'article 51 de la loi HPST, et apporter plus de précisions dans les actes relevant de la compétence des IADE ne peut aboutir actuellement qu'à une complexification des situations locales. Il ne s'agit pas de faire des propositions avantgardistes sans garantie pour la qualité des soins et la sécurité des patients. Proposer des protocoles « innovants » au sein de ce cadre réglementaire en respectant tous ses impératifs est le seul moyen de les obtenir dans de bonnes conditions de reconnaissance. Raison il faut savoir garder !

Jean Garric, administrateur du SNPHAR-E

Que faire en cas de maladie du praticien hospitalier ?

- ① En raison de votre état de santé, votre médecin traitant vous a prescrit un arrêt maladie et vous a remis un avis d'arrêt de travail en 3 volets.
- ② Après l'avoir complété, vous devez adresser, sous 48 heures (sinon sanction de la Caisse d'assurance maladie) :
 - les volets 1 et 2 au service médical de votre caisse d'Assurance Maladie ;
 - le volet 3 au bureau du personnel médical de votre hôpital.
- ③ Procédez à la photocopie de votre avis d'arrêt de travail que vous conserverez soigneusement.
- ④ Votre médecin traitant peut transmettre en ligne, grâce à votre carte Vitale, les volets 1 et 2 au service médical de votre caisse d'assurance maladie. L'envoi du volet 3 à votre employeur reste à votre charge.
- ⑤ Le bureau du personnel médical établit une attestation de salaire des 3 mois précédant l'arrêt de travail permettant à la Caisse d'Assurance maladie le calcul des indemnités journalières.
- ⑥ Deux cas de figure :
 - Votre hôpital vous verse votre salaire (sans l'indemnité des gardes et astreintes mais avec la prime de service public exclusif) et se fait rembourser par la Caisse d'assurance maladie (subrogation).
 - La sécurité sociale vous verse, tous les 14 jours, des indemnités journalières plafonnées au 24 décembre 2015 à 804, 50 €. L'hôpital complète chaque mois ces indemnités jusqu'à hauteur de votre salaire, toujours sans indemnité des gardes et astreintes mais avec la prime de service public exclusif.
- ⑦ Jusqu'à 3 mois de congé de maladie (incluant tous les arrêts maladie depuis un an de date à date), dans un cas comme dans l'autre, le PH sans activité libérale recevra l'ensemble de ses émoluments et le PH avec activité libérale ne percevra que les 2/3 de ses émoluments. Puis les 9 mois suivants d'arrêt maladie, le PH sans activité libérale percevra la moitié de ses émoluments et le 1/3 lorsqu'il a une activité libérale.
- ⑧ Au bout de 6 mois consécutifs de congés de maladie, votre dossier médical est examiné à l'échelon de l'ARS, par un comité médical qui donne un avis sur votre aptitude physique et/ou psychique à reprendre l'activité pro-



fessionnelle ou sur une prolongation du congé pour les 6 mois restant à courir.

- ⑨ Dans le cas d'un congé de longue maladie (d'une durée maximale de 3 ans), vous conserverez la totalité de votre salaire pendant un an selon les mêmes modalités que ci-dessus et la moitié de votre salaire pendant les 2 années suivantes. A la fin du congé, vous reprendrez vos fonctions après avis favorable du comité médical de l'ARS. En cas d'avis défavorable, vous serez mis en disponibilité.
- ⑩ Si vous êtes reconnu(e) atteint(e) de tuberculose, de maladie mentale, d'un cancer, de poliomyélite ou d'un déficit immunitaire acquis grave par le comité médical sans pouvoir exercer vos fonctions, vous serez mis en congé de longue durée. Votre salaire est maintenu intégralement pendant 3 ans puis vous passerez à mi-salaire les 2 années suivantes. Au-delà des 5 ans, vous serez mis en disponibilité.

Michel Dru, administrateur du SNPHAR-E

Comment négocier son temps de travail, le temps continu, etc... ?

