

#90

PHARE

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

Masqués...



...mais pas bâillonnés

Dr Anne GEFROY-WERNET - Présidente
Centre Hospitalier de Perpignan
anne.wernet@snphare.fr

CSPM - CSN (AR) - Commission régionale paritaire Occitanie - Commission spécialisée d'organisation des soins Occitanie (COSOS Occitanie) - Commission régionale de la santé de de l'autonomie (CRSA) - Communication - Revue PHARE

Ligne directe : 04 68 61 77 44
Portable : 06 63 83 46 70

Dr Emmanuelle DURAND - Vice-Présidente
CHU - Reims
emmanuelle.durand@snphare.fr

CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR) - Conciliation et médiation - Commission régionale paritaire Grand Est - Revue PHARE

Ligne directe : 03 10 73 61 28
Portable : 06 60 55 10 65

Dr Eric LE BIHAN - Secrétaire Général
CHU Beaujon, Paris
eric.lebihan@snphare.fr

CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR) - Délégation régionale Ile de France - Communication
Relations avec les délégués d'Ile de France

Ligne directe : 0140875000
BIP 1050

Dr Anouar BEN HELLAL - Secrétaire général
Hôpital André Mignot - SAMU - Versailles
anouar.benhellal@snphare.fr

Conseil de discipline (médecine) - Veille Syndicale - Relation avec les urgentistes et autres médecins non-AR
Revue PHARE

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

Dr Louise GOUYET - Trésorière
Groupe Hospitalier Pellegrin - Bordeaux
louise.gouyet@snphare.fr

CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR)
PH temps partiel
Qualité et organisation du bloc

Standard : 05 56 79 56 79
Portable : 06 11 94 77 20

Dr Yves REBUFAT - Trésorier adjoint
CHU - Hôpital Laënnec - Nantes
yves.rebufat@snphare.fr

CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR)
Site web www.snphare.fr et communication

Ligne Directe : 02 40 16 51 47
Portable : 06 86 87 62 76

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

CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR)
FMC-DPC - CFAR - Commission régionale paritaire Hauts de France
Relations avec les délégués hors Ile de France

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

Dr Laurent HEYER - Secrétaire général adjoint
Hôpital de la croix rousse - Lyon
laurent.heyer@gmail.com

Permanences des soins - Gardes et astreintes - Risques psychosociaux -
Réfèrent des spécialités médicales non anesthésistes-réanimateurs

Standard : 03 89 12 40 00

Dr Grégory WOOD - Secrétaire Général Adjoint
Hôpital Charles Nicolle, CHU Rouen
gregory.wood@snphare.fr

CSN (AR) - Rédacteur en chef de la revue PHARE
Site web www.snphare.fr et communication
Commission Régionale Paritaire Normandie

Ligne directe : 02 32 88 17 36

Dr Ségolène ARZALIER-DARET - Administratrice
CHU - Caen
arzalier-s@chu-caen.fr

CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR)
Vice-Présidente Commission OSAT - CFAR, Présidente de SMART-CFAR
Commission régionale paritaire Normandie

Ligne Directe : 02 31 27 24 11
Portable : 06 66 22 38 16

Dr Ezéchiél BANKOLE - Administrateur
CHU - Reims
bankole.ezechiel@sfr.fr

Permanence des soins
Gardes et astreintes
CFAR

Standard : 03 26 78 78 78
Ligne directe : 03 26 78 88 01

Dr Raphaël BRIOT - Administrateur
CHU - SAMU 38 - Grenoble
raphael.briot@snphare.fr

CSPM - CSN (HU médecine) - Retraites - Urgences
Représentation des médecins non-anesthésistes
Relation avec les Universitaires

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

Dr Jullien CROZON - Administrateur
Groupement Hospitalier Edouard Herriot, Lyon
jullien.crozon@snphare.fr

CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR) - Veille syndicale
Relation avec les adhérents
Revue PHARE

Ligne directe : 04 72 11 09 85
Portable : 06 86 72 32 24

Dr Patrick DASSIER - Administrateur
Hôpital européen Georges Pompidou - Paris
patrick.dassier@snphare.fr

Contentieux
Retraites

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

Dr Veronique DERAMOUDT - Administratrice
Hôpital de Pontchaillou - CHU Rennes
veronique.deramoudt@chu-rennes.fr

Conseil de Discipline (AR) - Délégation régionale Bretagne, FEMS -
Revue PHARE - Formation continue et recertification
Commission Régionale Paritaire Bretagne

Ligne directe : 02 99 28 41 01
Portable : 06 61 57 24 05

Francis VUILLEMET - Administrateur
Hôpitaux civils de Colmar
francis.vuillemet@gmail.com

Permanences des soins - Gardes et astreintes - Risques psychosociaux -
Réfèrent des spécialités médicales non anesthésistes-réanimateurs

Portable : 06 31 18 57 61

Dr Claude WETZEL - Chargé de Mission
Praticien Honoraire CHU de Strasbourg
claud.wetzel@mac.com

Chargé de mission aux affaires européennes
Past-Président de la FEMS

Portable : 06 60 55 56 16

DOSSIER COVID-19	
La parenthèse enchantée ?	4
Covid-pro : l'enquête du SNPHARE sur la protection des soignants	5
La COVID-19 reconnue comme maladie professionnelle : ce que les praticiens doivent savoir	8
Transformation de l'hôpital pendant la crise : comment les professionnels de santé ont su réorganiser l'hôpital	9
Souffrance au travail, charge émotionnelle, situations traumatiques en période de crise sanitaire	14
Les soignants des héros ?	16
DOSSIER « SÉGUR »	
Le Ségur vu et raconté par le président d'Avenir Hospitalier	19
Le Ségur des praticiens hospitaliers comme si vous étiez !	
Résultat des enquêtes SNPHARE-APH-JM	21
Le livre blanc du SNPHARE	21
Ma Santé 2022, Ségur de la Santé : qu'avons-nous obtenu pour les praticiens hospitaliers ?	24
Après l'échec du Ségur... on continue à se battre, bien sûr !	25
LECTURE	
« La Peste » d'Albert Camus, toujours poignante d'actualité	26
PETITES ANNONCES	27

L'HÔPITAL EST ENCORE CHAUD

À peine éloignés de la crise COVID, peut-on espérer une renaissance des valeurs d'une santé publique qui protège les citoyens et ses employés, à défaut de libertés et d'égalités ?

Libertés cassées par des applications et des réseaux sociaux propagandistes, les reconnaissances faciales, la gestion commerciale des données de santé. Égalités cassées par le chômage explosif, les travailleurs pauvres, précaires et autres réfugiés.

On nous a promis que l'hôpital et les soignants allaient sortir de la crise la tête haute et résilients.

La mise en œuvre du Ségur auquel tout le monde a cru nous a tellement déçus, nous les hospitaliers !

On a voulu nous faire croire que la crise sanitaire qui a embrasé l'hôpital déjà fumant nous permettrait de refonder un système de santé fort et digne.

On nous a promis que le dévouement des soignants serait reconnu : quelques euros, pas pour tout le monde, chèques vacances, dons de RTT, médailles que sais-je ?

Où est la place du débat et des « héros » dans notre ministère, quand on met à l'écart une grande part des représentants des soignants... sous prétexte de désaccord ? Quel déni de démocratie !

Enfin on aura « obtenu » la remise en question des statuts et du temps de travail, l'absence de reconnaissance salariale, d'embauche à hauteur des besoins, toujours pas de lits.

L'« attractivité » de ces mesures, d'une pauvreté et d'une hypocrisie sans nom, ne compensera pas le choc d'une prochaine crise sanitaire, écologique ou autre.

En tout état de cause, la forte implication du SNPHARE se poursuit pour que les soignants soient entendus par le ministère et que l'hôpital ne soit pas écrasé par l'absence de volonté de sauver cette valeur universelle qu'est la santé publique.

Beaucoup d'entre vous ont été scandalisés par le mépris avec lequel ont été traitées nos propositions, celles que vous souhaitiez pour votre exercice et pour l'hôpital public...

Le SNPHARE vous souhaite une rentrée sereine et vous assure qu'il remettra mille fois son ouvrage sur le métier.

Emmanuelle Durand, vice-présidente du SNPHARE



ISSN : 2729-1928

Présidente du comité de rédaction :

Anne Geffroy-Wernet

Rédacteur en chef :

Grégory Wood

Comité de rédaction : Anouar Ben Hellal - Jullien

Crozon - Véronique Deramoudt - Emmanuelle Durand -

Francis Vuillemet

Éditeur : Ektopic

11 bis av Mal de Lattre de Tassigny • 94000 Créteil • 06 71 67 15 72

Rédaction : S. Sargentini

Directeur de publication : C. Mura

Publicité : K. Tabtab - k.tabtab@reseauprosante.fr

Impression : Imprimerie Imprimatur

Crédits photos : istock

La parenthèse enchantée ?

Sans nous concerter, sur tout le territoire, nous avons tous fait le même constat. Le constat que, dans chaque établissement, et sans « grand plan national » mais avec le bon sens paysan de ceux qui sont sur le terrain, les professionnels de santé ont su transformer l'hôpital en un claquement de doigts, parce qu'ils en avaient la compétence.

Quand on connaît l'outil de travail - c'est-à-dire non seulement le métier, mais l'équipe, les autres équipes parce que le travail multidisciplinaire et multiprofessionnel, c'est notre quotidien - on est capables non seulement de créer des unités COVID à la place des services, mais aussi de créer des circuits intelligents pour les patients COVID et non-COVID, des stratégies de dépistage, des tentes de tri sur des parkings, des transformations de salles de naissance, de salles de surveillance post-interventionnelles ou de blocs opératoires. La notion de « parcours-patient » a repris tout son sens, jusqu'au plus concret : son parcours physique dans l'enceinte de l'hôpital.

RETROUVER LE SENS DE NOTRE MÉTIER

Il s'est agi d'une gouvernance inversée, où les professionnels élaboraient et proposaient des solutions idéales, et où les directions, les ARS ont validé ces solutions de manière automatique. Il s'est agi d'une gouvernance horizontalisée, concertée, n'oubliant aucun maillon de la chaîne hospitalière.

Il s'est agi d'un travail d'équipe, où la participation de chacun a permis d'être inventif, jusque dans le système D de protection des soignants en l'absence d'équipements de protection en quantité suffisante (cf. EPI).

Il s'est agi de solidarité. Les soignants n'ont pas compté leurs heures lorsqu'il a fallu retrousser les manches pour un épisode dont on pensait qu'après avoir appuyé sur un bouton « ON », on appuierait quelques semaines sur un bouton « OFF ». Solidarité entre les équipes, soutien de ceux qui ont craqué par moment, solidarité aussi entre le secteur public et le secteur privé pour prendre en charge tous les patients, COVID et non-COVID, solidarité entre les soignants de tous horizons pour aller en renfort dans les zones débordées, solidarité entre les établisse-

ments et même entre les pays d'Europe pour accueillir des patients réanimatoires. Il s'est agi de tout ce qui nous anime dans notre vocation de soignants, dans notre attachement au service public « pour tous, à toute heure du jour et de la nuit : nous avons enfin retrouvé le sens de notre métier ».

NE PAS OUBLIER

Certes, la reconnaissance n'a pas été au rendez-vous (injuste et inutile prime COVID, échec du Ségur... et ingratitude du « rattrapage d'activité » dans des conditions compliquées – cf. dossier Ségur dans ce numéro). Cela n'a été qu'une parenthèse, avant que tout revienne « comme avant ». Une parenthèse à la fois éprouvante et enchantée. N'oublions jamais :

«
N'oublions jamais : c'est nous, les soignants, par notre intelligence collective, par notre énergie, par notre conviction, qui avons permis que l'hôpital tienne pendant la crise COVID.
 »

c'est nous, les soignants, par notre intelligence collective, par notre énergie, par notre conviction, qui avons permis que l'hôpital tienne pendant la crise COVID ; toutes ces valeurs que nous partageons et que nous voulons continuer à enseigner aux plus jeunes. Nous sommes collectivement garants de l'accès à une prise en charge hospitalière d'excellence, restons unis plus que jamais pour sauver l'hôpital public !

*Anne Geffroy-Wernet,
Présidente du SNPHARE*

Covid-pro : l'enquête du SNPHARE sur la protection des soignants

Les soignants ont vécu un cauchemar dans le cauchemar lors de la première vague de la COVID : celui de l'absence de protection suffisante (les équipements de protection individuelle – EPI), avec comme corollaire une contamination COVID importante — et quelque peu occultée par les tutelles — des professionnels de santé avec pour conséquence des collègues décédés, des collègues qui ont des séquelles.

Le SNPHARE a interpellé très tôt les pouvoirs publics sur l'absence de protection suffisante du personnel. En cause, entre autres, le « scandale des masques ». Et parce que des mots ne suffisent pas, le SNPHARE a interrogé le terrain sur la réalité de la protection et sur la prise en compte de l'infection chez les soignants : l'enquête COVID-PRO donne des résultats édifiants...

Les matériels et équipements de protection

PORT DU MASQUE DANS L'HÔPITAL ?

