

#91

PHARE

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

Le SEGUR vous présente

"Le Santé GLOBE"

Bonne chance au système de santé pour 2021
face aux tempêtes sanitaires

Le **SNPHARE** garde le cap



2020

2021

FOCUS sur les nouveaux échelons,

le temps syndical et les calculs d'effectifs

Lumière sur les données médicales en santé

et l'écologie à l'hôpital

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 Île-de-France - Communication Relations avec les délégués d'Île-de-France	Ligne directe : 0140875000 BIP 1050
Dr Anouar BEN HELLAL - Secrétaire général adjoint 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 Véronique 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 Île 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.heyser@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
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

MISE AU POINT

Nouvelle grille de rémunération
des praticiens hospitaliers4

INFOS SNPHARE9

EXPÉRIENCE

Calcul du temps médical et d'un effectif-cible :
utilisons les outils de l'ANAP !.....10

COVID-19

Vaut-il mieux être patient COVID ou non COVID ?
La réponse peut paraître évidente, mais.....13

DOSSIER « ACTION SYNDICALE »

Plaidoyer pour la reconnaissance
du temps syndical pour les praticiens
hospitaliers16

Le « dialogue social » du nouveau monde
révélé par le Ségur de la santé.....18

INTERVIEW

Intelligence artificielle :
risque ou bénéfique pour le patient ?21

CULTURE

Nos soignants ont du talent !23

Le CGOS qu'est-ce que c'est ?23

Putain de COVID !24

ÉCOLOGIE

Pour un hosto écolo ! Jane Muret, la green lady
des anesthésistes-réanimateurs25

Remettre l'humain

et l'écologie au cœur de l'hôpital :
l'histoire des « P'tits Doudous »27

PETITES ANNONCES 29

UNE VAGUE DE TROP...

Alors que les retards de prise en charge accumulés au printemps n'étaient pas résorbés, voici que l'épidémie est déjà revenue. Avec cette seconde phase de crise sanitaire, le personnel hospitalier doit à nouveau se mobiliser et prendre en charge tous les patients, après une année éprouvante. Les tutelles et les directions ont annoncé pour cette seconde vague que nous devons faire face sans réduire la prise en charge des patients habituels. C'était déjà oublier que lors de la première vague les déprogrammations se sont faites pour faire face à un afflux massif de patients lourds, ce n'était pas un choix délibéré, mais une nécessité. Les effets d'un nouveau confinement aux règles plutôt souples ne vont pas être suffisants pour éviter la réduction de l'activité non COVID et ses conséquences délétères. L'hôpital va rester mobilisé, mais reconnaissance et attractivité sont plus que jamais d'actualité !

L'actualité syndicale est d'autant plus chargée ! Le SNPHARE et son intersyndicale APH étaient exclus des négociations de suivi du Ségur, pour avoir refusé de signer des accords insuffisants. Un recours a été déposé avec succès, obligeant le ministère à nous intégrer aux discussions, qui portent aussi sur les modifications du statut de praticien hospitalier dans le cadre du plan Ma Santé 2022. Il s'agit notamment de la controversée fusion des quatre premiers échelons pour les praticiens nommés à partir d'octobre 2020, qui laisse un goût amer à beaucoup d'entre nous. Si cette mesure d'attractivité va dans le bon sens, en exclure tous les praticiens déjà nommés est inique et contre-productif. Il faut aussi obtenir des avancées pour la juste reconnaissance de la permanence des soins, des activités non cliniques, du temps de travail.

Il faut enfin redonner à l'hôpital son attractivité pour les plus jeunes, mais aussi reconnaître l'engagement de ceux qui y sont restés et qui le font vivre.

Eric LeBihan, secrétaire général 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 - 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

Nouvelle grille de rémunération des praticiens hospitaliers

Suite au Ségur de la santé de juillet 2020, sont parus au J.O.R.F du 29 septembre 2020, le décret n° 2020-1182 du 28 septembre 2020 relatif à la modification de la grille des émoluments des PH à temps plein et des praticiens des hôpitaux à temps partiel et l'arrêté du 28 septembre 2020 modifiant l'arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements publics de santé.

Pour ce qui concerne cette grille de rémunération pour les PH temps plein (PHTP), il s'agit de supprimer les 3 premiers échelons en début de carrière et de reclasser tous les PHTP dans cette

nouvelle grille, qui ne comporte plus que 10 échelons.

Ce reclassement des PH doit s'effectuer de la manière suivante :

Tableau 1 : Reclassement secondaire au Décret 2020-1182

Rémunération brute mensuelle au 30/09/20	Grille au 30/09/20	Ancienneté acquise dans l'ancien échelon (ans)	Ancienneté acquise dans le nouvel échelon (ans)	Grille au 01/10/20	Rémunération brute mensuelle au 01/10/20	% augmentation
7 500,82 €	13°		Ancienneté dans l'ancien échelon 13 et si au-dessus de 4, passage aux échelons supérieurs de la nouvelle grille finale quand elle sera publiée selon la formule (ancienneté dans l'ancien 13 - 4)	10°	7 500,82 €	0
7 182,85 €	12°	4	4	9°	7 182,85 €	0
		3	3			
		2	2			
		1	1			
6 318,07 €	11°	2	2	8°	6 318,07 €	0
		1	1			
6 065,68 €	10°	2	2	7°	6 065,68 €	0
		1	1			
5 645,02 €	9°	2	2	6°	5 645,02 €	0
		1	1			
5 448,72 €	8°	2	2	5°	5 448,72 €	0
		1	1			
5 280,46 €	7°	2	2	4°	5 280,46 €	0
		1	1			
4 929,92 €	6°	2	2	3°	4 929,92 €	0
		1	1			
4 607,41 €	5°	2	2	2°	4 607,41 €	0
		1	1			
4 411,11 €	4°	2	2	1 ^{er}	4 411,11 €	0
		1	1			
4 298,95 €	3°	2	0	1 ^{er}	4 411,11 €	2,61
		1	0			
4 200,78 €	2°	1	0	1 ^{er}	4 411,11 €	5,01
4 130,68 €	1 ^{er}	1	0	1 ^{er}	4 411,11 €	6,79

Ainsi, il est constaté :

- **Aucune perte de salaire** pour les échelons allant du 4^e au 13^e.
- **Une augmentation substantielle** pour seulement les trois premiers échelons : de 6,79 % à 2,61 %. Soit une augmentation mensuelle de 112,16 € pour l'échelon 3, de 210,33 € pour le 2 et de 280,43 € pour le 1^{er}.
- **Une reprise de l'ancienneté acquise dans l'échelon seulement à partir du 4^e échelon de l'ancienne grille.**
- **Une perte d'ancienneté acquise dans l'échelon pour les 3 premiers échelons de l'ancienne grille** : d'au moins un an pour les échelons 1 et 2 de l'ancienne grille et pouvant aller jusqu'à 2 ans pour l'échelon 3. Certes cela ne concerne que peu de personnes, la majorité des nouveaux PH s'intégrant à la fin du 3^e ou au début du 4^e en raison de l'ancienneté acquise dans d'autres statuts antérieurs à leur intégration dans le corps des PH (clincat, assistanat, attachés et autres contractuels) ; il reste à savoir si cette ancienneté continuera à être prise en compte ou non. Certes, cette absence de reprise d'ancienneté est compensée par l'augmentation de salaire ; mais est-ce que cette petite augmentation peut suffire ? Pourquoi cette absence de reprise d'ancienneté pour les trois premiers échelons : sans doute parce que cela reviendrait à intégrer les anciens 3^e échelons au niveau du 2^e échelon de la nouvelle

grille, soit une augmentation de salaire de 308,46 € (7,1 %). Enfin, si l'ancienneté acquise dans les statuts précédant l'intégration est conservée, une discrimination et une injustice risque d'apparaître : les PHTP des anciens 1^{er} à 3^e échelons risque de se retrouver reclassés à un échelon inférieur par rapport aux nouveaux, avec ancienneté antérieure à l'intégration conservée.