Les grands principes

Obtenir le décompte de son temps de travail n'est pas nécessairement une fin en soi, surtout dans des professions comme les nôtres, mais c'est un moyen de se protéger collectivement et individuellement contre l'intensification du travail. Les blocs opératoires, T2A-rentables sont devenus les machines à cash des hôpitaux et la pression de productivité y devient chaque année plus forte. Si la mesure du temps de travail est le seul rempart possible aux dérives productivistes et à l'affirmation du droit de chacun à pouvoir vivre normalement en dehors du travail, alors il faut s'en servir.



permanence des soins étant une obligation statutaire, si votre direction en fait du temps additionnel, refusez d'en faire en arguant que vous n'êtes pas volontaire pour cela. Demandez bien sûr à chaque fois que l'on vous écrive tout noir sur blanc pour mieux comprendre et prendre l'avis de votre syndicat préféré.

- La durée légale du temps de travail en France est de 35 h. Elle peut être portée à 39 en contrepartie de l'octroi de 20 jours de RTT. Les 48h de travail hebdomadaires sont une borne supérieure à ne pas dépasser, en aucun cas une norme ou une durée normale. Il existe donc entre 39 et 48 heures, un espace ouvert à la négociation. Cette négociation doit porter sur la durée, la nature du travail réalisé et les compensations en cas de dépassement.
- L'activité d'un médecin hospitalier ne peut en aucun cas se limiter à l'activité de soins. Votre employeur vous sollicite pour d'autres tâches dans le cadre de votre travail, dans ce cas, on ne doit absolument pas les assimiler à des périodes de repos. Ce principe doit faire partie de la négociation.
- Les congés (congés annuels, RTT, maladie, etc...) sont neutres pour le calcul du temps de travail hebdomadaire.
- Le temps continu ou décompte en heure peut être accordé à certaines spécialité ou services (SAMU, urgences, anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique). Il ne devrait pas pouvoir être refusé quand les praticiens de ces équipes en font la demande.
- Le temps additionnel n'est pas une obligation. Il est basé sur un recours au volontariat. Donc si votre employeur vous en impose et que vous n'êtes pas volontaire, il se met en faute et ce encore plus si la nécessité de service (souvent avancée) ne repose pas sur une véritable interruption de la continuité du service public hospitalier.
- Pour faire du temps additionnel il faut un contrat. Celui-ci précise les modalités d'indemnisation ou de récupération. Si ces modalités ne vous plaisent pas, alors il ne faut pas le signer.
- Votre employeur doit tenir des registres de temps travaillé (pour s'assurer que vous ne dépassez pas les 48h hebdomadaires) et dans lesquels sont gardés les contrats de temps additionnel (article 4 de l'Arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 en accès libre sur notre site).

Le temps additionnel c'est donc toujours du temps de jour (c'est normal car si vous récupérez, c'est le jour et pas la nuit) donc payé 317 euros/j et comme ça, c'est plus simple, il n'y a plus de magouille possible avec l'indemnité de sujétion (dite de garde) qui est versée puis retirée voire parfois jamais versée mais retirée quand même à la fin des 4 mois réglementaires (et on a des collègues qui signent ça, vous y croyez vous ?).

Entre nous, si vous êtes au-dessus du 7e échelon, vous êtes payé moins cher en temps additionnel que votre journée de travail normal. Faites le calcul et vous verrez qui est gagnant avec cette histoire de temps additionnel.

Commencer un contentieux ou le début du bras de fer

- Regroupez-vous à plusieurs (avec un délégué SNPHAR-E c'est encore mieux).
- Demandez à voir les fameux registres et si on ne vous les donne pas, prenez un avocat et demandez lui de saisir la CADA (commission d'accès aux documents administratifs) pour obtenir ces registres. La réponse ne vous surprendra pas mais cela permettra d'entamer une nouvelle procédure au tribunal administratif. Votre avocat vous expliquera si vous ne comprenez pas.
- Demandez à passer en temps continu (urgences, anesthésie-réa et gynéco-obstétrique seulement) et demandez à définir votre temps de travail à 39 heures hebdomadaires. En cas de refus, refusez de faire du TTA, refusez de signer tout contrat et appliquez la procédure ci-dessus.
- Négociez le niveau de rémunération ou la nature de l'activité entre 40 et 48. Vous voulez-bien travailler plus mais vous demandez à gagner plus. Ce n'est pas moi qui le dit mais celui qui vous a vendu HPST et la T2A. Juste retour des choses, non ?