Dans l'enceinte de l'hôpital, hors des secteurs où il y a des patients, le port du masque était obligatoire pour les établissements de seulement 56,4 % des praticiens, et non prévu pour les établissements de 14 % des praticiens.

MATÉRIEL ET ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION : LA PÉNURIE INATTENDUE...

Très rapidement, et à la lumière des pays où la pandémie a commencé avant nous (Italie notamment), nous avons craint et/ou constaté une pénurie de produits de protection de « première nécessité » à l'hôpital, imposant au mieux un contingentement, au pire une restriction de délivrance. Nous avons comparé l'état de la mise à disposition de ces produits en début de crise (mi-mars 2020) et au moment de l'enquête.

Le « soluté hydroalcoolique », utilisé pluriquotidiennement et habituellement à disposition sans restriction, a été très rapidement contingenté (32 % en début de crise vs 44 % eu moment de l'enquête) ; 10 % de professionnels n'y avaient pas, ou pas suffisamment, accès en début de crise, ce chiffre diminue de moitié au moment de l'enquête. On sait que l'amélioration et la pérennisation de la disponibilité de SHA se sont faites au moyen d'un système D particulièrement étonnant, au niveau

MÉTHODOLOGIE

COVID-PRO est une enquête en ligne réalisée du 7 au 17 avril 2020, ouverte aux professionnels de santé de tous les établissements de soins, diffusée via les canaux habituels du SNPHARE (mailing list des PH, réseaux sociaux, site).

Une première partie s'intéresse aux équipements de protection :

- Actuellement, dans votre établissement, en dehors des secteurs où il y a des patients, le port du masque : n'est pas prévu / est obligatoire / ni l'un ni l'autre, chacun fait comme il veut.
- La disponibilité des différents matériels (solutions hydroalcooliques) et équipement de protection individuelle (masques chirurgicaux et FFP2, lunettes de protection, blouses étanches, surblouses en plastique, gants couvrant les avant-bras), en début de crise et au moment de l'enquête ont été recherchés : sont-ils en libre accès, de manière contingentée en quantité suffisante, en quantité insuffisante, inexistantes ?

Une deuxième partie s'intéresse au dépistage des soignants et à l'attitude à l'égard des soignants infectés :

- Accès aux moyens de dépistage dans l'établissement
- Existence d'un dépistage systématique régulier
- Attitude dans l'attente du résultat du dépistage
- Attitude en cas de dépistage négatif
- Attitude en cas de dépistage positif (modalités d'arrêt ou non de travail, transmission du résultat)
- Existence d'une information sur le taux de contamination des soignants dans l'établissement.

QUI A RÉPONDU ?

1305 médecins ont répondu : plus de 96 % sont des médecins hospitaliers, ce qui est cohérent avec nos moyens de diffusion. Les principales circonstances d'exposition à la COVID étaient les services d'hospitalisation (48,3 %), la consultation (25,8 %), les plateaux techniques – blocs opératoires et maternité (25,8 %), les unités de réanimation (21,7 %), les services d'urgences (18,4 %) et le SMUR (8,4 %), les unités réalisant des examens complémentaires – biologiques et radiologiques (8,4 %). Pourcentages supérieurs à 100 %, les circonstances étant multiples pour de nombreux professionnels.

local et national – détournement des productions de distilleries et entreprises de parfums notamment !

La plus grande évolution dans le contingentement est celle des masques chirurgicaux (37 % en début de crise, 67 % au moment de l'enquête), alors qu'habituellement ils sont à disposition sans restriction. Sans doute on trouve là une des explications de l'augmentation de mise à disposition de la quasi-totalité des hospitaliers desdits masques (29 % n'ont pas ou insuffisamment de masques en début de crise vs 7 % au moment de l'enquête).

On observe des résultats similaires avec les masques FFP2, utilisés de manière très confidentielle avant la crise COVID. Il est à noter cependant qu'au moment de l'enquête, près de 40 % des répondants témoignent d'une quantité insuffisante ou inexistante de masques FFP2, seuls masques réputés empêcher d'être contaminé par des patients COVID. Ces masques FFP2 ont été réservés aux soins les plus « à risques », c'est-à-dire à proximité des voies aériennes, comme les lunettes de protection, pour lesquelles nous observons des résultats similaires concernant leur disponibilité et l'évolution de leur mise à disposition aux professionnels de santé.

Les blouses ont été un sujet de préoccupation majeure, dès le début de la crise. Que ce soit en début de crise ou au moment de l'enquête, respectivement 50 et plus de 60 % des professionnels n'ont pas, ou pas assez, à disposition de blouses étanches et de surblouses en plastique. Le contingentement n'a pas permis d'améliorer ce chiffre. Concernant les gants couvrant les avant-bras, les chiffres se passent de commentaires, tant la sous-dotation est majoritaire...

En examinant les résultats de plus près, on constate, et finalement heureusement, que le manque de protection est d'autant plus prégnant qu'on s'éloigne des zones « les plus à risques » - réanimations, pla-

teaux techniques, urgences. La contamination par des patients asymptomatiques était pourtant déjà connue... et a mis en difficulté des pans entiers de l'activité médicale, notamment en psychiatrie.

Au total

En début de crise sanitaire, seuls 26 % des répondants disposaient d'un EPI minimal et de SHA en quantité suffisante, contre 53 % au moment de l'enquête. Cette enquête a permis d'appuyer lors de nos réunions avec le ministère (réunions téléphoniques régulières avec les organisations syndicales) l'urgence de remédier aux différents manques. Il est probable qu'aujourd'hui ces résultats seraient bien meilleurs.

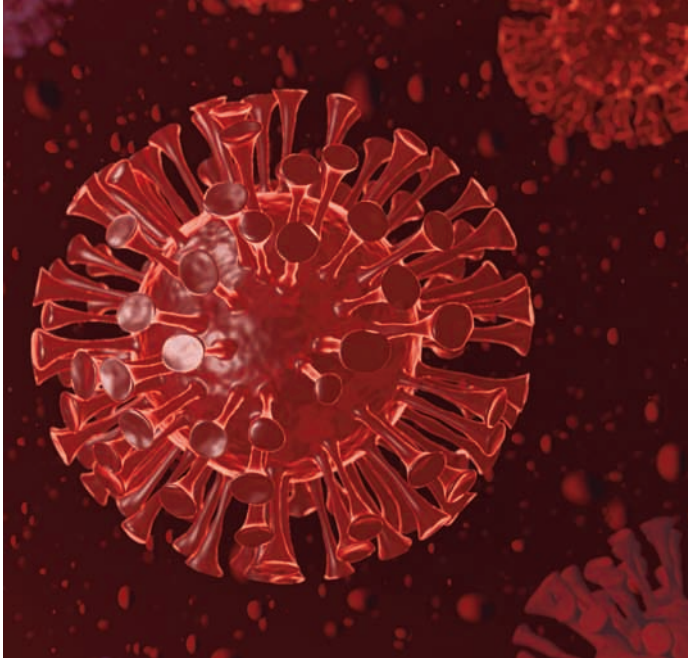
Il faut noter que cette enquête est quasi exclusivement hospitalière : les hospitaliers ont pourtant été très privilégiés dans la protection – un privilège très relatif au vu de ces données – d'ailleurs, il semble que ce sont les professionnels de santé libéraux et des EHPAD qui paient le plus lourd tribut en termes de contamination, COVID grave et décès.

Pour tous ces produits, comme pour les médicaments, les respirateurs etc., la crise COVID a mis en évidence la gravité de l'abandon progressif d'un plan pandémie français pourtant prévu dès 2006 et de la mondialisation à outrance de notre économie sanitaire, nous ayant rendus dépendants – comme la plupart des autres pays touchés en mars-avril – de pays qui n'étaient pas en mesure de multiplier leurs capacités de production et d'acheminement vers nos établissements.

Il reste à espérer que cette leçon sera mieux retenue que la leçon pour l'hôpital (l'échec du Ségur...). Alors que chacun est désormais convaincu que la COVID n'est sans doute pas une « simple épidémie » de quelques mois, comme « espéré », il n'en reste pas moins vrai qu'il faut penser à avoir de la réserve matérielle, comme de la réserve humaine (cf. notre article sur les réanimations éphémères, dans ce numéro, page 9) et médicamenteuse. En respectant notamment les « plans nationaux de prévention et de lutte contre les pandémies », et en maintenant ce que nous avons acquis : possibilité pour des industries de reconverter leurs compétences dans le domaine sanitaire et viser à une autosuffisance en matériel de protection.

COVID-PRO : quand les personnels soignants sont malades...

Le deuxième volet de l'enquête COVID-PRO concerne l'attitude des établissements vis-à-vis des personnels



soignants malades. Contrairement à ce qui a été imposé à la population générale très précocement (arrêt de travail et isolement), la pénurie – réelle dans les zones les plus fortement touchées, crainte dans d'autres – de main-d'œuvre à l'hôpital pour la prise en charge des patients COVID a fait instaurer des règles particulières pour les professionnels de santé hospitaliers. Seuls 3,7 % des répondants ont eu un dépistage systématique régulier organisé par l'établissement.

Le dépistage d'une infection à SARS-CoV-2 par RT-PCR était accessible dans l'établissement pour 82,3 % des professionnels de santé ayant répondu à l'enquête ; 13,4 % n'avaient accès sur site à aucun moyen de dépistage (RT-PCR, dosage sérologique).

Fait tout à fait surprenant et anormal, 32,3 % des professionnels qui ont répondu à l'enquête ont dit devoir passer par leur cadre hiérarchique ou fonctionnel pour avoir accès au dépistage !

Dans l'attente du dépistage, 46,8 % étaient en arrêt de travail (soit de manière systématique, soit pour raison médicale) et 43,8 % continuaient à travailler, avec port du masque obligatoire.

En cas de dépistage négatif – dont on a rapidement connu le taux de faux négatifs parmi les patients symptomatiques – 91 % reprenaient le travail, dont 12 % sans obligation de porter un masque ! Et 9 % avaient un arrêt de travail de 7 à 14 jours (mêmes modalités que supra).

En cas de dépistage positif, un arrêt de travail de 7 à 14 jours était prescrit dans les établissements de 82 % des praticiens. Pour 16 % des répondants, si l'état clinique le permettait, les professionnels de santé n'avaient pas d'arrêt de travail. L'information des collègues, cadres, chefs de service/pôle et santé au travail était faite de

manière très variable, ce qui interroge sur le secret médical des professionnels de santé dans ce contexte. De manière anonyme, 23,5 % des soignants avaient une information sur le nombre de soignants COVID+ dans leur établissement, 13,3 % sur le nombre de soignants dépistés, et 36,7 % observaient une *omerta* sur le nombre de soignants COVID + dans leur établissement.

Le manque de transparence sur la contamination des soignants révélée dans notre enquête reste un problème jusqu'au niveau national : absence de dépistage obligatoire, faiblesse du dépistage (RT-PCR et son taux de faux négatifs, labilité de la positivité de la sérologie) et signalement d'une atteinte COVID (clinique ou découverte lors d'une campagne de dépistage sérologique locale) sur le mode du volontariat. Contrairement aux demandes du SNPHARE suite à cette étude, la contamination n'a jamais figuré parmi la litanie quotidienne du nombre de décès et d'admissions en réanimation, alors que l'on sait que les professionnels de santé sont un très gros contingent des patients COVID diagnostiqués – comme cela a été publié par d'autres pays, dans le cadre de cette pandémie ou dans des épidémies sévères des dernières décennies. Plusieurs hypothèses à cela : l'impréparation de l'État à la pandémie, notamment en matière de protection des soignants, mais aussi peut-être l'absence d'attractivité des carrières hospitalières, faisant craindre une désaffectation massive de l'hôpital à l'aube d'une deuxième vague. On n'ose pas imaginer une troisième hypothèse, l'absence de souci de l'État pour ses soignants...

AW

LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SONT DISPONIBLES SUR LE SITE DU SNPHARE :

<https://snphare.fr/fr/blog/posts/resultats-de-lenquete-covid-pro>

HOMMAGE AUX SOIGNANTS DÉCÉDÉS

Nous avons quelques photos en tête, quelques histoires, des « premiers » soignants français décédés en France. Nous voudrions leur rendre hommage en les nommant tous, mais aucune liste exhaustive n'a été constituée.

Ils ont donné leur vie pour en sauver d'autres, sans se rendre compte du danger – au début – puis en le sachant bien, mais n'ayant pas, pour certains, d'équipements de protection suffisants : dans l'hôpital public, et davantage encore dans les EHPAD et en libéral. C'était eux, ça aurait pu être nous.

Au nom de tous nos adhérents, de tous nos lecteurs, le SNPHARE a une pensée émue pour eux, pour leurs familles, pour leurs collègues, pour leurs amis.

La COVID-19 reconnue comme maladie professionnelle : ce que les praticiens doivent savoir

Le 22 mars 2020 au soir, nous apprenions le premier décès d'un collègue de la COVID, suivi les jours d'après de plusieurs autres. Alors qu'initialement, la DGS écartait toute reconnaissance en maladie professionnelle, le SNPHARE – et il fut le seul – s'est vigoureusement mobilisé dès le 23 mars (communiqué de presse*, interventions sur LCI et vidéo live Le Figaro** notamment) pour exiger la reconnaissance de la COVID en maladie professionnelle, aboutissant en moins de quelques heures à un revirement à 180° de cette position, par une annonce du ministre Olivier Véran.