☞ **Ce reclassement est donc fait à quasi fonds constants et ne coûtera donc que très peu !**

- Une **durée** pour atteindre le dernier échelon de la grille, passant de **24 à 20 ans**, donnant ainsi un accès plus précoce au dernier échelon et à la rémunération la plus élevée, qui sera ainsi perçue plus longtemps qu'auparavant. Cependant, la courte durée des deux premiers échelons de l'ancienne grille n'existe plus ; cela pouvait pourtant rentrer dans l'attractivité de la nouvelle grille.
- Une augmentation nette pour chaque échelon. Nul doute que la DGOS et le ministère de la Santé mettront cette revalorisation en avant et insisteront sur une meilleure attractivité de la nouvelle grille. Pourtant si l'on considère une carrière de PH de 37 ans¹, c'est **seulement une augmentation totale de 5,72 %** qui est observée : en effet, sur l'ensemble de sa carrière un PHTP touche 2743010,40 € selon l'ancienne grille, et 2899898,43 € selon la nouvelle, **soit un gain de 156888 € au bout de 37 ans.**

Tableau 2 : Impact financier échelon par échelon

Ancienne grille jusqu'au 30/09/20			Nouvelle grille à partir du 1 ^{er} octobre 2020			
Rémunération brute mensuelle	Durée (ans)	Échelon	Échelon	Durée (ans)	Rémunération brute mensuelle	% augmentation
7 500,82 €	13 ^e retraite	13 ^e				
7 182,85 €	4	12 ^e				
6 318,07 €	2	11 ^e				
6 065,68 €	2	10 ^e	10 ^e	4	7 500,82 €	23,66
5 645,02 €	2	9 ^e	9 ^e	4	7 182,85 €	27,24
5 448,72 €	2	8 ^e	8 ^e	2	6 318,07 €	15,96
5 280,46 €	2	7 ^e	7 ^e	2	6 065,68 €	14,87
4 929,92 €	2	6 ^e	6 ^e	2	5 645,02 €	14,51
4 607,41 €	2	5 ^e	5 ^e	2	5 448,72 €	18,26
4 411,11 €	2	4 ^e	4 ^e	2	5 280,46 €	19,71
4 298,95 €	2	3 ^e	3 ^e	2	4 929,92 €	14,68
4 200,78 €	1	2 ^e	2 ^e	2	4 607,41 €	9,68
4 130,68 €	1	1 ^{er}	1 ^{er}	2	4 411,11 €	6,79

Par ailleurs, si l'on considère que très souvent sont proposés des postes de praticiens contractuels (PC) avec une rémunération de l'ancien 4^e plus 10 %, soit 4 852 €, aux jeunes à la fin de leur cursus universitaire, cette rémunération les plaçait au niveau de l'ancien 6^e échelon ou du nouveau 3^e échelon. Maintenant, il existe 4 niveaux de rémunération des PC, dont le mieux rémunéré, le 4, recevra une rémunération égale à celle du nouveau 1^{er} échelon (ou de l'ancien 4^e), les 3 autres respectivement celles des anciens trois premiers échelons. Ces 4 niveaux peuvent être majorés dans la limite de 10 %. À noter que l'introduction des 4 niveaux dans la rémunération des PC n'est pas encore retrouvée dans leur statut décrit dans le Code de la santé publique (CSP), et donc sans savoir exactement à quoi ils correspondent. Quoiqu'il en soit, **même la rémunération du niveau 1 plus 10% reste supérieure à la rémunération du nouveau 1^{er} échelon.**

Tableau 3 : Échelle de rémunération des praticiens contractuels selon le Décret 2020-1182

Rémunération PC	Brut mensuels	+10%
Niveau 4	4 411,11 €	4 852,22 €
Niveau 3	4 298,95 €	4 728,84 €
Niveau 2	4 200,78 €	4 620,85 €
Niveau 1	4 130,68 €	4 543,74 €

Cependant, selon le Ségur de la Santé de juillet 2020, cette nouvelle grille, intermédiaire, devrait être encore modifiée prochainement pour une application en 2021. D'après le ministère des Solidarités et de la Santé, il s'agirait cette fois de la **création de 3 échelons en fin de carrière** : 2 échelons de fin de grille de 5 000 € (soit 416,67 € mensuels) et un 3^e de 7 000 € (soit 625 € mensuels) brut annuels sur des durées de 4 ans. La grille, dite finale ici, devrait donc être la suivante :

Tableau 4 : Comparaison ancienne et nouvelle évolutions de carrière selon le Décret 2020-1182 et projet de décret (durée et impact financier)

Ancienne grille jusqu'au 30/09/20			Nouvelle grille finale à partir du 1 ^{er} octobre 2020 et à partir du 1 ^{er} janvier 2021 ?			
Rémunération brute mensuelle	Durée (ans)	Échelon	Échelon	Durée (ans)	Rémunération brute mensuelle	% augmentation
7 500,82 €	→ ☹️ retraite	13 ^e	13 ^e	→ ☹️ retraite	8 959,15 €	19,44
7 182,85 €	4	12 ^e	12 ^e	4	8 334,15 €	16,03
6 318,07 €	2	11 ^e	11 ^e	4	7 917,49 €	25,31
6 065,68 €	2	10 ^e	10 ^e	4	7 500,82 €	23,66
5 645,02 €	2	9 ^e	9 ^e	4	7 182,85 €	27,24
5 448,72 €	2	8 ^e	8 ^e	2	6 318,07 €	15,96
5 280,46 €	2	7 ^e	7 ^e	2	6 065,68 €	14,87
4 929,92 €	2	6 ^e	6 ^e	2	5 645,02 €	14,51
4 607,41 €	2	5 ^e	5 ^e	2	5 448,72 €	18,26
4 411,11 €	2	4 ^e	4 ^e	2	5 280,46 €	19,71
4 298,95 €	2	3 ^e	3 ^e	2	4 929,92 €	14,68
4 200,78 €	1	2 ^e	2 ^e	2	4 607,41 €	9,68
4 130,68 €	1	1 ^{er}	1 ^{er}	2	4 411,11 €	6,79

■ Ainsi, la durée de carrière pour atteindre le dernier échelon ne sera plus de 20 ans mais de 32 ans. Certes, la durée pour atteindre le niveau de rémunération de l'ancien 13^e reste à 20 ans, soit 4 ans de gagnés, mais 12 ans sont rajoutés pour les fins de carrière. Ce nouveau 13^e échelon ne

sera en fait accessible qu'aux PH qui ne partiront pas en retraite à 62 ans et qui accepteront de prolonger leur carrière jusqu'à 67 ans ; peut-être que cela suffira pour les garder actifs !

■ La comparaison échelon par échelon retrouve une nette augmentation pour la nouvelle grille. L'attractivité est plus au rendez-vous, et ce pour tous les échelons. Pourtant si l'on considère une carrière de PH de 37 ans¹, c'est seulement une augmentation totale de 11,10 % qui est observée : en effet, du point de vue de sa rémunération de base, hors primes et indemnités, sur l'ensemble de sa carrière un PHTP touche 2 743 010,40 € selon l'ancienne grille, et 3 047 397,78 € selon la nouvelle finale, soit un gain de 304 387 € au bout de 37 ans. Certes c'est loin d'être négligeable, mais moins attractif que la comparaison par échelon. Ceci est dû à l'allongement de la carrière et aux variations d'augmentation d'échelon à échelon qui sont différentes d'une grille à l'autre, et qui modèrent les augmentations observées.

■ Toutefois, en espérant qu'aucun reclassement des nouveaux 10^e échelon n'ai lieu, si la synthèse est faite entre le reclassement des PHTP en cours de carrière et cette nouvelle grille finale, seuls les trois premiers anciens échelons bénéficient d'une augmentation substantielle et les anciens 13^e d'une augmentation plus conséquente, à condition d'avoir déjà acquis au moins 4 années d'ancienneté dans cet échelon. Le tableau n°5 de correspondance permet de faire ce constat.

☞ Pour la grande majorité des PHTP, ceux des anciens échelons 4 à 12 et 13 avec moins de 4 ans d'ancienneté, ne bénéficient d'aucune revalorisation initiale. Il faudra qu'ils attendent l'échelon 11^e de la nouvelle grille finale pour voir une amélioration de leurs revenus.

☞ L'impact financier immédiat pour nos tutelles ne sera donc pas si important que cela. En effet, les PHTP situés aux trois premiers échelons de l'ancienne grille ne sont pas si nombreux que cela, et les PHTP au 13^e échelon avec au moins 4 ans d'ancienneté dans cet échelon ne sont également pas légion. À moyen et long terme, cet impact financier sera représenté par les PHTP en cours de carrière quand ils atteindront progressivement les échelons 11 et suivants de la nouvelle grille, et par les nouveaux PHTP au décours de l'évolution de leur carrière, soit sur

¹ En considérant la durée des études médicales et l'âge limite de la retraite, il est possible d'intégrer le corps des PH à l'âge de 30 ans et donc pour un âge de départ à la retraite de 67 ans d'avoir une carrière de 37 ans.

Tableau 5 : Impact financier du reclassement des PH en cours de carrière selon le Décret 2020-1182 et projet de Décret

Ancienne grille jusqu'au 30/09/2020			Nouvelle grille <i>finale</i> à partir du 1 ^{er} octobre 2020 et à partir du 1 ^{er} janvier 2021 ?			% augmentation (au 01/01/2021 et par rapport à 7500,82 €)
Rémunération brute mensuelle	Durée (ans)	Échelon	Échelon	Durée (ans)	Rémunération brute mensuelle	
7 500,82 €	> 12 ans	13 ^e	13 ^e	→ ☹ retraite	8 959,15 €	19,44
7 500,82 €	> 8 et < 12 ans	13 ^e	12 ^e	4	8 334,15 €	11,11
7 500,82 €	> 4 et < 8 ans	13 ^e	11 ^e	4	7 917,49 €	5,55
7 500,82 €	< 4 ans	13 ^e	10 ^e	4	7 500,82 €	0
7 182,85 €	4	12 ^e	9 ^e	4	7 182,85 €	0
6 318,07 €	2	11 ^e	8 ^e	2	6 318,07 €	0
6 065,68 €	2	10 ^e	7 ^e	2	6 065,68 €	0
5 645,02 €	2	9 ^e	6 ^e	2	5 645,02 €	0
5 448,72 €	2	8 ^e	5 ^e	2	5 448,72 €	0
5 280,46 €	2	7 ^e	4 ^e	2	5 280,46 €	0
4 929,92 €	2	6 ^e	3 ^e	2	4 929,92 €	0
4 607,41 €	1	5 ^e	2 ^e	2	4 607,41 €	0
4 411,11 €	2	4 ^e				0
4 298,95 €	2	3 ^e				2,61
4 200,78 €	1	2 ^e	1 ^e	2	5 280,46 €	5,01
4 130,68 €	1	1 ^{er}				6,79

réintroduire quelques mois plus tard ? Sans doute, déjà un effet d'affichage vis-à-vis des autres corporations de fonctionnaires ou d'agents contractuels de l'État : finalement, aucune augmentation du nombre d'échelons, juste une revalorisation des échelons existants. Mais surtout, cela permet d'amoindrir l'impact de cette revalorisation en la modérant par un allongement de la carrière.