Besoin d'aide ?

Contactez un délégué régional ou un administrateur proche de votre région.

Un avocat ? Pas de problème on en a plusieurs.

Ca coûte trop cher ? Vous n'avez pas une assurance avec assistance juridique qui pourrait prendre en charge une partie des frais ?

Yves Rébutfat, Président du SNPHAR-E

Les règles

Ne pas accepter de faire du temps additionnel la nuit ou le WE. La



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 (à 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 ou s.claustres@ch-ariège-couserans.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE NARBONNE (LANGUEDOC-ROUSSILLON)

RECHERCHE 3 ANESTHÉSISTES TEMPS PLEIN

pour son service d'anesthésie (pôle médico-chirurgical) (suite à des départs à la retraite).

Principal établissement public de santé desservant l'Est du Département de l'Aude.

Equipe actuelle de 6,6 praticiens hospitaliers (pour 9,6 postes).

Nous développons une activité d'anesthésie polyvalente et variée

• Chirurgie orthopédique : ALR+++ , échographe • Chirurgie viscérale • Chirurgie urologique • Chirurgie gynécologique • Endoscopies digestives • Un peu de chirurgie maxillo-faciale, ORL et ophtalmo • Pédiatrie à partir de 5 ans • Obstétrique 800 accouchements/an, 70 % d'analgésie périmédullaire.

Bonne organisation et excellente entente dans l'équipe

• Garde sur place (3 à 5 gardes/mois) et Repos de sécurité • Congés annuels, RTT, Congés formation • Equipe de 11 IADE, 1 IADE/salle, 1 MAR pour 2 salles sauf chirurgie lourde et pédiatrie, 6 salles d'intervention + 1 salle d'endoscopie parfaitement équipées aux normes SFAR, 3 salles d'accouchement, 1 salle de césarienne, SSPI de 9 postes, soins continus et réanimation gérés par réanimateurs.

Conditions d'exercice réellement attractives dans une très belle région, proche de la mer, de la montagne et de l'Espagne, Montpellier à 1h00, Toulouse à 1h30.

Contacts :

Dr EL HACHEM - Responsable du Centre d'Activité Clinique - 06 15 30 42 20 - rande.elhachem@ch-narbonne.fr
et/ou Dr BOLANDARD - Praticien anesthésiste - 06 81 33 53 89 - frank.bolandard@ch-narbonne.fr

Bureau des Affaires Médicales

04 68 42 65 48

affairesmedicales@ch-narbonne.fr



POSTE D'ANESTHÉSISTE REANIMATEUR

AU CENTRE HOSPITALIER DE LOURDES - 2, avenue A. MARQUI 65107 LOURDES CEDEX

SERVICE ANESTHÉSIE

PERIODE :

du 15 juin 2016 au 31 décembre 2016
pour cause d'arrêt maladie.

Possibilité de remplacement à la semaine
ou de longue durée.

Logement fourni.

Rémunération à définir.

Possibilité de pérennisation du poste.

CARACTÉRISTIQUES DU POSTE :

Activité d'anesthésie au bloc opératoire la journée

(chirurgie viscérale - orthopédie - endoscopie digestive).

Possibilité de participer à l'activité de soins continus (10 lits).

Présence d'un infirmier anesthésiste par salle et en SSPI.

Deux anesthésistes présents chaque jour

(un au bloc - un dans les services et aux consultations).

Contact : Dr Didier GARNIER - Chef de service d'anesthésie

Tél. : 06 81 96 72 95 - E-mail : dgarnier@ch-lourdes.fr



Personne à contacter :

Professeur Gérard AUDIBERT
chef du pôle Anesthésie-réanimation
g.audibert@chru-nancy.fr

Yasmine SAMMOUR - Directrice des affaires médicales
y.sammour@chru-nancy.fr

Médecin Anesthésiste - Réanimateur au CHRU de Nancy

Recrutement sur statut praticien contractuel avec perspective d'installation praticien hospitalier

LIEU D'EXERCICE

Etablissement hospitalo-universitaire de 1 800 lits et places.
Etablissement de référence sur la région, au 10^{ème} rang français
sur la recherche et à proximité de Paris (1h30 par TGV).
■ Maternité niveau 3.
■ Chirurgie orthopédique.
■ Chirurgie viscéral

ACTIVITES CLINIQUES

- Anesthésie dans le cadre des activités opératoires.
- Consultation d'anesthésie.
- Participation à la permanence des soins.