À l'heure où nous écrivons cet article, le décret concernant le « dispositif de reconnaissance » n'est toujours pas publié. Nous avons demandé à participer à la préparation de ce dispositif, cela nous a été refusé : nous avons eu des réunions téléphoniques d'information successives, dont la dernière le 10 juillet 2020 présentait le décret, portant création d'un tableau de maladie professionnelle « COVID grave » : le tableau numéro 100. Sous réserve du contenu définitif du décret, voici les informations utiles à savoir.

QUI EST CONCERNÉ ?

- Tous les personnels qui ont été malades ? NON... contrairement aux premières annonces du ministre ! Uniquement les formes dites « graves ».
- La reconnaissance sera automatique pour les professionnels de santé, à condition que tous les critères du tableau de maladie professionnelle soient respectés.
- Les médecins retraités qui ont été « rappelés » sont inclus dans le dispositif.

QUELS SONT LES CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ ?

- Le critère retenu est « COVID ayant nécessité une oxygénothérapie ou toute forme d'assistance respiratoire ».
- La preuve du diagnostic sera idéalement : une RT-PCR positive et/ou un scanner évocateur et/ou une sérologie positive.
- Un certificat médical est nécessaire.
- Un « comité de reconnaissance » validera la maladie professionnelle pour les dossiers qui ne respectent pas tous les critères du tableau de maladie professionnelle et à condition que la maladie ait été

assez grave pour qu'il y ait des séquelles importantes (IPP > 25 %).

QUELLE SERA L'INDEMNISATION ?

Elle dépendra de trois critères :

- le taux d'incapacité permanente (capital si < 10 %, rente au-delà de 10 %),
- le salaire moyen de la personne,
- l'espérance de vie de la personne avant qu'elle soit malade.

En cas de décès, un capital (?) ou une rente, dépendant du salaire moyen de la personne décédée, sera versé aux ayants droits (conjoint et enfants).

QUE SE PASSE-T-IL POUR LES FORMES NON RESPIRATOIRES ?

- Une « voie complémentaire » permettra de rentrer dans le dispositif, qui est censé être appelé à évoluer selon l'évolution des connaissances sur la maladie.
- Il est à regretter que les anosmies/agueusies avec séquelles invalidantes, comme les formes neurologiques ne soient pas prises d'emblée en compte.

*Anne Geffroy-Wernet, Présidente du SNPHARE ;
Hélène Béringuier, Présidente de l'ANMTEPH (Association Nationale de Médecine du Travail et d'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux)*

* <https://www.facebook.com/snphare/posts/3124460044253482>

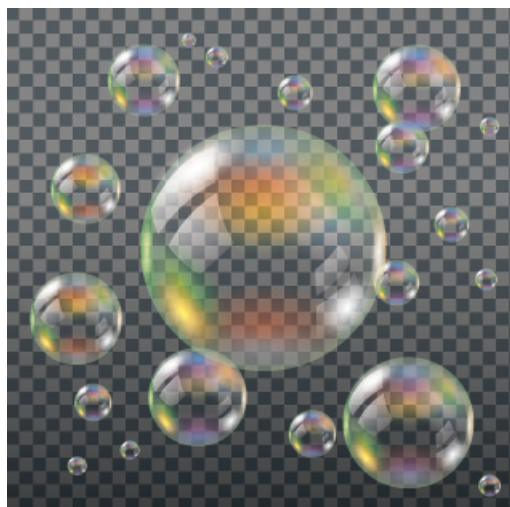
** <https://video.lefigaro.fr/figaro/video/nous-souhaitons-que-le-covid-19-soit-reconnu-comme-maladieprofessionnelle/6144079161001/?fbclid=IwAR0IjZkiWA4OC02NwlaRE7Jyqi6aC9vJNzRn13JKUk-bSPvDOiT3L-1q2A>

Transformation de l'hôpital pendant la crise : comment les professionnels de santé ont su réorganiser l'hôpital

La pandémie COVID-19 a conduit à une réorganisation des établissements de soins dans l'urgence et dans le contexte dégradé de l'Hôpital Public que nous connaissons et dénonçons depuis plusieurs années. Malgré ce contexte, les professionnels de santé ont su se mobiliser prouvant ainsi leur savoir-faire, leur adaptabilité, ce qui a permis d'offrir aux patients les meilleurs soins dans des conditions exceptionnelles. Nous avons interrogé des administrateurs du SNPHARE sur la transformation de leur service.

Les réanimations éphémères : une solution éprouvée apportée par les professionnels de santé confrontés à la crise COVID

Alors que les établissements ne disposaient ni de consigne ni d'orientations particulières pour parer au risque de la saturation des réanimations autorisées, les professionnels de santé, au fur et à mesure de l'arrivée de nouveaux malades, ont structuré la filière des soins critiques. Comment ? En identifiant, dans chaque établissement, public ou privé, de nouvelles zones potentiellement à même d'accueillir des patients en défaillance vitale et en mobilisant des personnels compétents en réanimation.



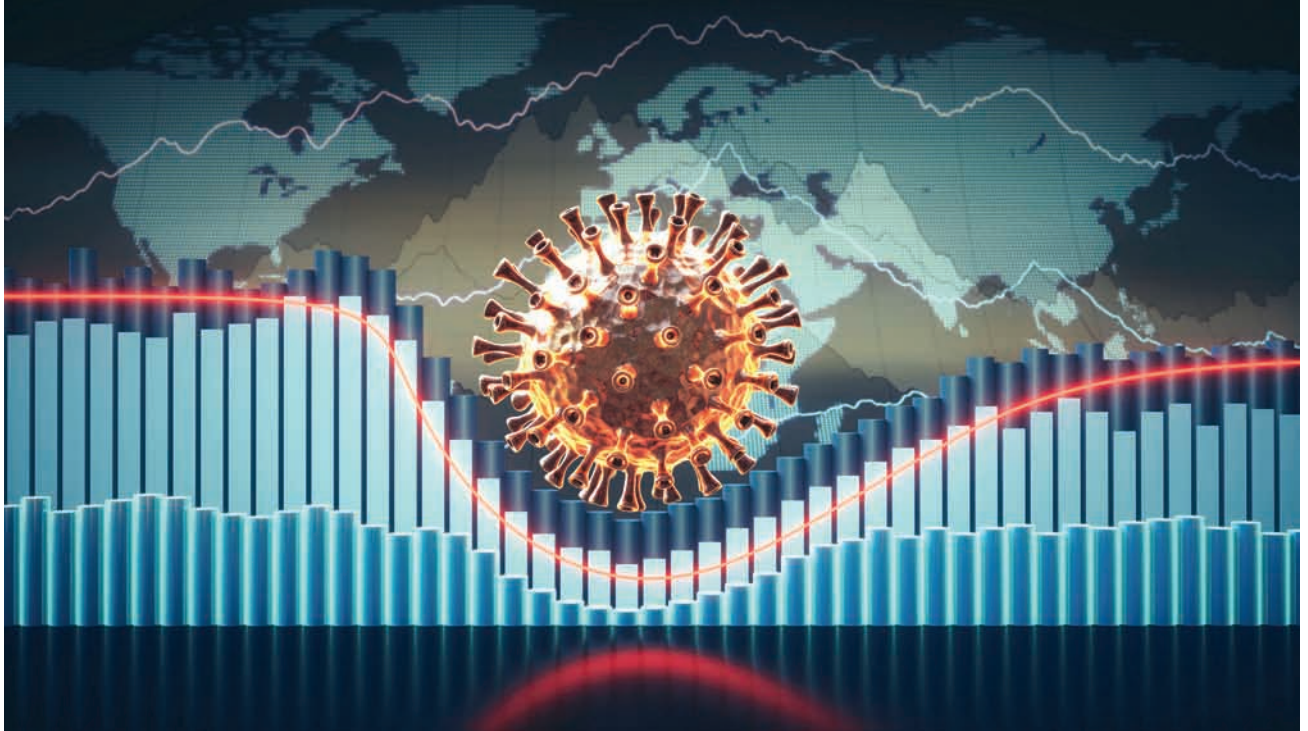
Les salles de déchocage des services d'urgences, les secteurs de soins intensifs, les unités de soins continus (45 %), les salles de réveil et les blocs opératoires (30 %) ont été transformés en véritables secteurs de réanimation. Conjointement, l'arrêt de la chirurgie programmée a libéré les compétences des anesthésistes-réanimateurs, des IADE, des IBODE, des IDE et des AS de bloc opératoire, au profit exclusif de l'activité de réanimation. Ainsi, la mobilisation, en un

temps très court, de ressources humaines et matérielles considérables a permis l'ouverture de nouvelles réanimations « éphémères ». Face à la situation extrêmement brutale et complexe de l'accueil de très nombreux patients en situation critique, les établissements de santé, publics et privés dépassant les rigidités qui leur sont habituellement prêtées, ont contribué à une remarquable élasticité de l'offre de soins de réanimation.

L'émergence des réanimations éphémères a été la réponse pragmatique des établissements face à la pression épidémique qui a requis, dans un temps très court (moins de 10 jours), la mobilisation de

L'OFFRE DE SOINS RÉINVENTÉE

Lors de l'épidémie de COVID, en moins de trois semaines, les 5 432 lits de réanimation que compte la France ont été doublés, ce qui n'avait encore jamais été mis en œuvre par notre système de santé. Ainsi, au pic de l'épidémie, 7 148 patients COVID en situation critique étaient hospitalisés dans une structure de réanimation, en plus des patients souffrant de pathologies non-COVID.



ressources humaines et matérielles très importantes. Le Conseil National Professionnel d'Anesthésie Réanimation et Médecine Péri-Opératoire (CNP-ARMPO) a formalisé ce concept dans un document : « Guide d'aide à la mise en place et à la gestion d'une réanimation éphémère » (<https://sfar.org/guide-daide-a-la-mise-en-place-et-a-la-gestion-dune-reanimation-ephemere/>).

DES FRAGILITÉS DU SYSTÈME DE SOINS ET LES RÉPONSES À Y APPORTER

Cependant, cette crise a également permis d'analyser et d'identifier les fragilités de notre système de soins. Celles-ci découlent essentiellement de la rigidité et de l'obsolescence du cadre réglementaire actuel des soins critiques, gouvernés par un régime des autorisations dépassé. Elles dénotent un défaut de reconnaissance des besoins spécifiques en personnel soignant et une insuffisance du diagnostic territorial de l'offre de soins critiques puis du pilotage de son maillage.

À l'issue de cette crise, trois axes de travail pourraient être proposés pour refonder l'offre de soins critiques.

Axe numéro 1 : Conforter le concept de réanimations éphémères comme une réponse pragmatique à une crise sanitaire

La mise en place des réanimations éphémères devrait s'inscrire dans la stratégie de réponse à la crise

préalablement définie par l'établissement de santé et la cellule de coordination institutionnelle. La réanimation éphémère doit être comprise comme une extension directe et coordonnée des unités pérennes (ou autorisées) de réanimation. Cela permettrait de renforcer l'élasticité structurelle des soins critiques autorisés au sein des établissements de santé.

Les deux conseils nationaux professionnels, d'anesthésie-réanimation et médecine péri-opératoire d'une part et de médecine intensive réanimation d'autre part, ont publié sur la base de ce concept de réanimation éphémère : « Dix propositions de mesures d'urgence pour adapter l'offre de soins critiques aux scénarios possibles d'évolution épidémique ».

Axe numéro 2 : Réactualiser et reconnaître les spécificités du travail en soins critiques pour sécuriser la qualité des soins.

La crise COVID n'a été qu'un puissant révélateur des faiblesses de l'organisation actuelle. Celles-ci sont avant tout celles du personnel soignant en soins critiques. Le cadre réglementaire rigide et dépassé (ratio historique de 1 IDE pour 2,5 lits) n'est plus à la hauteur de l'alourdissement de la charge en soins dans un environnement complexe qui mobilise de très hautes compétences techniques.

Ce constat de faiblesse concerne également les médecins des soins critiques. La réponse efficace aux besoins médicaux en soins critiques lors de la crise COVID n'a été possible que par l'arrêt de la chirurgie programmée. En effet, cela a libéré les compétences des anesthésistes-réanimateurs au profit exclusif de l'activité de réanimation. Encore trop souvent des unités de soins critiques ne disposent pas d'une équipe médicale suffisamment dimensionnée pour garantir des décisions collégiales pour des patients complexes.

Une juste valorisation du traitement de l'ensemble de ces acteurs engagés dans des soins critiques est incontournable, pour les médecins comme pour les paramédicaux ! La juste reconnaissance de la pénibilité de la permanence des soins est inhérente à l'attractivité du travail en soins critiques.