Si la comparaison graphique des deux profils de carrière (cf figures page suivante) permet de retrouver les principaux constats précédents ou du moins de mieux les visualiser, elle permet aussi d'observer :

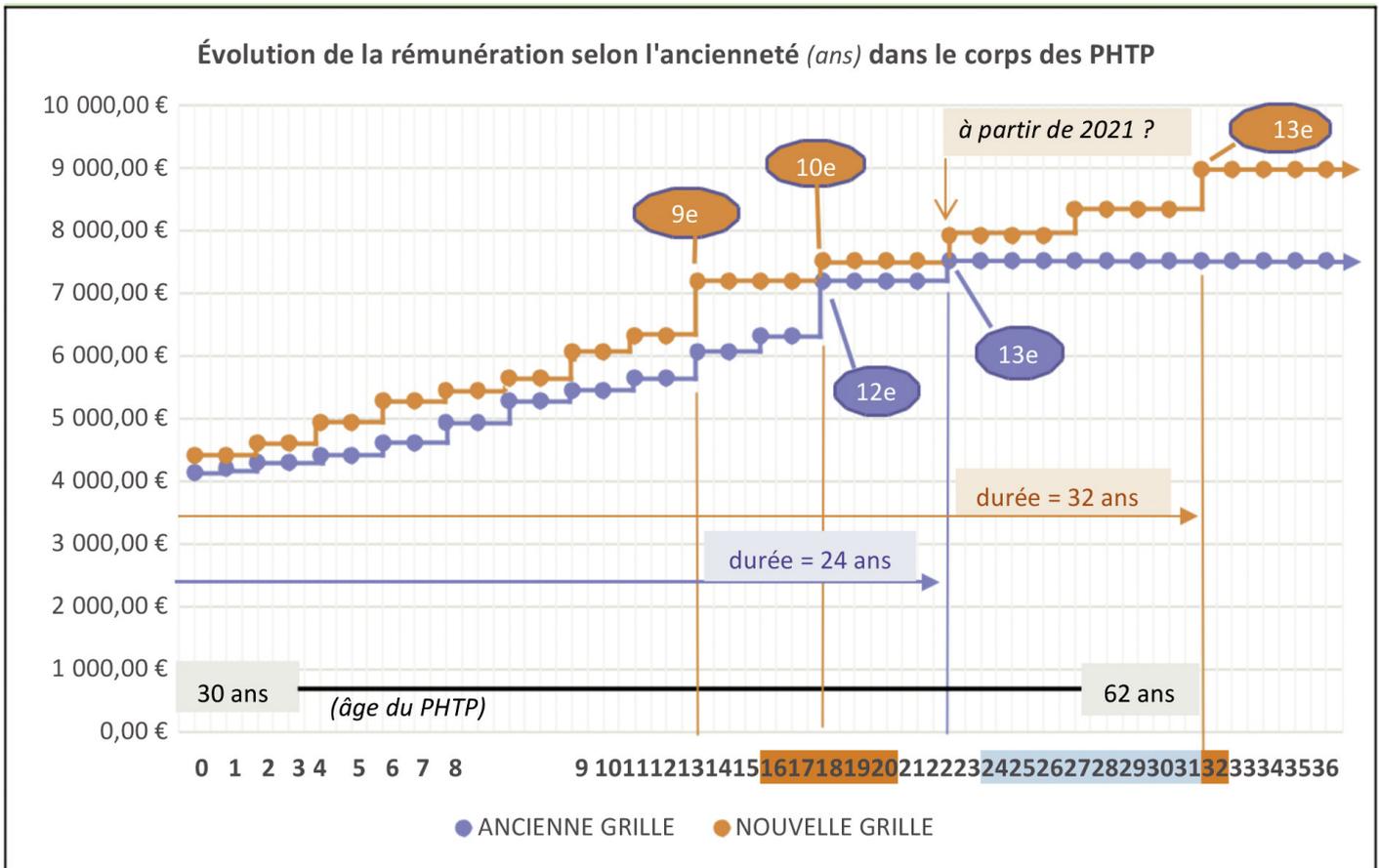
- que l'effort de revalorisation a surtout porté sur les fins de carrière et très peu sur les débuts de carrière ;
- que les pentes de progression de l'ancienne et de la nouvelle grille sont quasiment parallèles sur les seize premières années de la carrière, signant le peu d'efforts de revalorisation sur cette période ;
- qu'il faut attendre néanmoins 16 ans d'ancienneté pour commencer de manière conséquente à bénéficier de cette revalorisation, 24 ans pour en bénéficier pleinement et 32 ans pour en bénéficier

quoi plomber l'attractivité de cette nouvelle grille !

- que dans la nouvelle grille finale l'accès aux rémunérations supérieures à 7 000 € se fait néanmoins 4 ans plus tôt que dans l'ancienne grille. En effet, cet accès se produisait au niveau du 12^e échelon de l'ancienne grille ; maintenant il se situe au niveau du 9^e de la nouvelle grille finale, soit 4 ans de gagnés

En conclusion, il ne peut être nié qu'une certaine revalorisation de la carrière des PHTP a été proposée. Sous le maître mot d'attractivité, cette revalorisation avait deux objectifs principaux : attirer des jeunes à entrer dans une carrière médicale hospitalière et garder dedans les moins jeunes et les plus anciens qui ont, de plus en plus, des velléités de s'échapper. En d'autres termes, il s'agissait de concurrencer efficacement le recrutement des établissements privés de santé à but lucratif ou non. Cependant, outre le leurre de la suppression des trois premiers échelons pour les réintroduire quelques mois plus tard, si sont considérés :

- l'absence de revalorisation immédiate de la grande majorité des PHTP (en dehors des trois premiers échelons et du 13^e avec 4 ans d'ancienneté) qui ne bénéficieront que d'une revalorisation retardée et étalée ;



■ le faible niveau de revalorisation des premiers échelons au contraire d'un haut niveau pour les derniers. Pour mémoire, le SNPHARE et les intersyndicales avaient demandé une entrée dans la carrière au niveau du 6^e ou 7^e échelons de l'ancienne grille, soit environ 5 200 €, et une fin de carrière aux alentours de 10 000 €. Certes l'ISPE augmentée à 1 000 € et accessible dès

la période probatoire, permet d'avoisiner ces valeurs, mais ce n'est qu'une indemnité avec tous les aléas que cela comporte ;

- l'allongement de la carrière à 32 ans pour atteindre le dernier échelon, avec pour conséquence un bénéfice de ce dernier au-delà de 62 ans ;
- une ancienneté encore de 16 ans pour atteindre des niveaux de rémunération supérieurs à 7 000 € bruts mensuels ;
- d'une augmentation de la rémunération sur l'ensemble de la carrière de seulement 11% et étalée sur 32 ans, l'atteinte de ces objectifs semble plus que difficile, voire illusoire.

Tableau 6 : % d'augmentation par échelon selon l'ancienne et nouvelle grilles

% d'augmentation par échelon	Ancienne grille	Nouvelle grille
1 ^{er} > 2 ^e	1,70	4,45
2 ^e > 3 ^e	2,34	7,00
3 ^e > 4 ^e	2,61	7,11
4 ^e > 5 ^e	4,45	3,19
5 ^e > 6 ^e	7,00	3,60
6 ^e > 7 ^e	7,11	7,45
7 ^e > 8 ^e	3,19	4,16
8 ^e > 9 ^e	3,60	13,69
9 ^e > 10 ^e	7,45	4,43
10 ^e > 11 ^e	4,16	5,55
11 ^e > 12 ^e	13,69	5,26
12 ^e > 13 ^e	4,43	7,50

Jean GARRIC, Anesthésiologiste réanimateur, Praticien Hospitalier Honoraire

Pour la liberté
Pour l'égalité
Pour la fraternité

...
à l'hôpital public

**Les PH font la grève
des soins
le 11 janvier 2021**

« 2 échelons pour tous et la 5ème DJ pour 24 heures », cela nous a été refusé au Ségur. L'instruction publiée fin août – avant la parution de la réglementation ! – par la DGOS et le CNG, et le scandale des modalités de reclassement, ont été dénoncés par les syndicats. Nous avons à plusieurs reprises demandé la modification du décret à venir lors de nos rencontres au ministère. Nous nous sommes heurtés à un mur. Pas d'autre solution que la voie juridique, une fois de plus.