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 Réanimateur

(afin de compléter une équipe de 7 praticiens)

Et Un Praticien Anesthésiste

(afin de compléter une équipe de 6 praticiens)

(praticien hospitalier ou tout type de contrat)

Pour tout renseignement :

- Dr J.M. FAUCHEUX - Président de la CME - Tél. : 05 53 69 70 18 - faucheuxjm@ch-agen.fr
- Dr F. PAC SOO - Réanimateur - Tél. : 05 53 69 70 92 - pacsoofk@ch-agen.fr
- Dr R. GRELLIER - Anesthésiste - Tél. : 05 53 69 70 24 - grelierr@ch-agen.fr
- Mme M.P. GAY - Directrice des Affaires Médicales - Tél. : 05 53 69 70 00 - gaym@ch-agen.fr
- Centre Hospitalier d'Agen - 47923 AGEN CEDEX 9



www.ch-agen.fr

LE CHU DE BORDEAUX,

4^{ème} 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



C.H.U.
Hôpitaux de Bordeaux

Le centre hospitalier de
Villefranche-sur-Saône

34 km de LYON et 42 km de MACON

646 lits

1790 personnels médicaux et non médicaux

Recherche pour son service d'anesthésie
(13,5 ETP, 3 internes)

un(e) anesthésiste temps plein

pour remplacer un départ
à la retraite



l'hôpital
NORD
OUEST

Villefranche-sur-Saône
Anesthésie
Réanimation
Service d'Accueil et de Soins

Contact :

Dr Djamal FATAH

04 74 09 28 90 - dfatah@hopitalnordouest.fr

Candidatures à adresser à :

Madame Sophie LEONFORTE

Directeur des Affaires Médicales

Boîte Postale 436

69655 Villefranche-sur-Saône Cedex



RECRUTE DES MEDECINS ANESTHESISTES-REANIMATEURS

Nous recherchons des médecins anesthésistes-réanimateurs pour développer nos activités dans le cadre de la modernisation de notre plateau technique : refonte des blocs opératoires et salles interventionnelles, création d'un bâtiment des réanimations.

Profil requis : Médecin thésé(e), inscrit(e) à l'Ordre des Médecins, ou Médecin à diplôme étranger ayant validé les épreuves de connaissances de la PAE.

Statut : à négocier.

<http://www.chu-grenoble.fr/content/medecin-anesthesiste-reanimateur>

Contact : Nelly CUENOT - 04 76 76 95 16

Direction des Affaires Médicales : ncuenot@chu-grenoble.fr

**Le CHU DE
GRENOBLE ALPES**

Évolue au sein d'un bassin d'emploi dynamique, centré sur l'innovation technologique, dans un milieu tourné vers la Recherche et l'Enseignement de haute qualité en lien avec l'Université Grenoble Alpes et les Start-up grenobloises.

Le CHU de Grenoble est une référence nationale et internationale dans la prise en charge des urgences graves.





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



Le Centre Hospitalier de Mâcon (71) Sud Bourgogne

Idéalement placé sur axes A6 – A40

Gare TGV : 1h40 de PARIS et MARSEILLE et 1h de GENEVE

Situé à 70 km seulement de Lyon (50 minutes), 130 km de Dijon (1h30)

Proche des Alpes (2h)

Établissement dynamique et en pleine expansion

1050 lits ou places répartis sur 7 sites

Nombreuses spécialités médicales

2000 agents - 200 praticiens présents au CH

RECHERCHE **1 PRATICIEN REANIMATEUR**



Service de réanimation dynamique (toutes techniques) et neuf de 14 lits.