Axe numéro 3 : Structurer l'offre de soins critiques grâce à un régime des autorisations

La crise COVID a également mis en lumière le bénéfice d'une bonne exploitation du maillage local ou territorial de l'offre de soins critiques. Ce bénéfice s'est bien illustré lors des transferts de patients ou déplacements de soignants d'une région à l'autre, selon l'intensité de la saturation de l'offre en soins critiques locale ou régionale. Ces réallocations territoriales de ressources ont souvent été à l'initiative des professionnels soignants qui ont partagé et exploité leur bonne connaissance du maillage territorial et des ressources opérationnelles en soins critiques.

Un diagnostic territorial des ressources en soins critiques et un travail de la graduation des structures organisées en réseau, impliquant à la fois les établissements publics et privés, permettraient d'améliorer la flexibilité organisationnelle. Cette réorganisation territoriale est attendue à l'issue de la réforme du régime des autorisations en cours. Cependant, la crise COVID démontre bien que le diagnostic du maillage territorial n'est pas opérationnel, ceci tant sur le plan de l'offre de soins que celui des besoins de la population du territoire.

Ce diagnostic territorial est incontournable pour définir les différents besoins. Il s'agit par exemple :

- 1) de la répartition et du renforcement des lits de certains territoires en précisant leur typologie (réanimation et/ou soins intensifs) ;
- 2) des moyens supplémentaires pour assurer le maintien d'un degré de flexibilité et d'adaptation des capacités d'accueil en soins critiques pour répondre rapidement aux fluctuations des besoins territoriaux ;
- 3) du renforcement territorial en personnels soignants et médicaux.

INTELLIGENCE ET SPONTANÉITÉ VS SURRÉALISME

La crise COVID a démasqué les faiblesses de notre système de santé principalement dans ses missions de service public. Ces faiblesses ont été compensées par une mobilisation spontanée, dans l'urgence, des professionnels de santé. Cette mobilisation a été globale, bien au-delà des soins critiques. Sans surprise, c'est la bonne connaissance du terrain, l'intelligence collective et la formation par mentorat qui ont permis la construction de cette réponse efficace par les soignants.

Les axes de réorganisation et demandes de légitime reconnaissance ont été portés lors des séances de concertation du Ségur de la Santé par le SNPHARE via son intersyndicale. De nombreux représentants des professionnels de santé présents se sont retrouvés dans ce diagnostic et ont partagé nos propositions. Force est de constater que les actuelles réponses gouvernementales ne sont pas à la hauteur de l'enjeu. Plus préoccupant, les récentes annonces gouvernementales d'armement massif de nouveaux lits de réanimation, sans se préoccuper des questions de compétences professionnelles ou de réorganisation d'un maillage territorial, apparaissent irréalistes mais surtout laissent penser que les réponses à court terme prévalent.

Laurent Heyer, secrétaire général adjoint du SNPHARE

PENSEZ À SUIVRE L'ACTUALITÉ SUR LE SITE du SNPHARE

<https://www.snphare.fr>



Suivez-nous sur Facebook :
<https://www.facebook.com.SNPHARElargi>



Suivez-nous sur Twitter :
<https://twitter.com/SNPHARE>

Gestion d'un SAMU-SMUR pendant la crise de la COVID-19 : une organisation adaptée à l'évolution des besoins

La pandémie COVID-19 est sans conteste la plus grande crise sanitaire de l'ère d'après-guerre. Dès le début de la crise, les autorités de santé ont placé les SAMU-Centre 15 en première ligne de la réponse médicale. Cela dans un double objectif, d'une part identifier, soigner et orienter les patients les plus graves atteints par le virus et préserver les ressources hospitalières pour qu'elles soient efficaces auprès des patients les plus graves.

La régulation médicale a été au cœur du dispositif de gestion de la crise avec une activité d'appels entrants qui a été multipliée par sept au pic de la pandémie dans certains SAMU d'Île-de-France. Pendant la première partie de la phase épidémique, le Samu-Centre 15 a dû prendre en charge de nombreux appels relatifs à la Covid-19 avec des patients de gravité variable, tout en veillant à rester pleinement disponible pour les urgences dans un contexte de forte mobilisation.

Cette crise a constitué un véritable «stress test» pour le système de santé, mettant en évidence les points faibles potentiels du dispositif quotidien.

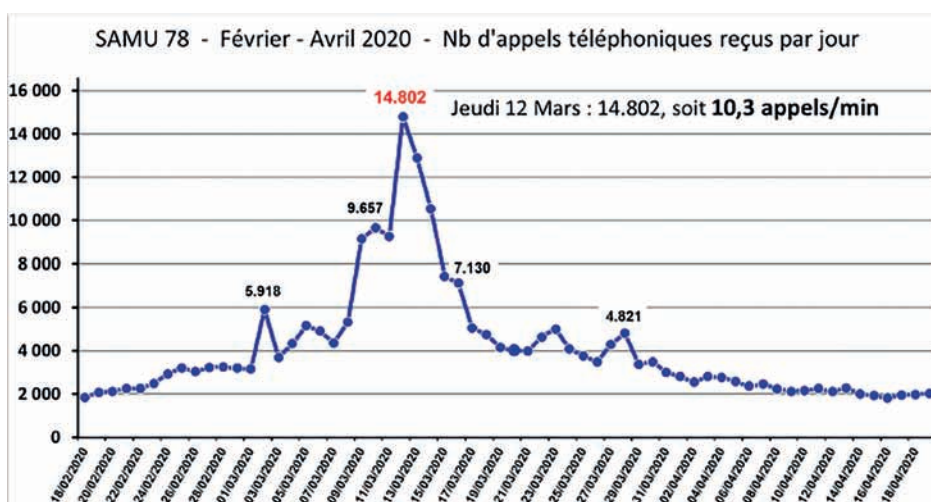
L'EXPÉRIENCE ET LES CHIFFRES D'UN SAMU D'ÎLE-DE-FRANCE

La crise s'est déroulée en plusieurs phases :

- Fin janvier, le SAMU a été mis en alerte sur la possibilité de cas importés de virus émergent par des patients infectés provenant de la région de Wuhan, en Chine.
- Courant février, le SAMU participe à l'identification des patients symptomatiques et organise la prise en charge avec les deux services de maladies infectieuses référents d'Île-de-France (Hôpital Bichat et Hôpital de la Pitié Salpêtrière). Les cas importés s'étendent au Moyen-Orient et à l'Italie du Nord.
- Le 24 février, une augmentation importante des appels au 15 se produit, dépassant les chiffres prévisionnels. Le nombre d'appels entrants ne cessera de croître pour atteindre un pic le 12 mars

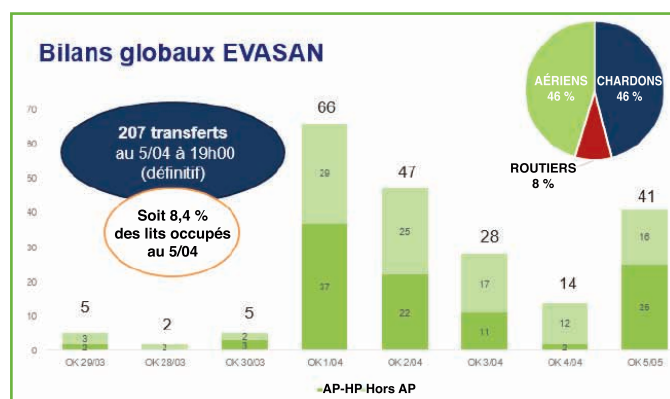
2020, de 14 802 appels en 24 h, soit sept fois l'activité prévisionnelle pour cette période de l'année. Durant 63 jours consécutifs, l'activité restera supérieure aux normes.

- Le 25 février, dans le cadre du SAMU Zonal, une conférence téléphonique quotidienne avec les huit SAMU de la région a été instituée. Ces points quoti-



diens ont permis aux SAMU de se coordonner, de partager leurs réponses opérationnelles à la crise. Cela a permis un dialogue renforcé avec l'ARS, les tutelles hospitalières et le ministère de la Santé.

- Des équipes supplémentaires d'interventions, médicalisées ou non médicalisées, faisant appel à des ambulances, des associatifs ont été déployés pour faire face aux besoins en transport des patients. Au 9 juin, plus de 6 021 patients covid ou suspects ont été transportés sur notre département (Île-de-France).
- Durant le mois de mars, en raison d'une augmentation importante de la demande de prise en charge de patients graves et de difficultés croissantes pour trouver des places de réanimation,





265 patients sélectionnés ont été évacués d'Île-de-France par les équipes des SAMU de la région vers d'autres régions par voies terrestres, aériennes et ferroviaires.

- L'activité nominale des SAMU est retrouvée au mois de mai, avec une réapparition progressive de l'activité habituelle de l'aide médicale urgente.

UNE STRATÉGIE D'ADAPTATION

Des actions ont été mises en œuvre pendant la crise afin d'adapter les organisations à l'évolution des besoins.

1. LES MOYENS TECHNIQUES.

- L'augmentation des capacités téléphoniques par la mise en place de T2 supplémentaires, ce qui a permis de recevoir simultanément quatre fois plus d'appels entrants et sortants.
- Une augmentation du nombre de postes informatiques en régulation, mis à disposition des personnels de renfort.
- La mise en place de deux salles de régulation complémentaires à la salle de régulation principale, qui ont permis de gérer spécifiquement les appels des patients atteints par la COVID.
- Un renfort technique par les informaticiens.

2. LA MODIFICATION DES ORGANISATIONS.

L'objectif était de faire face à l'augmentation de l'afflux d'appels sans dégrader la qualité de la réponse à apporter à chaque appelant. Cette adaptation fut crescendo en lien avec l'arrivée des renforts en personnels et les outils informatiques mis en place.

- Ouverture des salles de crise et des salles de débordement supplémentaires.
- Renforcement dans la mesure du possible du premier « décroché ARM » avec qualification rapide et orien-

tation des appels Covid-19 vers ces salles dédiées permettant de sauvegarder les capacités opérationnelles de la filière de l'aide médicale urgente.

- Supervision des assistants de régulation médicaux afin d'améliorer la performance de la réponse aux appels et pour la gestion de l'équilibre entre l'activité et les ressources présentes.
- Renfort des assistants de régulation médicaux dédiés à la gestion des ambulances.
- Renforcement des moyens humains initialement par les moyens propres des services et par la mobilisation d'étudiants (médecins, CFARM, infirmiers...) et des médecins actifs ou retraités.
- En intégrant au dispositif les secrétaires médicales et des personnels administratifs.
- Renforcement de la régulation de médecine générale par les médecins généralistes de ville ou médecins retraités aux horaires de la permanence des soins, mais aussi en journée.
- Organisation du rappel des appelants après avoir éliminé une urgence vitale.
- Augmentation des capacités techniques souvent mises initialement en défaut (autocommutateurs, postes téléphoniques, ordinateurs, etc.).
- Suivi des lits de réanimation et des lits d'hospitalisation dédiés Covid-19 à l'échelle départementale.
- Coordination avec les services d'accueil et les services de réanimation des établissements du département pour une orientation des patients covid sur des circuits dédiés.
- Mise à disposition de bases documentaires communes au moins à l'échelon régional avec les documents utiles et nécessaires au suivi des patients.
- Suivi de l'activité en temps réel.
- Réunion régulière de coordination avec les services de l'établissement et la direction.
- Développement d'équipes d'interventions dédiées aux patients covid.
- Appui à la prise en charge des patients dans les EHPAD. Participation au renfort des équipes pluridisciplinaires intervenant dans les EHPAD.

DES SOIGNANTS ENGAGÉS

Avant tout, ce que l'on retient de la crise sanitaire, c'est l'engagement de l'ensemble des équipes, la disponibilité pour les missions, le dynamisme, l'adaptabilité aux contraintes de prise en charge des patients. L'accentuation de l'esprit d'équipe et des principes de solidarité, le renforcement des liens unissant tous les acteurs de l'Hôpital Public. Toutes les valeurs qui font notre engagement au service des personnes les plus fragiles.

Anouar Ben Hellal, Secrétaire Général Adjoint SNPHARE

Souffrance au travail, charge émotionnelle, situations traumatiques en période de crise sanitaire

Une situation de crise sanitaire que nous venons de traverser interpelle sur la sollicitation des soignants et la profondeur de leur engagement. Ceux qui ont vécu la crise de plein fouet, comme ceux qui l'ont préparée dans leur équipe et leur établissement, ont montré que les valeurs de service public ne sont pas des mots vides de sens, mais une nécessité absolue portée par un collectif fort, soudé autour du bien commun, indéfectible (nous faisons tout pour)... mais pas inépuisable.

MOBILISÉS MAIS À QUEL PRIX ?