Le décret du 28 septembre 2020 fait donc l'objet d'un recours en Conseil d'État pour rupture d'équité entre les praticiens, dans lequel le SNPHARE a embarqué l'ensemble de nos intersyndicales réunies dans Action Praticiens Hôpital. Le syndicat Jeunes Médecins avec qui nous sommes liés depuis les élections de 2019 a également déposé un recours. Les conférences de PCME soutiennent ces recours et se sont exprimés dans ce sens.

Vous avez été très nombreux à répondre à l'enquête sur les arrêtés de reclassement et à donner votre avis sur la réforme statutaire en cours (voir les résultats : <https://snphare.fr/fr/blog/posts/enquete-snphare--80--des-ph-sondes-sont-mecontents>). Et beaucoup d'entre vous ont fait des recours gracieux et/ou au tribunal administratif.

À l'heure où nous écrivons, nous n'avons pas d'information ni sur les résultats des démarches juridiques ni même sur une date d'examen en Conseil d'Etat. Nous avons interpellé le ministère à plusieurs reprises mais la reconnaissance des 4 années d'ancienneté n'est toujours pas actée.

Nous vous appelons donc à vous mobiliser à partir du lundi 11 janvier 2020 pour une grève illimitée des soins non urgents et urgents ! Plus nous serons nombreux, plus nous aurons de chance de gagner ce bras de fer avec le ministère !

Assemblée générale du SNPHARE Zoom the date

L'assemblée générale du SNPHARE initialement prévue en janvier 2021 est repoussée au vendredi 12 mars 2021 en visioconférence. Nous vous tiendrons informés au fur et à mesure des modalités de connexion via notre site internet, ou nos comptes Facebook et Twitter.

Calcul du temps médical et d'un effectif-cible : utilisons les outils de l'ANAP !

La répartition des ressources médicales se fait dans les établissements sans analyse objective des besoins. Actuellement, ces derniers sont estimés à partir des données de facturation pour apprécier la productivité médicale sans prendre en compte les activités extra-cliniques. L'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance) propose un outil d'autoévaluation, destiné aux médecins pour définir les besoins en temps médical, de disposer d'un argumentaire objectivé des besoins et favoriser le dialogue médical en matière d'organisation des unités de soins. Le SNPHARE a utilisé cet outil et vous fait part de son expérience.

COMMENT MIEUX ÉVALUER LES BESOINS EN TEMPS MÉDICAL EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ?

Tout simplement en procédant à un calcul du temps médical! Quels sont les objectifs de ce calcul? (<http://ressources.anap.fr/ressourceshumaines/publi-cation/2730>):

- Avoir des données quantitatives, qualitatives, objectivées et vérifiables.
- Considérer le champ des activités cliniques et non cliniques.
- Acculturer l'administration à l'idée que la production médicale ne se limite pas à la réalisation d'actes facturables.
- Objectiver les anomalies de fonctionnement (dépassements d'horaires, cumuls de responsabilités, interruptions de tâches).

L'ANAP utilise une méthode ascendante et participative en trois étapes:

- Description de l'existant et évaluation des besoins en temps médical actuels du service.
- Projection vers un fonctionnement optimal du service et évaluation des besoins ajustés.
- Élaboration de scénarios d'organisation dans le cadre de projets et évaluation prospective des besoins en temps médical liés.

“ L'ANAP considère donc qu'une garde de 24h équivaut à 5,4 demi-journées ! ”

des activités. Un tableur téléchargeable sur le site de l'ANAP s'utilise idéalement en équipe médicale et permet de décrire les activités, cliniques et non cliniques, et d'évaluer les besoins hebdomadaires et annuels en temps médical. Il est possible de paramétrer la composition de l'équipe médicale, le nombre et l'intitulé des activités.

Les avantages :

- Parler du travail réel en équipe.
- Constater les dépassements des obligations réglementaires (temps invisible et mal évalué des activités non cliniques).
- Mettre à plat collectivement la répartition des missions de chacun pour éviter que des situations s'enkystent.
- Identifier les interruptions et cumuls de tâches.
- Prévoir des espaces « respirations » dans le calcul de consommation du temps pour préserver les échanges indispensables, informels, voire conviviaux entre praticiens.
- S'interroger sur la poursuite d'un mode d'organisation non pertinent, incompatible à la fois avec la sécurité des soins et avec les conditions de travail des équipes. Grâce à cet outil, qui permet de mesurer le temps médical soit en heures, soit en demi-journées, le SNPHARE a fait une simulation : la demi-journée équivaut dans l'outil proposé à 4,4 heures.

L'ANAP propose des exemples types de trames organisationnelles pour une description exhaustive

L'ANAP considère donc qu'une garde de 24h équivaut à 5,4 demi-journées!

Cet outil doit être utilisé pour mesurer le temps réel au travail dont le travail non-clinique, mettre en évidence le sous-effectif médical et pour demander des moyens supplémentaires ou de la réduction d'activité en adéquation avec les effectifs présents afin de préserver les équipes. Il s'agit d'un outil à utiliser en interne dans les établissements. La généralisation n'est pas possible, car chaque organisation est différente et non comparable du fait de ses contraintes, de son case mix (cas pris en charge dans un établissement donné) et de la multiplicité des statuts des praticiens.

Une fois le calcul des besoins optimums en temps médical vis-à-vis de l'organisation du service, l'ANAP propose un second guide : la synchronisation des temps des intervenants autour du patient pour éviter le manque de coordination au sein de l'équipe, source d'EIG (événements indésirables graves) et d'usure (ex : attente entre professionnels, interruptions de tâche, recherche du bon interlocuteur ou de l'information manquante, incertitude dans l'organisation du travail...).

LA SYNCHRONISATION

<http://ressources.anap.fr/temps/publication/2581>

Les objectifs sont : la qualité et la sécurité des soins, le bien-être au travail, et l'efficacité médico-économique.

La désynchronisation des intervenants auprès du patient touche tous les acteurs du soin dans leur quotidien, du fait qu'elle est responsable des irritants du quotidien.

Le premier préjudice affecte le patient : ce dernier attend l'information qui le concerne, ses soins, son traitement, la décision de sa sortie, etc. Cette attente, souvent anxiogène, peut affecter la durée de ses soins, voire ses chances de guérison. De plus, une mauvaise organisation de son parcours hospitalier peut conduire à une déprogrammation inopinée de certains soins (bloc, imagerie, consultations, etc.), affectant ses conditions de prise en charge, voire un report de sa sortie. Enfin, la désynchronisation au sein de l'équipe médico-soignante induit souvent des injonctions contradictoires et des discordances d'informations bien perçues par le patient et sa famille...

L'équipe médico-soignante est la deuxième victime de la désynchronisation. D'abord parce que chacun

passé souvent beaucoup de temps à attendre l'autre, ce qui est ressenti, lorsque c'est récurrent, comme une forme de mépris interindividuel ou vis-à-vis du métier de l'autre. De plus, ce retard devra être rattrapé, soumettant le professionnel de santé à une pression de production source de stress et d'erreurs. Enfin, la désynchronisation des activités au sein de l'équipe médico-soignante est la principale responsable des interruptions de tâches, facteur d'accroissement de la charge mentale, de sentiment de dispersion et, là encore, de risque d'erreurs.

Quant à l'efficacité médico-économique de l'établissement, elle est inévitablement affectée par les temps d'attente et les déprogrammations conduisant à la fois à une baisse de la capacité de production de soins et à une dégradation de l'image de la structure. Par ailleurs la mauvaise anticipation des congés et absences conduit trop souvent à une discordance entre les présences médicales et soignantes, obligeant à recourir à des dépenses d'intérim. Enfin, l'altération des conditions de travail liée à la désorganisation est responsable d'une augmentation de l'absentéisme et du turnover des professionnels, ainsi que d'un manque d'attractivité de l'établissement.

“ La désynchronisation des intervenants auprès du patient touche tous les acteurs du soin dans leur quotidien du fait qu'elle est responsable des irritants du quotidien. ”