Pour compléter une équipe médicale composée de 6 réanimateurs et 4 internes.

Très bon esprit d'équipe, soins de qualité, travail agréable.

Profil recherché : DES anesthésie-réanimation ou DESC réanimation médicale.

Statut souhaité : Assistant spécialiste, praticien hospitalier, praticien contractuel, clinicien hospitalier à temps plein. Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins obligatoire.

Pour toutes informations : Docteur Roland De VARAX - Tél. : 03 85 27 56 76 ou rodevax@ch-macon.fr

Les candidatures avec CV sont à adresser à : Direction des Affaires Médicales - M. Jean-Paul TASSO - jptasso@ch-macon.fr - Tél. : 03 85 27 50 55 ou 03 85 27 50 57



**CENTRE HOSPITALIER
CHALON SUR SAONE
William Morey**

Le Centre Hospitalier Chalon sur Saône William Morey (Saône et Loire)

Situé sur l'autoroute A6 entre Lyon et Dijon, à 1h30 de Paris en TGV. Nouvel Etablissement en pleine expansion composé de 9 pôles chirurgicaux et médicotextuels, qui permet une prise en charge globale et optimisée des patients grâce notamment à un plateau technique complet et de pointe.

RECHERCHE

› URGENTISTE

Le SAU et le SAMU - SMUR font partie du même service avec une activité partagée. Sur l'année 2015 : le SAU a accueilli 43 718 patients, le SMUR a effectué 2 962 sorties, l'HéliSmur a effectué 537 sorties et le SAMU a géré 139 799 dossiers de régulation médicale avec 2 médecins en poste toutes les nuits (1 libéral et 1 hospitalier).

› ANESTHESISTE-REANIMATEUR

Le service de Réanimation a une capacité de 20 lits, associant 16 lits de réanimation et 4 de surveillance continue. L'activité est polyvalente, médico-chirurgicale.

› ANESTHESISTE

Le bloc opératoire est composé de 8 salles d'opérations intégrées, 1 DRAËGER et de colonnes embarquées TRUMPF, il assure la prise en charge de nombreuses spécialités chirurgicales et médicales : chirurgies (viscérale, bariatrique, digestive, vasculaire, thoracique, endoscopie digestive, gynéco-obstétricale, orthopédie et traumatologie, ORL, ophtalmologie, cardiologie interventionnelle...).

Pour tout renseignement contacter la Direction des Affaires Médicales

03 85 91 01 54 - ginette.gilliers@ch-chalon71.fr

Envoyer candidature et CV à :

M. le Directeur du Centre Hospitalier - 4, Rue Capitaine Drillien - CS 80120 - 71321 CHALON-SUR-SAONE

03 85 44 66 88 - Fax : 03 85 44 66 99 - www.ch-chalon71.fr



L'HNFC est le CH de référence sur le territoire santé de Nord Franche-Comté (350 000 habitants), 1 200 lits, 90 000 passages/an aux urgences. Mise en service du nouvel hôpital prévue en janvier 2017. Nouveau plateau technique comprenant 14 salles polyvalentes, une salle de césarienne, une salle hybride, 4 salles d'endoscopies (dont 2 sous AG) et un plateau d'imagerie performant (IRM, scanner, Tep-scan...).

L'Hôpital Nord Franche-Comté recrute :

1 MAR avec un profil de poste pour mi-temps AR/douleur, avec gardes d'anesthésie.

1 MAR pour rejoindre une équipe dynamique de 19 MAR – décompte horaire – gardes sur place.

1 Réanimateur pour rejoindre une équipe motivée de 10 praticiens – décompte horaire – garde sur place.

Candidatures à adresser à : Delphine BELLEC - Directrice des Affaires Médicales et de la Recherche - delphine.bellec@hnfc.fr
ou par courrier : L'HOPITAL NORD FRANCHE-COMTE - 14, rue de Mulhouse - 90016 Belfort cedex



LE PÔLE DE SANTÉ DE GUINGAMP (22 - CÔTES D'ARMOR)

[Établissement de 599 lits et places situé à 30 minutes de la Côte à 1 heure 30 de Rennes sur l'axe Rennes - Brest, gare TGV]