La mobilisation dans la crise s'est faite au prix de la mise en jeu de la santé physique et psychique des équipes médicales et paramédicales, peur de ramener le virus à la maison et contaminer son conjoint, ses enfants, un parent... La liste des situations à risque de souffrance, bien que non exhaustive, est longue :

- Peur de mettre sa santé en jeu pour soi-même et sa famille, accentué par le manque de moyens de protection. Venir travailler la peur au ventre, et craindre de subir le même sort que les confrères décédés du COVID-19 du fait de leur travail.
- Peur de porter la culpabilité d'une transmission du virus vers les patients les plus fragiles.
- Prendre des décisions non éthiques à savoir devoir choisir entre plusieurs patients, ne laissant pas de chance aux patients les plus fragiles et leur famille du fait de manque de moyens matériels et de l'absence de suffisamment de places en réanimation, ou bien devoir faire reculer ses pratiques du fait d'un manque d'approvisionnement en médicaments, matériel, etc.
- Devoir faire face à l'augmentation des besoins en soins palliatifs des patients et la charge émotionnelle que cela implique.
- Assister aux derniers instants de vie des patients, recueillir le dernier mot et le dernier souffle des patients amenés à mourir seuls, sans accompagnement de leurs familles, non autorisées à leur rendre visite ou à voir leur dépouille. Se voir confronté à la détresse de ces familles.
- Être surchargé de travail, en réanimation, dans les réa-éphémères, dans les services et les laboratoires, se surajoutant à la surcharge déjà très présente avant la crise.
- Ne pas respecter les besoins physiologiques de sommeil, de rythme, de repos pour faire face à l'afflux massif des patients.

- Composer avec le sentiment d'inutilité et de découragement pour certaines spécialités telles que les spécialités chirurgicales, qui voient leurs confrères sous l'eau et ne savent pas comment aider.
- Majorer un épuisement émotionnel déjà présent, sans compter les dégâts psychiques qu'induisent les catastrophes de la médecine de guerre à laquelle les praticiens hospitaliers ne sont pas préparés, stress aigu, possiblement stress post-traumatique.

APPORTER DES SOLUTIONS...PÉRENNES !

Tout cela se surajoute aux causes de souffrance déjà présentes : les conflits, le harcèlement, la surcharge de travail, la réduction des effectifs, les conditions de travail dégradées. Les soignants ont mis en jeu leur santé physique et psychique en travaillant en mode dégradé du mode dégradé préexistant.

Des ressources ont été mises en place ou adaptées pour répondre aux besoins de soutien psychique des professionnels de santé. L'HAS a réalisé un guide pour prévenir la souffrance au travail en crise sanitaire, ainsi que repérer et orienter les professionnels. Ce guide liste les ressources utilisables en cas de difficultés dont la commission SMART et l'OSAT : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3183574/fr/souffrance-des-professionnels-du-monde-de-la-sante-prevenir-reperer-orienter

Commission SMART

La commission Santé du médecin anesthésiste-réanimateur au travail (SMART), poursuivant son travail au sein de la SFAR après plus de 10 ans au sein du CFAR, propose des auto-tests individuels ou en équipe à réaliser en ligne, de façon anonyme. Dans le cadre de la crise sanitaire deux tests ont été rajoutés : un test évaluant le risque de présenter un syndrome de stress post-traumatique, et un test

d'évolution du *burnout*. <https://sfar.org/sante-au-travail-smart/auto-tests/>

OSAT

L'Observatoire de la souffrance au Travail du praticien hospitalier d'APH permet l'expression de la souffrance vécue et ressentie. A travers l'écoute, les observateurs, médecins ou pharmaciens, accompagnent et soutiennent les praticiens. Ces temps d'écoute, nécessaires et souvent salva-



"COVID, surcharge, peur, éthique, sécurité, solitude..."

Médecin hospitalier et besoin d'être écouté ?



Déclarez sur <https://osat.aph-france.fr>

teurs, sont pris sur le temps propre et personnel des observateurs. Pendant 2 mois, l'OSAT a recueilli les déclarations, qui portaient principalement sur la crise sanitaire.

Les principales causes des déclarations en lien avec la crise : bouleversement de l'organisation du travail (100 %), surcharge émotionnelle (89 %), insuffisance notoire de moyens matériels pour exercer son métier (67 %), insuffisance de moyens matériels de protection individuelle (67 %).

Les conséquences étaient principalement des troubles du sommeil (89 %), des troubles psychiques ou un état de stress post-traumatique (56 %), ou encore des troubles anxio-dépressifs (56 %).

VERBATIMS

Aucune consigne claire donnée à ce jour aux équipes concernant les précautions à prendre.

Je suis en arrêt de travail depuis plus d'un mois pour syndrome de détresse post-traumatique suite à la situation de grande détresse vécue avec le Covid. Je vais mieux chez moi mais j'ai des crises d'angoisse dès que je pense à l'idée de reprendre mon travail d'anesthésiste.

Aujourd'hui, rien n'est prévu pour le COVID, le directeur refuse tout, nous sommes en danger : les patientes et le personnel.

Du fait de la moindre activité on demande aux PH de poser des vacances en confinement afin de ne pas pénaliser l'hôpital et pouvoir redresser les finances dès la sortie de la crise en démultipliant l'activité.

Du fait du plan blanc et de mon affectation aux urgences COVID : perte de notre prime multiséries soit -1000 euros / mois pour chacun d'entre nous ce qui mets en danger financièrement mon collègue et moi-même.

Même si les conditions actuelles de travail sont très difficiles pour tout le monde, savoir que des confrères anesthésistes sont mis en danger et ont peur pour l'équipe et pour eux-même est très difficile. Des décisions ont été prises sans leur accord par ??? notamment la décision d'ouvrir des lits de réa dans une salle de réveil « vétuste » sans aération extérieure possible avec des patients covid + pas tous intubés dedans ... Confrères anesthésistes à qui on demande de s'occuper à la fois de ces patients covid + mais aussi des césariennes en urgence sans qu'ils ne puissent donner leur avis.

J'ai des facteurs de risques, mais pas suffisant pour être exclus de l'activité covid selon la liste des 11 maladies. Donc ma souffrance = peur de d'être malade et d'avoir une forme grave.

Meilleure reconnaissance de ma discipline et prise en compte de nos besoins en personnel médical et paramédical, reconnaissance de la spécialité d'un addictologue qui a peu d'expérience en médecine d'urgence et en revanche une bonne expertise au soutien psychologique et à l'entretien motivationnel. Ne plus nous demander de remplacer le manque d'internes ou de PH pour les gardes.

Cette période s'est démarquée par des déclarations en majorité sur le thème COVID, parallèlement à une moindre proportion de déclarations tout-venant, peut-être liée au fait que l'activité a diminué dans la majorité des secteurs autres qu'urgence et réanimation, ce qui implique moins de charge de travail, plus de repos, moins d'exposition aux facteurs de risques habituels (conflit, harcèlement, épuisement). Cela explique aussi le nombre limité de déclarations, peut-être lié au fait que les praticiens se recentrent sur leur cœur de métier où leur travail prend tout son sens, et que l'énergie de l'ensemble de l'établissement, gouvernance comprise, est dirigée vers la situation de crise et non pas vers des luttes de pouvoir. L'intelligence collective, la simplification des procédures décisionnelles et un management plus horizontal ont permis de lever un front contre l'épidémie. Nous devons maintenant être vigilants sur l'après-crise, pour que les conditions de travail à l'hôpital public permettent aux professionnels de faire du travail de qualité, source de sens et de satisfaction au quotidien. Le SNPHARE y veillera.

Ségolène Arzalier-Daret – Administratrice du SNPHARE

Les soignants, des héros ?

La crise sanitaire liée à la pandémie de la COVID-19 a mis en lumière le rôle essentiel, voire vital (parfois au sens propre du terme), des soignants au sein de la société. À travers différents articles, reportages, dessins de presse et autres commentaires sur les réseaux sociaux, les soignants ont été régulièrement érigés en héros. Mais sont-ils vraiment ces « héros en blouse blanche » ? PHARE a demandé leur avis à deux administrateurs du SNPHARE qui se sont prêtés au jeu du « pro-con ».

Même pas mal !

Le monde a toujours eu besoin de héros. Les héros de l'Antiquité ramènent à la divinité, ceux des temps plus récents se réfèrent à l'aventure. Sommes-nous des dieux ou des saints, sommes-nous des aventuriers valeureux, dont la dernière – ou l'avant-dernière – aventure est la COVID ?

La crise COVID a permis de mettre de la lumière sur notre travail de l'ombre :

- Ouvrir des portes sur des services mystérieux, qui traitent des maladies énigmatiques : là sont nos super-pouvoirs, de travailler dans des mondes parallèles, de pouvoir sauver d'une maladie inconnue, de pouvoir endormir quelqu'un (et donc d'agir sur son cerveau, mais aussi faire en sorte qu'il arrête de respirer, et d'avoir – de tenter d'avoir ! – la maîtrise sur sa respiration, son cœur, ses vaisseaux...) puis de le réveiller...
- Rappeler que notre métier, c'est aussi de l'organisation et de la capacité à se transformer et transformer très rapidement le monde – tels certains héros : nous avons transformé des parkings en tentes pour organiser les urgences, nous avons transformé des blocs opératoires et des salles de réveil en réanimation... mais aussi nos staffs en cellules de crise, nos organisations hiérarchisées en prises de décisions horizontales et rapides, nos services spécialisés en unités COVID... et nos personnels soignants paramédicaux en personnels de réanimations éphémères, par exemple.
- Montrer notre réserve d'énergie lorsque, alors que l'hôpital est asphyxique, tous les professionnels de santé se sont investis dans l'urgence sans compter leur temps ou attendre une quelconque récompense, financière ou symbolique, pour soigner leurs concitoyens...
- Mais rappeler aussi que notre métier, derrière toutes ces considérations logistiques, c'est de s'occuper de ce qu'il y a de plus simple, l'humain, non seu-

lement dans son corps mais dans sa vie de relation et dans sa famille. Que c'est un travail d'équipe. Et ces équipes sont devenues des équipes de héros, responsables de la pérennité de notre espèce en assurant sa santé.

COMBATTRE ET SURVIVRE

Les héros deviennent des héros parfois après leur mort. Nous n'y échappons pas. Nous savons que nous étions exposés au risque infectieux : mais nous avons connu l'arrivée du VIH ou d'autres pathologies transmissibles et mortelles lorsqu'elles ont émergé. Nous avons pensé qu'il y aurait des morts COVID chez les soignants.

Nous avons combattu (encore un mot pour les héros) la pénurie d'équipements de protection individuelle – ces déguisements – que nous avons déjà en travaillant avec un dress code habituel : blouse blanche ou pyjama de couleur renvoient encore aux attributs des héros.

Nous avons craint ces contaminations, nous avons appris les décès de nos collègues : les professionnels de santé ont payé un lourd tribut à cette épidémie. D'ailleurs, le travail syndical au sein d'APH, sans vouloir en faire des héros, a été – entre autres – de demander que cette maladie soit reconnue comme maladie professionnelle, et à faire reconnaître ces collègues décédés comme « morts pour la France » – morts en héros, en quelque sorte, et leurs ayants droits comme pupilles de la Nation.

RISQUES ET PÉRILS

Pour les autres, même pas mal. C'est quand même l'image que nous véhiculons, surtout dans les spécialités dites « à risques » et « pénibles ». Le risque, il est d'abord pour le patient, avant d'être pour le médecin. Nous prenons des risques pour les



patients : c'est le rapport « bénéfico-risque », c'est un risque mesuré, le choix d'un traitement plutôt qu'un autre, le choix d'une prise en charge en nuit profonde (avec moins de personnel, avec la fatigue accumulée...) : c'est l'urgence qui commande. Mais il est aussi pour nous.

La pénibilité du métier de médecin n'est toujours pas reconnue. Pourtant, nous cochons les cases : travail de nuit, travail en équipes successives alternées, mais aussi port de charges lourdes, contact avec la mort, exposition à des stress d'urgences vitales... Même pas mal.

Cancers, pathologies cardiovasculaires, mais aussi sacrifice dans l'éducation des enfants, dans la vie de couple... Même pas mal.

Même avec toute l'humilité qui peut être la nôtre, il y a – il y a eu, quand on était plus jeunes... – une certaine fierté à avoir passé une nuit blanche de garde pour un ou des patients.

Il y a toujours cette fierté de la vie sauvée, du service rendu au patient, quelle que soit l'heure du jour ou de la nuit, mais surtout la nuit, et souvent grâce au travail d'équipe plutôt que d'un seul.

Il a été difficile d'obtenir le repos de sécurité – c'est-à-dire de faire accepter au législateur que travailler plus de 24 heures d'affilée, c'est délirant –, puis de le faire appliquer. Spécialité par spécialité, même les plus récalcitrantes ont fini par accepter d'avouer qu'au bout de 24 heures, ce n'est pas raisonnable de travailler encore sur de l'humain. Et pourtant, nous savons aussi que les repos après astreintes sont rarement respectés – non pas tant par refus des praticiens que du fait de la pénurie de main-d'œuvre !

MÊME PAS MAL ! C'EST L'IMAGE QUE NOUS VÉHICULONS

Pourtant, la crise COVID laisse des traces. Epuisements professionnels, physiques, émotionnels, trop d'heures, trop de nuits, trop de décès, trop de décès de jeunes, de collègues et, même si on nous interdit de le dire, le sentiment qu'on aurait pu en sauver quelques-uns de plus, si seulement... Saurons-nous être meilleurs pour une éventuelle deuxième vague ? Le héros a le droit de tomber à terre, à condition de se relever.