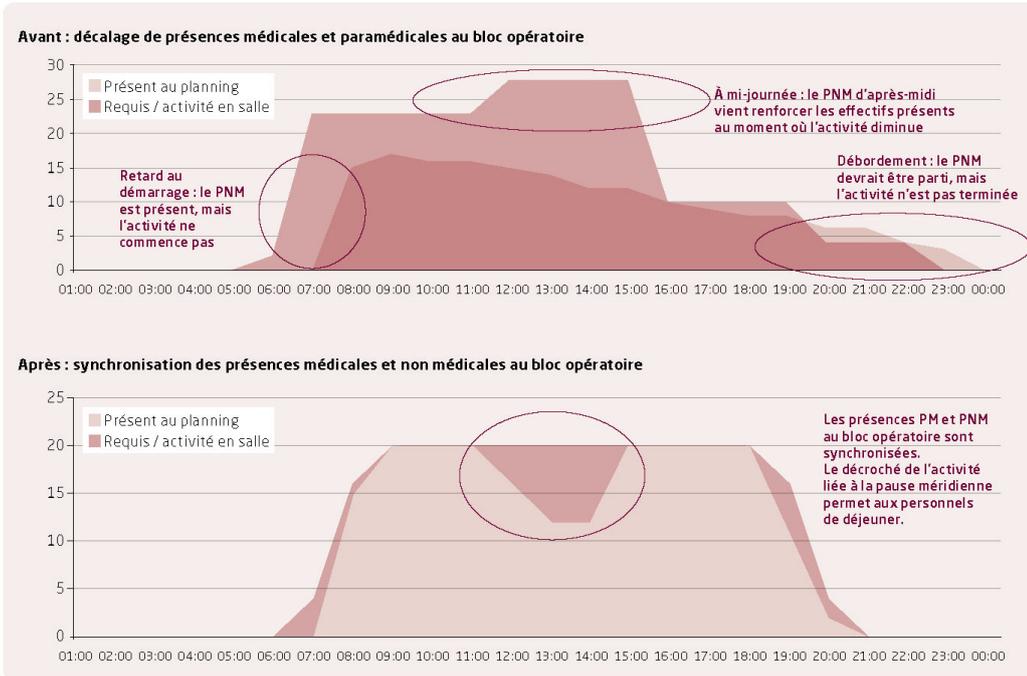
Mais la désynchronisation des membres d'une équipe de soins n'a pas que des impacts évidents tels que décrits plus haut. Elle atteint aussi et de manière insidieuse le sens du « collectif », ce qui fait que chacun, dans son métier, se sent synergique de l'autre. La

désynchronisation, parfois larvée et ancienne, passe souvent inaperçue. Elle devient à la fois cause et conséquence d'une déstructuration d'équipe. Elle est conséquence quand les préoccupations individuelles dominent. Elle est cause quand la désorganisation s'installe avec son cortège d'irritants qui n'épargnent personne. Elle affecte tout autant les soignants entre eux et les praticiens entre eux. Elle dégrade enfin le sens du travail avec une impression d'inachevé et un sentiment d'insatisfaction, voire d'insécurité.

Dixit l'ANAP, la synchronisation :

■ doit être « préalable à toute demande de ressources supplémentaires, il est inutile de rajouter des moyens à une organisation défailante »,

Synchronisation des présences au bloc opératoire



- est « source d'attractivité »,
 - évite « les irritants du quotidien et les EIG ».
- Elle doit être transversale, « fondue dans la dynamique générale de l'établissement et incluse dans la cartographie des projets institutionnels avec identification des moyens et modalités d'articulation avec les autres projets ». Elle doit être portée par un trinôme administratif, soignant, praticien.

La méthodologie se calque sur une démarche d'amélioration continue collective :

- lister les irritants,
- chercher les causes racines,
- analyser (diagnostic de la désynchronisation des temps),
- déterminer et mettre en œuvre un plan d'action,
- évaluer.

Elle a l'avantage de faire se réunir des équipes autour de l'élaboration du travail, de la discussion du travail réel, et doit, pour être efficace, avoir l'appui logistique de l'établissement. Par ailleurs, cette méthode est chronophage, prend du temps de réunion, d'analyse etc., du temps non clinique, qui doit être pris en compte. Ce temps-là ne doit pas se faire en sus du travail quotidien. De plus, ce concept nécessite déjà pour s'organiser de la coordination entre intervenants ! Pour être efficace, il devra vraiment être utilisé pour améliorer le quotidien des équipes avec des résultats visibles par tous.

CES PETITS RIENS QUI FONT LA DÉSynchronISATION ET LE LIT DES IRRITANTS....

- ▶ **Le retard au démarrage.** Il est souvent dénoncé, mais rarement bien analysé. Il répond à des causes multiples dont la plupart sont liées à une désynchronisation dans la chaîne de prise en charge du patient :
 - Patient non prévenu de son heure de passage au bloc ;
 - Horaire de passage au bloc non connu du service de chirurgie (parce qu'il a été changé sans que personne ne le sache...);
 - Dossier non prêt;
 - Brancardiers mal informés;
 - Ascenseur sur-occupé;
 - Embouteillage à l'arrivée au bloc opératoire;
 - Matériel requis indisponible;
 - Indisponibilité d'un anesthésiste sur chaque salle au même moment;
 - Controverses sur l'induction anesthésique en l'absence du chirurgien.
- ▶ **Le temps inter-intervention.** Chaque acteur le mesure à sa façon et l'adapte à sa convenance; l'équipe se démobilise :
 - Le chirurgien qui laisse l'interne terminer l'intervention pour quitter le bloc opératoire, promet de revenir « dès qu'on l'appellera »...
 - L'IBODE ne se presse pas pour appeler le malade suivant et l'appel du brancardier n'a pas été anticipé car il n'y a pas de concertation au sein de l'équipe;
 - Les organisations et les interfaces ne sont pas formalisées : chacun prend son temps (« et si on pouvait manger vite fait un petit bout... »).

Ségoène Arzallier-Daret, administratrice du SNPHARE

Vaut-il mieux être patient COVID ou non COVID ?

La réponse peut paraître évidente, mais...

Le récit de Francis Vuillemet, neurologue, administrateur du SNPHARE

Dans une région très touchée par la première vague, comme le fut l'Alsace, le leitmotiv des instances administratives fut, après celle-ci, quelque chose qui pouvait ressembler de près ou de loin à : « on a quand même bien géré ». Comme une sorte de refrain, qu'on aurait du mal à ne pas reprendre. Mais n'était-ce pas plutôt, au fond, une sorte de mantra ? Quelque chose qui pourrait signifier : « on s'en est mieux tirés qu'on aurait pu le craindre » ; voire même : « on l'a échappé belle ». Dans ce tourbillon, que sont devenus les « autres » patients et comment ont-ils été pris en charge ?

« ON L'A ÉCHAPPÉ BELLE » !

Dont acte : soignants vous êtes là pour soigner et ça s'est plutôt bien passé. Passé ? Êtes-vous bien sûr, que c'est passé ? Chercher des failles après la bataille aurait quelque chose de malséant, indécent presque, qu'on se le dise. Mais si la proposition « on l'a échappé belle » peut aussi parler aux soignants, c'est possiblement avec un sens bien différent.

À part l'apprentissage -théorique- du tri des victimes pendant les classes, au service militaire, je n'avais personnellement jamais connu, dans ma pratique en trente ans de carrière, une pareille hécatombe. Nombre d'entre nous ont aussi eu peur pour leur peau : je crois qu'il faut avoir le courage de l'avouer. Ainsi, au reflux de la première vague, du côté des médecins et des paramédicaux, on était surtout meurtris, ravis qu'une accalmie semble vouloir se dessiner ; et, surtout, plus jamais ça...

Héros ? Mais oui, héros.

« ON L'A ÉCHAPPÉ BELLE 2 » !

Le nombre des victimes de la COVID n'est un secret pour personne. Tout le monde le sait, les caméras sont pointées sur elles et le décompte quotidien des personnes décédées est là pour le rappeler, telle une macabre litanie, pour ceux qui voudraient essayer d'oublier. Mais, pendant ce temps, que sont devenus les autres patients ? Comment ont-ils été pris en charge ?

C'était bien écrit un peu partout dans les hôpitaux : ici, circuit COVID, là, circuit non COVID.

Comme si le virus avait la capacité de lire nos panonceaux et de respecter les frontières, bien artificielles, qu'on lui indiquait.

Car le coronavirus est transgressif : bien incapable de tenir compte ne serait-ce que du long délai de rendu des tests PCR, pourtant crucial dans le contexte du manque de lits que l'on connaît dans les hôpitaux, sans compter de possibles faux négatifs... Bref, le SARS-Cov2, comme tout virus, reste invisible.

Pour rester dans la thématique des germes, on pourrait s'étonner tout autant, d'ailleurs, de l'apparente disparition des bactéries multirésistantes, ou plutôt très certainement de leur recherche et de leur suivi plus ou moins systématique au sein des hôpitaux (certains patients se passeront peut-être, non sans joie, d'un écouvillon anal hebdomadaire ?) ; comme si c'était devenu là une préoccupation secondaire.

LES PATIENTS ORDINAIRES

Mais revenons-en aux autres patients, les non COVID, les patients « de d'habitude », les patients « ordinaires ». On avait parfois l'impression que l'épidémie les avait fait disparaître. Ou occultés.

Mais passé une sidération initiale bien compréhensible, comment imaginer, par exemple, que l'incidence des AVC ait diminué ? Évidemment, il n'en fut rien. Mais si l'incidence globale des AVC n'a pas changé, tout comme le nombre des admissions, le nombre de patients admis dans un délai permettant d'envisager une procédure de revascularisation (thrombolyse IV et/ou thrombectomie), a quant à lui, bel et bien chuté :

“ **Comment imaginer que l'incidence des AVC ait diminué ? Évidemment, il n'en fut rien !** ”

entre 30 et 40 % plus faible que l'année précédente à la même période. Et clairement, certains patients victimes d'AIT ou d'AVC mineurs ne sont tout simplement pas arrivés jusqu'en UNV.