Pour compléter son équipe de 5 anesthésistes en vue du passage en temps continu

Recrute 2 praticiens hospitaliers ou praticiens hospitaliers contractuels

- Activité chirurgicale variée en développement (viscérale, orthopédique, gynécologique, ophtalmologique, ORL orale et gastro-entérologie)
- Activité conventionnelle et ambulatoire (forte activité programmée)
- Bloc opératoire performant : près de 4000 zones opératoires
- Service d'urgence/SMUR : 22249 passages en 2015
- Unité de surveillance continue
- Maternité [839 naissances en 2015]
- Possibilité d'aménagement du temps de travail
- Possibilité de logement.

Candidature à adresser à : Monsieur Le Directeur - Centre Hospitalier de Guingamp
17, rue de l'Armor - BP 10584 - 22205 GUINGAMP CEDEX - www.ch-guingamp.fr

Renseignements auprès de :
Monsieur Gaël CORNEC - Directeur Adjoint - Tél. : 02 96 44 56 12 - gael.cornec@ch-guingamp.fr



Le CH de Saint-Quentin
En Picardie,
situé dans l'Aisne

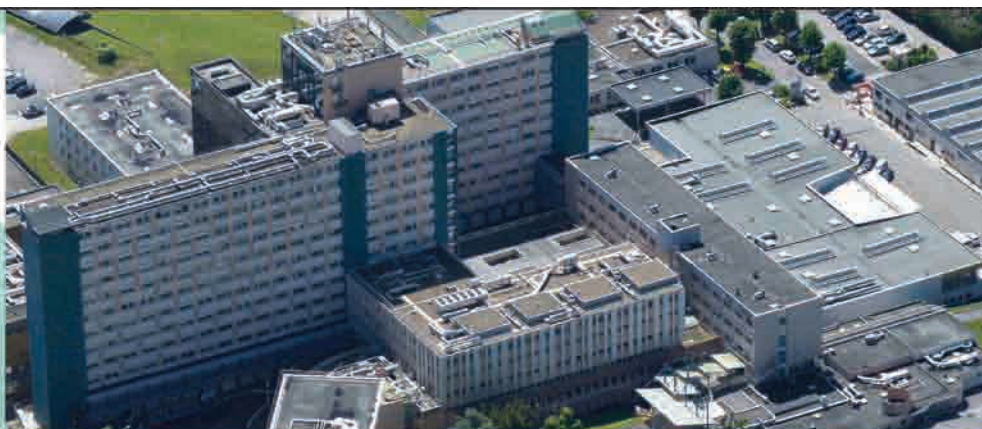
Au centre de 4 CHU, à 1h environ de Reims, de Lille et 45 minutes d'Amiens, 1h30 de Paris, offre une activité de médecine d'urgence polyvalente et variée : Urgences-SMUR.

Pour tout complément d'informations :

Possibilité de contacter
M. le Dr NASR Farid
Chef de service
f.nasr@ch-stquentin.fr
03 23 06 72 02

Adresser candidature et curriculum vitae à :

Monsieur le Directeur
B.P. N°608
02321 SAINT-QUENTIN CEDEX
03 23 06 73 40
directiongenerale@ch-stquentin.fr



RECRUTE UN MEDECIN URGENTISTE H/F

Pour renforcer l'équipe du Service d'Accueil et d'Urgence

Les urgences assurent une mission de service publique par l'accueil permanent des patients 7/7, 24h/24, environ 33 550 passages par an.

Il dispose d'un service SMUR Primaire, Secondaire (route et hélicoptère), environ 2600 sorties par an.

Profil candidat :

Etre titulaire du DESC Médecine d'Urgence ou lauréat de la PAE ou titulaire d'un doctorat en médecine générale.



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 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 - Bariatric - 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.



Poste proposé : Médecin anesthésiste

Type de contrat : Praticien hospitalier, praticien contractuel, praticien attaché (éventuellement associé), assistant spécialiste (éventuellement associé). Temps plein. Temps partiel également possible. Poste prioritaire possible.