Même pas mal. Voilà ce que nous renvoyons. Nous exerçons un – des – métiers que nous avons la chance d'avoir choisis et d'aimer. Faire son métier, faire ce que l'on a appris et ce que l'on apprend jour après jour est le lot de tous les humains. Cela suffit-il à faire des héros ? Nos métiers de « professionnels de la santé » sont difficiles, sources d'un enrichissement intellectuel, scientifique et humain formidables, mais source aussi d'épuisement, de déceptions, de découragement... Alors, une petite voix silencieuse, notre entourage, les médias... que nous feignons de ne pas entendre, nous disent que nous sommes des héros, individuellement ou collectivement, et nous faisons semblant de ne pas le croire, sans jamais nous l'avouer vraiment.

AW

Gare à l'instrumentalisation dont l'image du héros pourrait faire l'objet



POURQUOI LES SOIGNANTS ?

Commençons par les basiques : qu'est-ce qu'un soignant ? Qu'est-ce qu'un héros ? La première de ces questions est moins simple qu'il n'y paraît. On pense naturellement très vite aux infirmiers, aux aides-soignants, aux médecins. Mais qu'entendent au juste par « soignants » toutes ces personnes qui en font des héros ? Ont-ils inclus

à leur Panthéon des temps modernes les personnels des laboratoires de virologie ou encore des chercheurs affairés à trouver un traitement ou un vaccin efficace ? Ils ont eux aussi des blouses blanches et ont été exposés au virus ou ont joué un rôle pour le moins essentiel dans cette situation exceptionnelle. Nous pourrions même compléter avec une autre question : pourquoi les soignants ? Pourquoi pas les caissier.e.s, les éboueurs ou encore les vigiles ?

De par leur vocation, les soignants acceptent une certaine part de risque, ce qui n'est pas le cas des caissier.e.s par exemple, alors qui est le plus « héroïque » entre ces deux corps de métier ?

UN HÉROS C'EST QUI ?

La deuxième question est aussi classique que complexe. Les angles pour l'aborder sont multiples. Nous pouvons bien sûr en appeler aux dictionnaires. Celui de l'Académie Française évoque « celui qui se distingue par une valeur extraordinaire, un courage hors du commun ». Un angle qui ne nous aide pas vraiment car il fait émerger une autre notion ô combien difficile à définir : le courage. Nous pouvons nous référer à l'étymologie, mais ce n'est là encore pas si simple. Le *herôs* grec est un demi-dieu tandis que le *heros* latin est quelqu'un de grande valeur. La vérité c'est que la définition du héros n'est pas univoque, chacun a la sienne en fonction de ses opinions, sa culture ou encore son éducation.

Tentons alors de faire appel à une notion en vogue : le mot-clef ou plutôt, les mots-clefs car ils sont légion. En effet, aborder la notion de héros ou d'héroïsme c'est aussi parler de sacrifice, de résilience, d'abnégation, d'altruisme, d'exemplarité (liste non exhaustive).

Les soignants se retrouvent-ils dans ces notions ? Bien

sûr, mais cela ne suffit pas. Définir un héros à l'échelle individuelle n'est pas chose aisée, mais le faire à propos d'un collectif c'est mission impossible ne serait-ce que par l'hétérogénéité dudit collectif.

NI PLUS, NI MOINS

Si certains soignants sont malheureusement décédés de la COVID-19, ce sacrifice n'était pas volontaire comme l'implique généralement l'héroïsme, il était en partie le reflet de certaines pénuries, elles-mêmes le fruit de politiques de santé maintes fois dénoncées auparavant.

Concernant la résilience, elle a ses limites même chez les plus « endurants » d'entre nous, que ce soit avant, pendant ou après la crise. De même, l'exemplarité n'a pas toujours été de mise notamment chez certains à l'ego surmédiatisé.

Certains voient les héros comme des êtres avec des super-pouvoirs or, nous n'en sommes pas dotés. Certes les soignants ont « sauvé » des victimes du SARS-Cov-2 et ont réalisé ce que d'autres n'ont pas pu réaliser, mais nous l'avons fait car nous avons appris à le faire, parce que c'est notre métier, nous avons fait notre part, ni plus ni moins.

Le concept du héros revêt *in fine* trop d'aspects pour que les soignants les embrassent tous.

Sans aller jusqu'à dire que la notion de héros est galvaudée, nous constatons que la société a besoin de héros, d'icônes. En 2020 ce fut donc le tour des soignants.

DU BESOIN DE S'EXPRIMER

Nous devons cependant prendre garde à ne pas être écrasés par cette image qui nous a été accolée, être attentifs à ne pas disparaître derrière elle voire avec elle, car notre société actuelle veut qu'une notion soit fugace et soit vite remplacée par une autre, celle de héros n'échappe pas à cela. Si toutefois cette image persistait, ne perdons pas de vue que le héros est classiquement perçu sans peur, voire sans état d'âme et qu'il ne peut, voire ne doit, de ce fait, pas en exprimer !

Alors bien sûr, nous avons toutes et tous été touchés par les applaudissements quotidiens à 20 h, mais gare au fardeau que peut représenter l'image du héros, gare à l'instrumentalisation dont elle pourrait faire l'objet. Cette image pourrait se révéler contre-productive, en particulier concernant les revendications légitimes qui sont les nôtres. En ce sens, s'ils peuvent l'être sous certains aspects, peut-être les soignants ne doivent-ils pas être (perçus comme) des héros.

Gregory Wood, Secrétaire général SNPHARE

Le Ségur vu et raconté par le président d'Avenir Hospitalier

Jean-François Cibien est médecin urgentiste et président d'Avenir Hospitalier et aujourd'hui président d'Action Praticiens Hôpital (réunion des intersyndicales AH et CPH). De fait, il a participé activement au Ségur de la Santé. La rédaction revient avec lui sur cette période complexe et sur la méthodologie mise en place par le ministre de la Santé pour organiser ce plan de refondation de l'hôpital public tant attendu...

PHARE : Le Ségur de la Santé en quelques mots, c'est quoi ?

Jean-François Cibien : Pour résumer, le Ségur est une succession de réunions multidisciplinaires et multi-professionnelles sous l'égide du ministre de la Santé, Olivier Véran, qui a réuni tous les corps de métiers de la santé et du médico-social durant six semaines. Son but ? Améliorer la prise en charge de nos concitoyens et les conditions de travail du personnel soignant et non soignant ! Il faut savoir que le Ségur de la Santé n'était pas seulement le Ségur

de l'hôpital car tous les acteurs de la santé, publics/privés, étaient concernés. Les discussions étaient organisées autour de quatre piliers (chacun comportant deux sous-piliers) :

- 1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent ;
- 2 : Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins ;
- 3 : Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes ;
- 4 : Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers.

C'est autour du pilier 1, celui de la revalorisation, que la communication du gouvernement a été axée, mais le travail de notre intersyndicale et de ses représentants ne s'est pas limité à ce seul axe, loin sans faut.

PHARE : Pourquoi ce sont les intersyndicales et non les syndicats qui sont conviées à la table des négociations ?

Jean-François Cibien : Les organisateurs ont décidé de convoquer tous les acteurs de la Santé dont les collectifs. Pour le pilier 1, seules les intersyndicales, dont les représentants ont été élus, étaient invitées à la table des négociations conformément aux règles en vigueur. Initialement, pour les négociations sala-

riales, nous avons deux places pour APH, une pour AH et une pour la CPH, mais nous avons demandé à ce que nous soyons deux pour chacune des intersyndicales. Pour le SNPHARE, votre présidente Anne Wernet ainsi que Laurent Heyer en tant que secrétaire général d'AH, ont été très actifs de par leurs contributions et présents à chaque instant. Pour assurer la bonne coordination de notre intersyndicale, nous nous sommes réunis (par téléphone ou en visioconférence) une à deux fois par semaine avec les membres des conseils d'administration d'Avenir Hospitalier et d'Action Praticiens Hôpital pour partager nos décisions, en sachant que toutes les informations du Ministère, avec les compte-rendu de chaque réunion, ont été partagées au fil de l'eau pour faire circuler toutes les actualités aux différentes composantes d'AH et d'APH.

“ Nous n'avons pas été entendus, mais nous finirons par l'être ! ”

PHARE : Quelles ont été les contributions de l'intersyndicale au Ségur ?

Jean-François Cibien : Il y avait plusieurs modalités de discussion ainsi que des revendications globales et sectorielles. Nous avons eu des échanges avec les autres intersyndicales avec lesquelles nous avons établi un front commun qui a tenu jusqu'à l'avant-veille de la fin des discussions. Notre but était de défendre la grande famille de l'hôpital public. Il faut savoir que chaque composante d'Action Praticiens Hôpital a pu contribuer aux discussions. Par exemple, nous avons eu une seule réunion bilatérale avec Nicole Notat et Angel Piquemal sur le thème des salaires. Nous avons présenté la plateforme d'Avenir Hospitalier sur l'attractivité que nous avons travaillé en CA et chacun des 4 membres d'AH présent a pu exprimé son point de vue. Anne Wernet pour le SNPHARE, Pascale Lepors pour le Syngof, Anne David-Bréard pour les gériatres, étant présentes. Lors de cet entretien nous avons aussi insisté sur les particularités des HU et celles de nos collègues

Trop de primes c'est la déprime, trop d'intéressement c'est le désintéressement !



d'outremer. Je tiens particulièrement à remercier Raphael Briot du SNPHARE pour son travail remarquable sur le statut des hospitalo-universitaires et Abdelkrim Benchikh-El-Fegoun qui nous a permis de faire le lien pour nos collègues ultramarins.

Au final, une synthèse a été envoyée pour chacun des piliers par Avenir Hospitalier mais nous avons également fait des envois distincts pour souligner certaines spécificités comme l'outremer ou le statut des HU. De plus chacun des syndicats a pu adresser une contribution pour alimenter la banque des requêtes de chacun des piliers

PHARE : Comme expliquez-vous que la revalorisation de la grille salariale n'ait pas eu lieu ?

Jean-François Cibien : Dans toute négociation salariale il y a une enveloppe dont le montant est donné dès le départ. Pour le Ségur de la Santé, l'enveloppe n'était pas fixée. De mon point de vue, l'État a joué la montre, du moins sur la partie salariale. Nous sommes dans un pays qui déploie une politique néolibérale, les mesures salariales pourtant nécessaires y sont remplacées par des primes (IESPE, PET...). Pour les praticiens, nous sommes partis du principe qu'à BAC + 10 et avec les responsabilités de nos professions un début de carrière correspondait à 5 000 euros nets. Cela nous paraissait être la moindre des choses car dans le privé, le salaire est double voire triple. C'est pourquoi, si le but du gouvernement était de donner envie aux jeunes de venir à l'hôpital, le salaire alloué ne doit pas être répulsif à défaut d'être attractif. Quant aux trois premiers échelons, ils étaient déjà « tombés », cette mesure ne vient donc pas du Ségur mais de « Ma Santé 2022 ». Nous aurions aimé avoir une grille salariale en rapport avec la durée de nos études, notre charge de travail : une

entrée de carrière à 5 000 euros nets, et une en fin de carrière 10 000 euros nets.

PHARE : Comment expliquez-vous que la permanence des soins n'ait pas été une préoccupation majeure du Ségur ?

Jean-François Cibien : C'est inexplicable. Avant d'aller plus loin la reconnaissance du temps de travail est notre leitmotiv et cela restera notre priorité en termes de qualité de vie et de reconnaissance de notre pénibilité. Après tous les grands discours du Président de la République pendant la crise du COVID-19, le fameux « quoi qu'il en coûte », cela paraissait impensable de

ne pas prendre en considération les demandes légitimes des personnels qui étaient en première ligne, en particulier les spécialités à gardes dont les anesthésistes-réanimateurs et les urgentistes. Il n'y a

“ Si le but est de donner envie aux jeunes de venir à l'hôpital, le salaire ne doit pas être répulsif à défaut d'être attractif ”

eu aucune revalorisation ni de la garde, ni de l'astreinte, ni des heures supplémentaires alors qu'à partir du neuvième échelon un praticien hospitalier qui fait des heures supplémentaires est moins bien payé que son traitement de base. Nous demandons que les heures supplémentaires soient payées en proportion du

traitement de base (+ 50 %), ce qui nous semble juste, honnête et légitime. Nous n'avons pas été entendus mais nous finirons par l'être !

PHARE : Justement, les PH n'auront certainement pas la patience d'attendre encore 5 ou 10 ans pour un nouveau Ségur ; concrètement, comment on fait maintenant ?