LE PARCOURS DU COMBATTANT

- Du centre 15, historiquement service d'aide médicale urgente, mais dont l'étendue des missions n'a cessé de s'étendre au fil des années, pour devenir avant l'heure une sorte de numéro unique de recours médical : premier goulot d'étranglement, quand les appels se sont multipliés et malgré les renforts formés à la hâte. Avec pour conséquence, une inévitable augmentation des temps d'accès et/ou d'attente.
- Saturation des capacités de transport, ensuite ; là où parfois, déjà d'ordinaire, un transfert inter-hôpitaux non médicalisé doit attendre sagement son tour (dernier demandé, dernier réalisé) ; et comment ne pas considérer l'impact des temps d'habillage - déshabillage des ambulanciers, dans leurs scaphandres COVID...
- Arrivée aux urgences enfin, où la notion de filière était inévitablement plus compliquée à respecter, eu égard à l'afflux massif et là aussi trié des patients.
- Saturation des soins de suite enfin, des unités de MPR ayant été reconverties en unités COVID.

Toutes pathologies confondues, il y eut ainsi les patients qui n'osaient pas venir, sachant que l'hôpital concentrait les malades et donc des virus, avec la crainte entendable de risquer d'être contaminé (comme, par exemple, les patients sous immunosuppresseurs ou ceux qui se sentaient plus vulnérables). Il y eut ceux aussi qui ne savaient plus ce qu'ils pouvaient faire, s'ils devaient venir ou non : urgences ou prudence ? Urgence relative, mais qui finit par en devenir une vraie...

Et il y eut ceux, aussi, pour qui la prise en charge n'a pas été ce qu'elle aurait pu être, s'il n'y avait pas eu

l'épidémie : interventions déprogrammées, examens et du coup diagnostics retardés (cancers), prise en charge sur un mode dégradé.

VISIO, TÉLÉTRAVAIL, SMARTPHONE... NOUVEAUX MODES DE TRAVAIL ?

Peut-on dire, par exemple, qu'on fait de la téléconsultation, quand on ne fait en réalité qu'une consultation téléphonique ? Faute d'équipements adéquats pour procéder autrement, à l'heure où, pourtant, on converse y compris même en famille en « visio » ? Faut-il utiliser sa webcam personnelle, à défaut d'équipement *ad hoc* accessible dans le service ? Ou bien son téléphone portable personnel ? Le smartphone est-il un nouvel outil de travail ?

Ceci pose de réels problèmes, notamment celui du secret médical, de la confidentialité des échanges (pour les patients, mais aussi pour les numéros qui s'affichent automatiquement).

Et puis, si l'on parlait aussi de la valorisation des actes ? Comment sont comptabilisés aujourd'hui les actes de téléexpertise à l'hôpital public ? Vaste sujet. Que se passe-t-il aussi si, en facilitant les accès extérieurs à l'outil de travail informatique par exemple, on est du coup davantage sollicité dans le cadre d'une astreinte, mais tout en se déplaçant moins ? Or, seuls les déplacements physiques et le temps de travail sur site ouvrent droit à une indemnisation spécifique. Alors, travailler plus, pour gagner moins ? On a l'impression, hélas, que ce sujet sensible est régulièrement éludé.

À LA GUERRE COMME À LA GUERRE

Le fait d'avoir son médecin au téléphone, plutôt qu'une absence totale de contact, a, certes, pour les patients, quelque chose de rassurant. Est-ce suffisant ? Parfois, ça peut l'être. Mais pas toujours. L'expérience a montré qu'un patient parkinsonien, pour lequel tout semblait aller plutôt bien par téléphone, s'est avéré quelques mois après, lors d'une consultation présentielle cette fois-ci, plutôt mal équilibré, tout en ayant, pourtant, augmenté de son propre chef ses posologies de Lévodopa...

Ou bien une autre patiente, atteinte, elle, de sclérose en plaques, se disant fatiguée dans un contexte infectieux, mais qui lors d'une hospitalisation programmée en hôpital de jour ne marchait plus qu'avec peine, dans le contexte d'une authentique poussée sévère et dont l'hospitalisation de jour s'est transformée *in fine* en hospitalisation conventionnelle...

Certes, on pourrait évoquer là des cas anecdotiques. Pourtant, comment imaginer qu'un système, déjà en permanence sous tension, puisse assumer sans déborder ni y perdre en qualité une telle déferlante ?

PRUDENCE ET OPTIMISME

S'il est un élément positif, ici, c'est que la déprogrammation, organisée pour certains patients, spontanée pour d'autres, a permis de libérer des places et des moyens. Mais malgré la faculté d'adaptation dont ont su ou dû faire preuve les personnels soignants au sein de l'hôpital, la réorganisation ne s'est pas toujours passée d'une manière aussi simple et fonctionnelle.

Sans parler de l'aspect humain. Des confrères d'autres spécialités se sont soudainement retrouvés parachutés « Covidologues ». Mais comment, quand on est rééducateur ou infirmière en rééducation, par exemple, gère-t-on et vit-on une telle transition, dont la confrontation à des décès en série, alors que c'est

“

**Restons optimistes,
mais ne nous ne laissons pas
abuser par le chant des sirènes**

”

dans la pratique habituelle d'un service de rééducation un évènement exceptionnel (non pas qu'on banalise davantage un décès dans un service de soins palliatifs, mais simplement, on y est mieux préparé). Si les renforts sont louables, il ne faut pas oublier, non plus, qu'ils se sont faits souvent aux dépens des endroits d'où venaient lesdits renforts. Ce n'est pas comme si les effectifs étaient pléthoriques.

La deuxième vague tant redoutée, déjà est arrivée. Aura-t-on su tirer les leçons de la première ?

Restons optimistes, mais ne nous ne laissons pas abuser par le chant des sirènes.



Plaidoyer pour la reconnaissance du temps syndical pour les praticiens hospitaliers

Le droit syndical est un droit constitutionnel. En effet, l’alinéa 6 du préambule de la constitution du 27 octobre 1946 en pose le principe fondamental : « Tout homme peut défendre ses droits et ses intérêts par l’action syndicale et adhérer au syndicat de son choix. » Les alinéas 5, 7 et 8 affirment les principes qui régissent le travail et seront repris dans les Lois qui en découleront. Pour résumer, chacun a le devoir de travailler et le droit de défendre ses conditions collectives de travail par l’intermédiaire de ses délégués. Fort de ce grand principe républicain, le législateur a, au fil des années, traduit en lois et règlements ce droit constitutionnel fondamental.

UN COMBAT

L’histoire montre que ce droit n’a pas été simple à obtenir. Au 18^e siècle, lors de la première révolution industrielle, les groupements corporatistes qui représentaient alors les professions et métiers sont interdits. Ils sont rétablis en 1864, presque un siècle plus tard, et légalisés en 1884 par Pierre Waldeck-Rousseau alors ministre de l’Intérieur, personnage historique que beaucoup de Nantais connaissent bien. Les libertés syndicales sont rétablies après la seconde guerre mondiale, en particulier dans la fonction publique qui en était partiellement privée et deviennent ensuite un droit constitutionnel.

Au « pays des libertés » l’instauration de contre-pouvoirs n’est donc pas toujours allé de soi, et certains de nos compatriotes qui s’étaient engagés sur ce chemin l’ont payé au prix fort. C’est malheureusement souvent à ce prix que les démocraties grandissent.

L’exercice syndical étant désormais un droit, il s’agit maintenant de l’exercer pleinement. À cette fin, toutes les organisations syndicales ont réussi à obtenir du temps pour les délégués et autres administrateurs. Ce temps est financé par l’employeur ou les tutelles et la fonction publique (dont les PH ne font pas partie) n’y échappe pas. Ce temps dédié à cette activité peut prendre la forme de congés, d’autorisations spéciales d’absence, de décharges d’activité de service ou de détachements ou de mises à disposition auprès d’une organisation syndicale.

Selon les corps de métier, la quotité de temps attribué

aux organisations syndicales dépend du nombre d’électeurs inscrits sur les listes électorales pour les élections professionnelles ou le nombre d’heures effectuées par ces derniers. Celui-ci est ensuite réparti en fonction des résultats obtenus à ces mêmes élections. Les modes de calcul sont tous différents et aboutissent toujours à un nombre conséquent de représentants syndicaux pouvant exercer leur mandat.

LES PH OU L’EXCEPTION ?

Tous les corps de métier bénéficient de telles mesures et c’est encore plus vrai dans celui des agents publics dont les praticiens hospitaliers font partie. Pourtant, malgré un droit d’exercice syndical reconnu dans le statut de praticien hospitalier depuis 1984 (article R6152-73), ce droit ne nous était jusqu’à présent que peu ou prou reconnu. Et pour cause, le fameux arrêté d’application dont il est question dans cet article n’a jamais été publié.

La plupart du temps, les directions hospitalières accordent des autorisations spéciales d’absence aux membres des organisations syndicales médicales qui en font la demande. Ce n’est malheureusement pas toujours le cas, et le flou réglementaire qui perdure autour de cette question dans le contexte hospitalier actuel ne favorisent pas cet exercice syndical.

Afin d’avoir quand même quelques interlocuteurs pour négocier, la direction générale de l’offre de soins (DGOS) finançait

six postes temps plein répartis au sein des intersyndicales représentatives. Les premières discussions sérieu-

“ **Le dialogue social et les contre-pouvoirs sont nécessaires pour maintenir une démocratie vivante.** ”



ses avec nos tutelles sur ce sujet ont commencé en 2012. L'obtention du Conseil Supérieur des Professions Médicales (CSPM) en 2018 a été notre première victoire. Cette instance est chargée de « valider » l'ensemble des textes réglementaires qui régissent nos professions et nos statuts. Depuis des années, le Conseil d'État qui examine chacun des textes réglementaires faisait remarquer au ministère de la Santé l'absence de validation du texte par une telle instance, et il semblait de plus en plus difficile aux différents gouvernements de continuer à rédiger des règlements dans cette insécurité juridique permanente.