Descriptif : Le Groupe Hospitalier du Havre recherche un médecin anesthésiste pour exercer au sein du Département d'anesthésie situé sur le site de l'Hôpital Jacques Monod. Le praticien recruté bénéficiera de l'appui d'une équipe médicale dynamique, qui accueille des internes en tant que service reconnu comme formateur pour le diplôme d'études spécialisées en anesthésie réanimation par le CHU de Rouen. Il pourra également, s'il le souhaite, inscrire sa pratique dans le cadre de projets de recherche clinique et bénéficiera à ce titre d'un appui institutionnel.

Le praticien sera missionné sur l'ensemble des activités de l'anesthésie à savoir : Consultations externes et interservices adultes et enfants • Les visites • Le bloc opératoire, qui est composé de 12 salles d'interventions conventionnelles, 2 salles de césarienne, 2 salles de radiologie interventionnelle et 4 salles de réveil.

Cette structure a réalisé en 2015 : 12 103 actes opératoires, 10 529 actes d'anesthésie et 3 245 anesthésies hors blocs.

Les patients du bloc sont pris en charge par un panel diversifié de spécialités :

• Chirurgie orthopédique, traumatologique et rachidienne • Chirurgie pédiatrique • Chirurgie viscérale, vasculaire, urologique et thoracique • Chirurgie gynécologique, procréation médicalement assistée • Obstétrique (3 260 naissances en 2015) • Chirurgie ORL, maxillo-faciale, odontologie et ophtalmologique • Radiologie interventionnelle et endoscopies sous anesthésie • Dermatologie • Prélèvements d'organes.

Par ailleurs, le Groupe Hospitalier du Havre offre, par son implantation géographique, des opportunités culturelles et une qualité de vie. Le tout dans une ville en bord de mer et à 2 heures de Paris !

Possibilité de logement provisoire et de place en crèche.



Personnes à contacter

Dr Eric Frenoy - Chef de Pôle
eric.frenoy@ch-havre.fr - 02 32 73 51 86

Madame Julie VALLA
Directrice des Affaires Médicales
julie.valla@ch-havre.fr - 02 32 73 43 55



LE POLE SANTE SARTHE ET LOIR RECRUTE

situé à 35 minutes d'Angers et Le Mans - 1h15 de Paris en TGV

UN MEDECIN ANESTHESISTE-REANIMATEUR TEMPS PLEIN

Le bloc opératoire est composé de 6 salles dont une de césarienne.

Activités de chirurgie orthopédique, viscérale, urologie, ORL, stomatologie, ophtalmologie et gynécologie.

Chirurgie pédiatrique ambulatoire.

Maternité de niveau II (600 accouchements par an).

Pratique de l'anesthésie générale, anesthésie loco-régionale sous échographie.

Réhabilitation post opératoire précoce.

Une unité de soins continus de 4 à 6 lits.

CONTACT :

Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales
Madame Annie-Laure DESPREZ - Pôle Santé Sarthe-et-Loir
BP 10129 LE BAILLEUL - 72205 LA FLECHE Cédex
Tél. : 02 44 71 30 41 - Mail : stouchard@pole-pssl.fr

Docteur Caroline REHULKA
Responsable d'Unité Médicale Anesthésie-Réanimation
Tél. : 02 44 71 33 69 - Mail : crehulka@pole-pssl.fr



Groupe Hospitalier Est Réunion

Situé dans l'Est de l'île, et bénéficiant d'une implantation récente dans des locaux modernes équipés des dernières technologies, le GHER recrute :

1 ANESTHESISTE À TEMPS PLEIN (PH OU CONTRACTUEL)

Poste à pourvoir dès que possible

Rémunération très attractive (majoration DOM de 40%).

Prise en charge du billet d'avion et de l'hébergement.

Le service d'anesthésie fait partie du pôle Urgences Soins critiques du GHER et travaille en lien étroit avec le pôle chirurgie composé de :

24 lits en chirurgie orthopédie - traumatologie.

24 lits en chirurgie viscérale et digestive.

16 lits en chirurgie ambulatoire.

Candidature ou renseignement par mail : affaires.medicales@gher.fr

Retrouver le GHER sur son site internet www.gher-reunion.fr