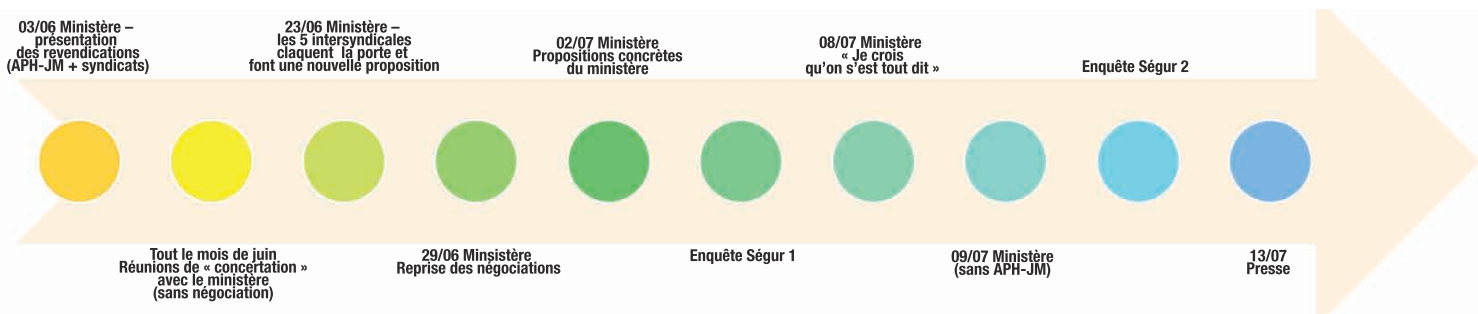
Jean-François Cibien : Nous allons nous battre, nous n'allons rien lâcher. Des collectifs se sont créés cet été, nous allons créer des synergies, refaire une synthèse globale de nos revendications et continuer à défendre l'hôpital public et ceux qui y travaillent. Oui, nous avons « pris un coup derrière la tête », mais nous allons avancer malgré tout, continuer à être une force de proposition sans relâche car la cause est juste et essentielle. Il devra y avoir une juste reconnaissance du temps de travail, une valorisation des gardes, des astreintes et du temps additionnel à hauteur de la pénibilité qu'ils engendrent. Il va nous falloir trouver un levier pour que l'ensemble des PH voit leur grille salariale évoluer car aujourd'hui le principe de primes et d'intéressement n'a que trop duré.

Propos recueillis par Savéria Sargentini, journaliste

Le Ségur des praticiens hospitaliers comme si vous étiez !

Résultat des enquêtes SNPHARE-APH-JM

Si le début du « Ségur de la Santé » s'est déroulé dans de bonnes conditions, les choses se sont tendues au moment des réelles négociations : interroger l'ensemble des praticiens hospitaliers pendant le Ségur nous est apparue comme une évidence...



Laurent Heyer et Anne Wernet ont représenté le SNPHARE au sein de l'intersyndicale lors des réunions avec le ministère

Afin d'être au plus près des souhaits des PH pour l'hôpital public et de peser dans les négociations, le SNPHARE a mené pour son intersyndicale deux enquêtes pendant les négociations du Ségur : l'une estampillée SNPHARE pour des raisons d'urgence à la réaliser, l'autre estampillée APH-JM, réalisée dans une même urgence, le temps d'un week-end, mais avec un temps de concertation au sein de l'intersyndicale.

Ces enquêtes ont été diffusées non pas à notre cercle d'amis, mais à tous les praticiens : liste de diffusion des PH issue du Centre National de Gestion, relais par tous les syndicats de praticiens de l'intersyndicale, mais aussi PH non titulaires *via* les syndicats *ad hoc* d'APH et Jeunes Médecins, réseaux sociaux. En voici les principaux résultats.

ENQUÊTE FLASH DES 3-4-5 JUILLET 2020

Cette enquête s'inscrit à la suite de la réunion du 23 juin où, n'étant pas entendus dans la négociation, l'ensemble des intersyndicales claquent la porte et rédige une liste de propositions dont la majorité (15) concerne les praticiens hospitaliers. À l'issue d'une nouvelle réunion au ministère, le 2 juillet 2020, nous sont remises trois propositions à étudier pour l'« ultime réunion » dont la date ne pouvait être fixée, compte tenu du remaniement ministériel annoncé le matin même – tout devant être terminé avant le 14 juillet 2020. Ces 3 propositions abordaient trois sujets (et trois seulement) : l'indemnité de service public exclusif, la création de 3 échelons de fin de carrière et la majoration de l'indemnité de sujétion.

LE LIVRE BLANC DU SNPHARE

Le SNPHARE mène une réflexion de fond tout au long de l'année, et produit régulièrement des documents sur des sujets d'actualité (permanence des soins, activité ambulatoire, etc.) et une plate-forme dite « Projet du SNPHARE pour les conditions de travail des médecins hospitaliers » évolutive.

Rapidement après le début de la « crise COVID », alors qu'organisation de l'hôpital et gouvernance ont été réinventées, et que beaucoup ont dit « qu'on n'accepterait plus jamais de travailler comme on l'a fait depuis tant d'années », le conseil d'administration du SNPHARE s'est attelé à mettre en forme un document imaginant l'hôpital public de demain. Ce document s'est construit en même temps qu'a été annoncé le « Ségur de la Santé », puis sa méthodologie. Ce document collaboratif de 87 pages, 228 propositions, a été envoyé sous forme de « contributions » au Ségur de la Santé.

Document consultable en ligne : https://snphare.fr/assets/media/demain-lhopital-segur-de-la-sante-2020-document-snphare.pdf?fbclid=IwAR0GvF501EJow7VEP4B5VnxiAmPTGIAdKecUnWenz6Jtt2FB_9amaFbG96M

		Indispensable	Souhaitable	Optionnel
Travail et formation	Entretiens - viviers	21 %	50 %	29 %
	FMI	27 %	48 %	25 %
	FMC	37 %	48 %	15 %
	Reconversion (maintien du salaire)	35 %	44 %	21 %
Temps travaillé	24 h = 5 DJ	61 %	29 %	10 %
	Samedi matin	60 %	29 %	11 %
Valorisation financière	Salaire	71 %	25 %	4 %
	Contrat ≤ PH	56 %	32 %	12 %
	IESPE	67 %	27 %	6 %
	TTA	55 %	36 %	9 %
	Valences non cliniques	46 %	40 %	14 %
	Responsabilités	49 %	39 %	12 %
	PDS id HU	64 %	28 %	8 %
Dialogue social		32 %	59 %	9 %
Protection sociale		56 %	34 %	10 %

Cette enquête flash a porté sur ces deux points. En un temps record (un peu plus de 48 heures) nous avons obtenu plus de 5 400 réponses... soit bien plus que les enquêtes SNPHARE « habituelles », qui s'étalent sur plusieurs semaines. C'est dire l'importance de ce Ségur de la santé pour les praticiens : il y avait beaucoup d'attentes et l'enquête montre que les attentes convergent vers des points très précis. Ces résultats permettaient d'affirmer que les scénarii proposés par le Ségur étaient insuffisants. Toutefois, au sein des propositions ministérielles, un scénario se dégagait nettement : le seul qui prenait en compte la permanence des soins, aux côtés de la création d'échelons de fin de carrière et de la majoration de l'IESPE : nous l'avons fait savoir au ministère et à la presse.

Ainsi nous avons pu élaborer un socle minimum minimorum des revendications des PH :

Le protocole d'accord devait impérativement comporter :

- **Une définition du travail des praticiens (mesures immédiates) : définition des obligations de service, définition des activités cliniques (soin) et non cliniques (contenu, temps dédié)**
- **Une reconnaissance du temps travaillé par les praticiens (mesures immédiates) : définition de la durée de la demi-journée, indépendamment du caractère diurne ou nocturne du travail, écriture « 24 heures = 5 demi-journées (DJ) », c'est-à-dire valoriser la garde à 3 DJ.**
- **Reconnaissance financière du travail des praticiens hospitaliers : revalorisation salariale (échéance < 6 mois), revalorisation des indemnités de sujétion, du TTA et de l'IESPE (avec mesures immédiates et à moyen terme < 6 mois).**

C'est ce que nous sommes allés négocier le 8 juillet 2020 – et où, nos demandes ayant été jugées non pas injustifiées, mais financièrement déraisonnables, nous avons été congédiés : « Je crois qu'on s'est tout dit » déclara le ministre, avant de quitter la table des négociations.

La suite de l'histoire n'est pas très glorieuse pour certains : une réunion est convoquée en toute fin de matinée, pour le milieu



d'après-midi... sachant que les membres de notre intersyndicale ne pourraient y assister, puisque tous viennent de quitter Paris pour regagner leurs lieux respectifs d'exercice.

De cette réunion, et de manière incompréhensible, naît le fameux protocole d'accord : exit la permanence des soins (!), diminution de la majoration de l'IESPE et création des 3 nouveaux échelons de fin de carrière, dont les émoluments sont majorés par rapport à la proposition initiale du ministère, signature prévue le lundi 13 juillet 2020.

LES RÉSULTATS DE CETTE ENQUÊTE SONT DISPONIBLES SUR LE SITE DU SNPHARE :

<https://snphare.fr/assets/media/resultats-enquete-accord-segur.pdf>

ENQUÊTE FLASH DES 11 ET 12 JUILLET 2020

Dans un baroud d'honneur, nous avons réalisé une deuxième enquête pour tenter encore d'infléchir cette décision qui ne nous semblait pas au service des PH, avec une contre-proposition d'APH-JM simplifiée au maximum : reconnaissance de la 5^{ème} DJ pour une garde de 24 h + gain de 2 échelons pour tous. Et en question bonus, la proposition du scénario « all inclusive » qui reprend les résultats de la première enquête.

Cette enquête de durée encore plus courte, en plein WE du 14 juillet, recueille un succès incroyable : plus de 3 000 réponses en seulement 24 heures, et un résultat attendu...

LES RÉSULTATS DE CETTE ENQUÊTE SONT DISPONIBLES SUR LE SITE DU SNPHARE :

<https://snphare.fr/assets/media/resultats-enquete-segur-numero-2.pdf>

L'ensemble de l'intersyndicale communique les résultats le 13 juillet 2020 (cf communiqué ci-contre).

S'il est une évidence de vous représenter quand nous sommes, au titre du SNPHARE ou de l'intersyndicale Avenir Hospitalier / APH, dans des négociations au ministère, le choix n'a manifestement pas été le même par d'autres organisations professionnelles, et surtout, le choix du ministre a été d'ignorer vos demandes, pas parce qu'elles n'étaient pas fondées, mais parce qu'elles coûtaient trop cher.



L'attractivité de l'hôpital public, nécessaire à une médecine de qualité pour tous, a un prix... que le gouvernement a choisi de détourner, au mépris de vos demandes. Nous avons été sonnés, quelques heures, quelques jours tout au plus. Le matin du 13 juillet, une conférence de presse organisée par APH, et en présence du Dr Patrick Pelloux, pour dénoncer ce fossé entre les attentes des praticiens et la déception du Ségur, puis nos communiqués de presse estivaux ont eu un écho médiatique qui a probablement commencé à faire douter jusqu'au plus haut de l'État : l'hôpital public n'est pas apaisé par le Ségur. Nous allons continuer, ensemble.

Anne Geffroy-Wernet, Présidente du SNPHARE,
Laurent Heyer, Secrétaire général adjoint du SNPHARE

Ma Santé 2022, Ségur de la Santé : qu'avons-nous obtenu pour les praticiens hospitaliers ?

Si le SNPHARE est force de proposition auprès du ministère et au sein de notre intersyndicale Avenir Hospitalier / Action Praticiens Hôpital, « le temps syndical est un temps long » comme aimait à le dire Max-André Doppia.

Deux mesures sont très « avancées », puisque présentées et validées par le Conseil Supérieur des Professions Médicales (CSPM) en juillet 2020.

- Suppression des trois premiers échelons : c'est une mesure attendue depuis longtemps, demandée par le SNPHARE (on aurait préféré quatre...) ; le corollaire aurait été de reclasser tous les praticiens sur une même grille d'ancienneté : à l'heure où nous écrivons, ce n'est toujours pas à l'ordre du jour au ministère – et c'est scandaleux ! Nous espérons que le décret (à paraître au 1^{er} octobre 2020) sera accompagné d'un autre décret permettant un reclassement juste des PH déjà nommés.
- Obtention de l'indemnité d'engagement de service public exclusif dès la période probatoire : cette mesure est également dans les tuyaux, jusqu'ici l'IESPE n'était pas donnée en période probatoire. Le corollaire serait d'autoriser l'activité libérale en période probatoire (sinon elle n'a pas de sens), des textes devraient être élaborés au ministère. Cette situation paradoxale signifie bien que les principes de l'IESPE et de l'activité libérale à l'hôpital ne sont pas clairs... mais cela est une autre histoire !

Deux mesures sont issues du protocole d'accord que nous avons refusé de signer, compte tenu de son insuffisance sur les sujets phares pour les praticiens hospitaliers. Les textes les concernant ne nous ont pas encore été présentés en CSPM.

- Création de 3 nouveaux échelons de fin de carrière (+ 5 000 euros annuels au « 14^{ème} » échelon, + 5 000 au « 15^{ème} » et + 7 000 au « 16^{ème} », soit un gain de 17 000 euros sur la fin de carrière). L'échelon 13 (appelé désormais 10) étant obtenu en moyenne à 55 ans, il nous paraissait assez naturel qu'un nouvel échelon soit créé. Trois, c'est sans doute exagéré, surtout dans une enveloppe finan-

cière très fermée qui pénalise les demandes pour l'ensemble des PH, notamment dans le cadre de la permanence des soins... Pas d'échéance de date, des travaux qui devraient débuter en janvier 2021... on ne sait même pas si les actuels PH échelons 13 seront intégrés dans cette mesure...