Le CSPM ayant été créé, les intersyndicales (APH, regroupant la CPH et Avenir Hospitalier), dont fait partie le SNPHARE, ont poursuivi leurs demandes sur le même chemin en demandant congés, décharges, autorisations spéciales et détachements.

Pour ne pas paraître trop ou insuffisamment exigeants, nous avons pris attache auprès d'organisations syndicales représentant d'autres corps de métier pouvant sembler assez similaires ou apparentés, ce qui nous a permis de voir ce qui était accordé aux autres mais pas à nous. À titre d'exemple, et sous réserve de la véracité de ce que l'on a bien voulu nous communiquer, 13 ETP financés pour environ 10 000 directeurs d'établissements de santé et 16 ETP pour 8 000 magistrats, et cela ne concernant que les mises à disposition ou les décharges. Que doit-il alors en être pour le corps des praticiens hospitaliers (environ 50 000), des hospitalo-universitaires (environ 6 500) et celui des non-titulaires (environ 30 000) ?

UN SYNDICALISME FORT ET APAISÉ

Nous sommes bien sûr favorables à la création d'un dispositif simple, qui permette à la fois de conforter le dialogue national au niveau des différentes intersyndicales et de favoriser l'émergence d'un syndicalisme médical hospitalier au niveau local et régional.

Pour ce faire, nous souhaitons que les mises à disposition

et les décharges soient regroupées au sein d'un dispositif appelé crédit global de temps syndical, au niveau national, et que les dispositifs des autorisations spéciales d'absence et des congés soient précisés et étendus à l'ensemble du territoire français.

Nous demandons donc la création de 150 équivalents temps pleins

pour le crédit global à répartir au sein des différentes intersyndicales en fonction des résultats obtenus aux élections pour le CSPM, ainsi que le maintien du régime des autorisations spéciales d'absence.

La période dans laquelle nous vivons aujourd'hui nous montre à quel point la démocratie est précieuse et qu'il est de la responsabilité de chacun de la défendre ainsi et que les libertés qu'elle nous accorde. Le dialogue social et les contre-pouvoirs sont nécessaires pour maintenir une démocratie vivante et prévenir la confiscation de celle-ci par des acteurs économiques, religieux ou politiques. En cela, le syndicalisme constructif, structuré et organisé doit y prendre toute sa place et veiller ainsi au respect des grands principes sociétaux qui ont jusqu'à présent toujours porté notre pays.

Yves Rébufat, trésorier adjoint du SNPHARE, past president

“ **L'exercice syndical
étant désormais un droit,
il s'agit maintenant
de l'exercer pleinement.** ”

Le « dialogue social » du Nouveau Monde révélé par le Ségur de la santé

La première vague de la crise COVID a accouché du SEGUR. Retour sur l'acte fondateur d'un exécutif mené par un ministre de la Santé et d'une politique qui exploite la rupture ouverte par la crise sanitaire pour avancer d'un cran le programme de son mentor.

LE POISON FRANÇAIS ?

Le Ségur de la Santé est l'acte révélateur d'une posture politique singulière : ni de droite, ni de gauche, ou « en même temps » ou de la république du centre appliquée au dialogue social. Cette posture n'est qu'un nouvel avatar de l'« extrême centre », vieux courant politique accouché de la révolution bien décrit par Pierre Serna (« *L'extrême centre ou le poison français* »). Ce point est important pour saisir ce qu'est devenu le dialogue social dans le Nouveau Monde. En effet, c'est un courant qui tente de placer le pouvoir exécutif au-dessus du législatif. D'abord en se plaçant délibérément au-dessus des partis mais aussi, au-dessus du cadre législatif du Vieux Monde, ici en exploitant pleinement la crise COVID adossée à un système de l'état d'urgence permanent. Le cadre législatif du dialogue social, qui repose sur un principe représentatif issu des élections professionnelles et qui le sécurise, n'a pas échappé à ce mouvement, d'abord de décrédibilisation puis ensuite de contournement des forces représentatives accusées de scléroser un système dénoncé exagérément en crise.

Le Ségur va plus loin que cela. Il signe une bascule, orchestrée par le ministre de la Santé, implacable d'un exécutif autoritaire. C'est un assèchement de la substance démocratique du dialogue social qui a été exécuté. L'exécutif du « juste milieu » ou mieux nommé de l'« extrême centre » a utilisé le Ségur pour exclure les représentations professionnelles qui auraient le mauvais goût de discuter les propositions ministérielles (jugement du Conseil d'État en faveur d'APH et jugement du Conseil d'État en défaveur de la CGT). Cette bascule déplace les lignes de forces du combat syn-

dical. C'est devenu un combat pour que l'exécutif ne supplante pas le législatif.

LE DIALOGUE SOCIAL DANS LE VIEUX MONDE

Dans le monde d'avant, le dialogue social s'inscrivait dans un cadre législatif bien balisé pour le privé (loi du 22 août 2008, 15 août 2015) et en cours de transposition pour le public. Ce défaut historique est bien souligné, entre autres, dans le rapport du Sénat en préparation du projet de loi relative à la rénovation du dialogue social, et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique de 2010 (<https://www.senat.fr/rap/109-485/109-48510.html>) : « L'État, employeur unique et pour tout dire « désincarné », s'oppose à la réalité du dialogue social dans les fonctions hospitalières et territoriales qui réunit responsables et délégués ». Pour les PH, la récente tenue des élections professionnelles puis la nouvelle création du CSPM sont les premiers jalons d'un espace de dialogue social pour le public, dont l'employeur est l'État.

Les jalons du dialogue social sont bien identifiés par le cadre législatif qui est effectif pour le privé. Pour rappel, l'objet de ces lois est de simplifier et hiérarchiser les obligations d'information, de consultation et de négociation dans l'entreprise, pour que le dialogue social y soit plus vivant et plus stratégique. Pour le législateur, il est attendu que toute

transformation réglementaire doit avoir préalablement fait l'objet non seulement de discussions, mais d'une consultation/concertation puis d'une négociation avec les représentations professionnelles élues concernées d'après des critères de représentativité

“ Pour les différentes organisations syndicales, la conduite du Ségur est la marque d'une posture de l'exécutif qui impose à marche forcée ses solutions. ”

précis. Les jalons de ce dialogue sont bien définis. Une concertation est constituée d'espaces de dialogue définis avec des calendriers de réunions qui bénéficient de comptes-rendus soumis à validations conjointes. Une négociation, stade suivant de la concertation, s'ouvre sur des points précis identifiés avec un calendrier et des modalités précises de validation d'un accord interprofessionnel. La construction d'un accord négocié est bien codifiée. En particulier, le délai de prévenance pour garantir un temps d'examen de l'accord négocié par chaque représentation. Se rajoutent en sus des quorums pour qu'un accord soit entériné (seuils minimaux de représentation des organisations signataires ...).

LE DIALOGUE SOCIAL BASCULE DANS LE NOUVEAU MONDE – LE CAS DU SEGUR

Le dialogue social lors du Ségur comporte plusieurs temps. D'abord, le Ségur à proprement dit s'est décliné en quatre espaces de discussions ou piliers avec un accord cadre du Ségur pour le pilier numéro 1 (les rémunération et carrières). Ensuite, le suivi du Ségur : là encore, ce suivi se décline en un suivi proprement dit de l'accord cadre du Ségur et en une traduction législative ou loi RIST « améliorer le système de santé par la confiance et la simplification ». Lors du Ségur, l'exécutif du ministre n'a pas fait qu'exploiter le retard de transposition au public du cadre législatif du dialogue social du privé. Il a aussi manipulé les espaces de dialogue pour limiter l'expression des représentations professionnelles (les parodies de concertations via des solutions de téléconférences techniquement dépassées, les collectes sélectives de contributions, les rencontres particulières, ...). Sous ce mode de dialogue dégradé, sous le périmètre flou d'une concertation, l'exécutif a donc pu verrouiller un discours modéré qui a exclu la contradiction ou le débat. À titre d'illustration, il est particulièrement significatif que le dialogue sur la gouvernance hospitalière ait été confiné et réduit au rapport CLARIS. La dénonciation des biais de consultation du rapport n'a pas été entendue, et les représentants des professionnels qui n'ont pas été consultés n'ont pas pu s'exprimer. En effet, le rapport CLARIS est arrivé pour effacer tout un travail qui avait été fait au préalable par la DGOS et les organisations syndicales.