- Majoration de l'IESPE à 1 010 euros pour tous : l'augmentation de l'IESPE, au même montant pour tous, était également une de nos demandes ; cependant, il paraît logique que les praticiens ayant une activité 100 % publique aient une compensation financière à la hauteur des émoluments issus de l'activité privée à l'hôpital : il n'en est rien ; cette mesure d'attractivité pour l'activité hospitalière devient une « mesurette » : réussira-t-elle à mieux fidéliser les praticiens hospitaliers tentés par l'aventure libérale ? Cette mesure devrait être appliquée en deux temps : 700 euros pour tous à partir du 1^{er} septembre 2020, puis 1 010 euros pour tous à partir du 1^{er} mars 2021.

Et dans ce protocole d'accord, une quantité d'engagements sur des chantiers déjà ouverts dans le cadre de Ma Santé 2022 (notamment : valorisation des activités non cliniques) ou à ouvrir (déroulement des carrières, formation, décompte du temps de travail, permanence des soins) : donc en pratique sur ces sujets, toujours rien. C'est pourtant bien cela qu'il fallait défendre et que nous allons continuer à défendre !

AW

**Lire SEGUR ET MA SANTE 2022 :
EN PRATIQUE POUR LES PH...**

<https://snphare.fr/fr/blog/posts/segur-et-ma-sante-2022--en-pratique-pour-les-ph>

Après l'échec du Ségur... on continue à se battre, bien sûr !

Le Ségur de la Santé marque, pour les praticiens hospitaliers, la rupture de la communication entre les tutelles et les représentants du terrain, congédiés par le ministre lors de la réunion de négociation du 8 juillet 2020.

Dont acte.

Le SNPHARE n'accepte pas que ni le décompte du temps de travail ni la permanence des soins dans son ensemble (juste reconnaissance du temps travaillé, indemnité de sujétion, reconnaissance de la pénibilité pour le départ en retraite et la pension) n'aient fait l'objet d'une quelconque avancée.

Le SNPHARE n'accepte pas non plus que la — nécessaire — revalorisation des plus jeunes - ne profite pas aux PH déjà nommés, qui se trouvent même lésés par la création d'une nouvelle grille qui ne valorise pas leur ancienneté à égalité.

Permanence des soins, reconnaissance de l'ancienneté dans la nouvelle grille : ce sont les deux chantiers que le SNPHARE souhaite voir rouvrir dès la rentrée de septembre 2020.

Nous travaillerons avec toutes les organisations qui souhaitent œuvrer dans ce sens.

N'oublions pas non plus tous ces sujets issus de notre livre blanc et qui sont cruciaux : temps de travail et valorisation du TTA, formation, reconstruction de la notion d'équipe : dimensionnement / sanctuarisation de temps d'équipe, aménagement des activités en fin de carrière, réforme de la gouvernance de l'hôpital, qualité de moyens syndicaux permettant enfin, comme dans toute profession, de dialoguer avec vous dans des structures locales...

Après le Ségur, on continue, c'est sûr !

« La Peste » d'Albert Camus, toujours poignante d'actualité

La solidarité, l'altruisme entre les êtres humains, quels que soient leurs attributs, seraient-elles les meilleures armes face à une épidémie meurtrière ? Ce roman basé sur des faits réels a connu un regain d'intérêt conséquent durant le confinement en France et dans d'autres pays européens. Pourquoi la vision camusienne de l'épidémie et de ses conséquences sociales est-elle intemporelle ? Que nous apprend ce roman d'après-guerre ? Qui met-il à l'honneur et que dénonce-t-il ?



DE 1947 À 2020

L'intrigue se déroule à Oran, capitale de l'Algérie française de l'époque. Le narrateur est médecin, car pour Camus c'est véritablement celui qui est au cœur de l'épidémie et qui est le plus à même de décrire cette situation de manière profonde. Le docteur Bernard Rieux est en première ligne au chevet de ses malades, il raconte le confinement : une période qui durera neuf mois. Comme pour la COVID, l'épidémie a un démarrage très brutal, qui révèle l'impréparation des individus et des instances publiques. Elle induit l'exil chez soi, la mort du petit commerce avec l'évolution de l'épidémie, le manque de matériel et de personnel médical sans protections suffisantes. Nous ne sommes donc pas les premiers à vivre cela et cela a certainement permis à certains d'appréhender plus facilement cette période si particulière.

CAMUS, ADMIRATEUR DU PERSONNEL MÉDICAL

Le docteur Rieux pense qu'il faut d'abord continuer à faire son métier et laisser la réflexion pour plus tard. Pour lui, le

combat contre le fléau est la priorité, c'est un médecin empreint de son sacerdoce. Il fait écho à tous les personnels soignants d'aujourd'hui, en grève depuis plus d'un an, qui réclament des conditions de travail dignes de ce nom et qui, lorsque la crise a commencé, ont fait passer leur métier avant tout : avant leurs sentiments, ressentiments et revendications. Camus place le docteur Rieux au centre du roman mais n'en fait pas un héros pour autant. L'auteur glorifie les héros insignifiants et effacés. Il nous permet de prendre conscience que chacun fait ce qu'il peut à son petit niveau, et que l'imagination dans les initiatives est intarissable, une idée qui traverse les années elle aussi, puisque nous avons assisté à des prêts d'appartement aux soignants, aux applaudissements, aux paniers repas... À travers le docteur Rieux, Camus rend hommage au formidable courage du personnel médical en décrivant à la perfection l'urgence d'agir, le sentiment d'impuissance et même l'épuisement. Figure centrale du roman, le personnel médical engagé, courageux et généreux est lui aussi en première ligne dans le combat contre l'épidémie. « Son grand désir est simplement de faire son métier d'homme, de diminuer arithmétiquement la douleur, comme il dit » à l'instar de nos soignants qui n'apprécient pas toujours d'être qualifiés de héros.

TIRER LES LEÇONS QUI S'IMPOSENT

La fin de *La Peste* nous encourage à ne pas oublier trop vite ce que nous avons vécu. Camus a écrit : « Il ne faut jamais oublier ce que nous avons vécu, le malheur qui nous est arrivé, et tout ce qui s'est mis en place dans notre capacité à être solidaire dans les temps d'épreuve, à sortir de nos égoïsmes... ». C'est pour cela que le Docteur Rieux, décide de raconter la peste en se mettant à écrire. Lorsque les portes d'Oran s'ouvrent, les Oranais sont fous de joie, même s'ils ont beaucoup souffert, mais le narrateur prévient : « Le bacille de la peste ne meurt ni ne disparaît jamais. »

Saveria Sargentini, journaliste



Médecin anesthésiste
Réanimateur au CHRU de Nancy

Recrutement

PRATICIEN CONTRACTUEL, PRATICIEN HOSPITALIER, PRATICIEN CLINICIEN

Lieu d'exercice :

Établissement hospitalo-universitaire de 1412 lits et places disposant d'un plateau technique moderne et performant.

Acteur majeur du système de santé (8^e au palmarès des meilleurs hôpitaux de France de l'hebdomadaire Le Point) et premier employeur du territoire avec près de 9 000 professionnels.

À proximité de Paris (1h30 en train), du Luxembourg (1h30 en voiture) et connecté à toutes les grandes villes de France via l'avion ou le train.

Activités cliniques prioritairement en anesthésie, toutes spécialités :

Orthopédique, pédiatrique, chirurgie générale, vasculaire, obstétricale, cardiaque.



Personnes à contacter :

Professeur Gérard Audibert

Chef du pôle Anesthésie-Réanimation

g.audibert@chru-nancy.fr

03 83 85 14 03

Pauline Lazier

Directrice des Affaires Médicales

p.lazier@chru-nancy.fr

03 83 85 18 00



ÉTABLISSEMENT SUPPORT DU GHT SUD DRÔME ARDÈCHE



SITE DE MONTÉLIMAR (2^{ÈME} VILLE DU DÉPARTEMENT – DRÔME PROVENÇALE)
(SITUÉ À 1H30 DE LYON, DE MONTPELLIER ET DE MARSEILLE)

recrute

1 PRATICIEN RÉANIMATEUR 2 ANESTHÉSISTES

Pour les Unités médicales de réanimation et d'anesthésie.

Unité Médicale de Réanimation : 12 lits et 6 lits de soins continus.
Service de Réanimation et Établissement support du GHT Sud Drôme Ardèche.
Vous intégrez une équipe de 8 Réanimateurs et 6 Internes, complétés pour les gardes par des médecins extérieurs.

- 730 lits MCO (plateau médico chirurgical complet avec 2 SCANNERS et 2 IRM).
- Développement soutenu de l'activité médicale et chirurgicale dans le cadre du GHT.
- En convention avec plusieurs CHU pour le partenariat professionnel et la formation médicale.

Nouveau Plateau technique complet dans le service. Réanimation récente (2013) lumineuse, aérée, offrant d'excellentes conditions de travail. Nouveau Service d'Accueil des Urgences et Déchocage (2020).

Préservation d'un équilibre vie professionnelle de qualité et vie personnelle (environnement, organisation de service).

Politique de rémunération attractive et responsable avec décompte horaire du temps de travail (Temps Continu) selon profils.

Selon profil, poste partagé en Anesthésie possible.

TYPE DE CONTRAT

Temps plein.

CDD (PHC ou Assistant).

CDI (Mutation PH) étudié selon profil.

RENSEIGNEMENTS

Dr Paul-Marie CHANAREILLE, Praticien Hospitalier

paul.chanareille.pro@gmail.com - 04 75 53 22 46 ou 47 68



URGENTISTES

Suite à une restructuration, le SAU de Montélimar recherche **des médecins spécialistes en médecine d'urgences sur des postes de praticiens hospitaliers actuellement disponibles.**

Ce service accueille 50 000 premiers passages (polyvalents, adultes et pédiatriques). Il dispose de trois salles d'urgence vitale, d'une UHCD de 13 lits et d'une ligne de SMUR. Le fonctionnement porte sur l'ensemble des unités. La réglementation des 39 H est appliquée. Du temps additionnel est possible et rémunéré.

Le service est évolutif avec un projet de création d'une chaîne de décontamination... L'investissement individuel est encouragé avec délégation de responsabilités.

Le Groupement Hospitalier Portes de Provence est l'établissement support du GHT sud Drôme-Ardèche et de nombreuses spécialités sont en cours de développement ou de renforcement.

Montélimar se situe dans une région agréable à proximité de nombreuses zones touristiques et à égale distance des Alpes et de la Méditerranée. Service des Urgences en pleine rénovation et extension, les travaux ont commencé en Janvier 2018 fin prévue en 2020.

RENSEIGNEMENTS

Dr BUSSEUIL, Chef de pôle Spécialités Médicales - Urgences

04 75 53 41 93 - catherine.busseuil@gh-portesdeprovence.fr



CONTACT : S. MAGNETTE, ACH DAM - sandrine.magnette@gh-portesprovence.fr - 04 75 53 41 29

Film de présentation de la structure : <https://youtu.be/Y6KMjGON4Mc> | Site Internet : <http://www.gh-portesdeprovence.fr>



Le CHOG – Centre Hospitalier de l’Ouest Guyanais à Saint-Laurent du Maroni



NOUS RECRUTONS

- DES MÉDECINS ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS
- DES MÉDECINS URGENTISTES

Contrat à durée déterminée de 12 mois (renouvelable), à temps plein. Rémunération selon expérience, grille des praticiens hospitaliers contractuels + 40 % indemnité de vie chère.

Prise en charge du billet aller/retour.

Possibilité d’hébergement provisoire : Mise à disposition pendant deux mois d’un véhicule et d’une chambre d’hôtel à Saint-Laurent du Maroni.

Le cadre de la Guyane

- Le paradis de l’écotourisme avec une biodiversité exceptionnelle.
- Le dépaysement garanti en forêt, des fleuves majestueux, l’observation de la faune sauvage.

Venez à la découverte d’un département français et de ses habitants, voisins du Brésil et du Suriname.

Envoyer lettre de candidature + CV :

CENTRE HOSPITALIER DE L’OUEST GUYANAIS
 Direction des Ressources Humaines Affaires Médicales
 1465 boulevard de la Liberté
 BP245 - 97393 - SAINT LAURENT DU MARONI
 Postes à pourvoir de suite



Le GHER de La Réunion, situé dans l’Est de l’île et bénéficiant d’une implantation récente dans des locaux modernes.

RECRUTE

2 MÉDECINS ANESTHÉSISTE - RÉANIMATEUR

Poste à pourvoir DÈS QUE POSSIBLE
 PH titulaire ou contractuel

Pour le service d’Anesthésiologie et/ou l’Unité de Soins Continus de 12 lits du GHER

Le GHER dispose notamment de 6 salles de bloc opératoire et d’une capacité de 27 lits de chirurgie en hospitalisation complète et 16 places de chirurgie ambulatoire.

Le SAU du GHER enregistre 30.000 passages aux urgences par an.

La maternité de niveau 2 réalise 1500 accouchements par an.

Rémunération très attractive (majoration DOM de 40 %).

Prise en charge du billet d’avion Métropole/Réunion.

Contact et candidature par mail affaires.médicales@gher.fr