Pour les différentes organisations syndicales, la conduite du Ségur comme la construction de l'accord cadre du pilier 1, sont la marque d'une posture de l'exécutif qui impose à marche forcée ses solutions. Celles-ci ont été

élaborées pendant l'exercice du précédent ministère d'Agnès Buzyn, et faisaient l'objet d'un commencement de concertations début 2020 pour construire un cadre de négociations. Il s'agissait des scories d'un dialogue social de l'Ancien Monde. En effet, l'exécutif souhaite aller vite. Le Premier ministre le dit bien. Il ne veut assurément « pas changer le cap, mais changer le rythme ». En substance, la direction de « Ma santé 2022 » était la bonne, notre tort est de ne pas être allé assez vite pour transformer un système bloqué et appauvri. En ligne avec la posture politique de son mentor, ces temps de discussions sont perçus comme superfétatoires pour l'équipe d'Olivier Véran. Il faut aller de l'avant au-delà des opinions ou contingences idéologiques. Pour cet exécutif, les temps de négociation d'un dialogue social sont des freins qui n'ont pas lieu d'être. Quitte à prendre le risque de s'engager dans des transformations mal construites et dont l'impact est insuffisamment évalué. Les inégalités induites par la transformation des grilles des PH sont une terrible illustration du coût de la précipitation et du contournement des temps de concertation. Un jour, il faudra bien que les parties prenantes



à l'origine de la proposition de création de nouveaux échelons inaccessibles aux PH, sauf au prix d'un départ à la retraite à des âges proches de 70 ans, se rendent compte de leur légèreté.

LE DIALOGUE SOCIAL EST DANS LE NOUVEAU MONDE – LE SUIVI DU SEGUR ET LA PROPOSITION DE LOI RIST

Cependant, ce dévouement du dialogue social n'est pas suffisant pour l'exécutif de l'« extrême centre ». Il faut encore aller plus loin pour transformer le système

de soin sans les entraves de la négociation avec les représentations professionnelles. L'exécutif a ensuite détourné le cadre de l'accord du Ségur et son suivi pour continuer à imposer une transformation réglementaire sans négociation préalable avec les représentants professionnels.

L'Ancien Monde s'est alors rebiffé et le Conseil d'État a condamné l'exécutif au titre d'une entrave à la liberté syndicale, donc du dialogue social (Ordonnance du 19 Octobre 2020 – N° 445099). Il est important de souligner les écrits du juge des référés du Conseil d'état :

1 - « Les réunions des groupes de travail auxquels les syndicats requérants demandent à participer n'ont pas seulement pour objet le suivi de l'accord du 13 juillet 2020 mais ont une vocation beaucoup plus large visant à soumettre à l'avis des organisations syndicales diverses mesures, dont certaines ne sont pas expressément mentionnées dans cet accord, concernant le statut des praticiens hospitaliers et leurs conditions d'exercice. Les représentants du ministre ont par ailleurs indiqué, lors de l'audience, qu'il n'était pas prévu de négociation sur ces sujets avant la consultation du Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques, institué par l'article L. 6156-5 du Code de la santé publique, et l'édiction des mesures envisagées ».

2 - « Dès lors que les réunions de ces groupes de travail doivent être regardées comme comportant des négociations ouvertes par les autorités compétentes au niveau national auxquelles les syndicats requérants doivent être appelés à participer en application des dispositions de l'article L. 6156-2 du même Code, l'absence de convocation des requérants à ces réunions porte une atteinte grave et manifestement illégale à leur liberté syndicale, laquelle présente le caractère d'une liberté fondamentale au sens de l'article L. 521-2 du Code de justice administrative ».

L'Ancien Monde a ponctuellement rattrapé le Nouveau Monde. Le temps d'un jugement, le législatif n'a pas été supplanté par l'exécutif. Malheureusement, ce qui a été acquis pour les représentations de PH ne l'est pas pour les représentations des paramédicaux. Le 25 novembre, le ministère, qui avait fait appel à la décision du tribunal administratif du 23 novembre qui donnait droit à la CGT de participer au suivi du Ségur, a

finalement eu gain de cause au Conseil d'État en référé. L'histoire de la dénaturation du dialogue social dans le Nouveau Monde ne s'arrête pas là. La proposition de loi RIST portée par l'exécutif est en décalage avec les conclusions du Ségur. Ces solutions modérées, intermédiaires et issues d'une concertation bien canalisée ne vont pas assez loin. Même les chantres de la transformation de la gouvernance limitée aux propositions du rapport CLARIS déchantent (cf. courriers et communiqués de presse des conférences, fédérations, syndicats, collectifs...). Finalement, l'exécutif exploite sa domination parlementaire pour balayer les conclusions du dernier espace de discussion sur la santé, pourtant déjà fortement préservée des excès des représentations professionnelles dépositaires et acteurs du dialogue social. Les propositions avancées dans cette loi de la majorité n'ont fait l'objet d'aucune négociation. Celles-ci seront probablement retenues au regard de l'équilibre des forces parlementaires actuelles. Elles vont donc transformer le cadre réglementaire des professionnels de la santé sans qu'aucune négociation avec leurs représentants n'ait eu lieu. Finalement, sans qu'un quelconque espace de dialogue social n'ait été ouvert. Cette situation signe le basculement de la république du centre porté par ce vieux parti de l' « extrême centre » vers la république autoritaire.

“
**C'est un pouvoir politique,
un exécutif qui souhaite
supplanter le législatif,
qui met à mal l'existence
du dialogue social.**

Il n'est normalement pas dans le champ d'un syndicat de s'aventurer autant sur le terrain politique. Cependant, c'est bien un pouvoir politique, un exécutif qui souhaite supplanter le législatif, qui met à mal l'existence du dialogue social. Cette disqualification de l'espace de négociation où se construit la réglementation remet directement en question le bien-fondé des

“
élections professionnelles et des syndicats. Cette volonté politique déplace la ligne de front du combat syndical, non plus dans la négociation, mais dans un rapport de force du législatif contre l'exécutif. La réponse syndicale est maintenant juridique. L'organisation des recours gracieux contre le reclassement des PH dans une nouvelle grille, est un exemple des actions sur cette nouvelle ligne de front syndicale.

Laurent Heyer, secrétaire général adjoint du SNPHARE

Intelligence artificielle : risque ou bénéfique pour le patient ?

Anesthésiste-réanimateur à l'hôpital Bichat à Paris, Alexandre Mignon s'intéresse à l'application au monde de la santé des apports de la troisième et quatrième révolutions industrielles, le numérique et l'intelligence artificielle (IA). Il répond à nos questions sur l'IA en santé, un « nouveau monde » déjà bien ancré dans nos pratiques qui suscite beaucoup de questionnements

PHARE : Selon vous, doit-on avoir « peur » de l'IA apprenante ?

Alexandre Mignon : L'intelligence artificielle, c'est l'idée très ancienne (datant des années 50), que l'on pourrait développer des algorithmes capables de reproduire des capacités de l'homme, une partie de son intelligence, et plus précisément sa capacité d'apprendre. L'IA repose sur des puissances et rapidités de calcul informatique toujours croissantes pour traiter des données massives (les big datas) caractérisées par 5V (Volume, Vitesse, Variété, Véracité et Valeur). Le volume fait référence aux énormes quantités générées chaque seconde, la vitesse à la capacité d'en disposer toujours plus vite, idéalement en temps réel. En somme, une capacité qui serait utilisée pour faciliter la vie de l'homme, et augmenter ses facultés. Pour l'instant, l'IA est un énorme « BUZZ Word ». Elle est très puissante dans certains domaines, mais en médecine elle n'est pas encore capable de dépasser l'homme, juste de l'aider. C'est le concept de l'homme augmenté. De plus, l'IA est monotâche pour l'instant, donc selon moi il n'y a aucune raison d'en avoir peur aujourd'hui. En revanche, c'est son utilisation dans le futur qui pourrait poser questions.

PHARE : Les décisions prises en médecine pourront-elles se passer de la subjectivité humaine ?

Alexandre Mignon : Non, pas pour le moment. Le problème, ce sont les limites et les utilisations faites de ces intelligences. Ainsi, la résolution en 3D de la structure de dizaines de milliers de protéines récemment obtenue par Google grâce au deep learning est une nouvelle extraordinaire, permettant d'identifier de nouvelles cibles et traitements pour l'avenir. En

revanche, le choix de tel ou tel traitement pour un patient donné à partir de données fausses ou biaisées expose à des erreurs graves. En anglais, *garbage in, garbage out...* Enfin, pour obtenir des algorithmes en santé, il faut des données de santé, dont le caractère secret et privé pose bien sûr la question de la gouvernance éthique de ces dernières.

PHARE : Est-ce que l'on pourra prédire les chances de guérir d'une maladie ?

Alexandre Mignon : Oui, c'est déjà pratiquement le cas. L'intelligence artificielle est aujourd'hui capable de nous dire si un traitement est efficace pour un patient donné, en comparant les malades les plus semblables séparés en clusters, plutôt que s'intéresser à l'effet moyen du traitement qui peut s'avérer nul, bon pour certains et mauvais pour d'autres. Les bases de données nous donnent des informations et nous permettent de tirer des leçons par rapport à la vraie vie.

PHARE : Alors, la médecine est-elle devenue une science exacte ?

Alexandre Mignon : Non. La médecine peut aujourd'hui tout simplement utiliser ces outils pour aller plus vite et gagner du temps, être plus précis et personnaliser plus les traitements.

PHARE : Les décisions obtenues par l'IA seront-elles individuelles ou concerneront-elle la santé publique ?

Alexandre Mignon : Elles concernent déjà les deux ! En termes de santé publique, la pandémie COVID 19 par exemple est une bonne illustration de son apport. Après avoir colligé massivement, sur quelques dizai-

“
Le problème, ce n'est pas l'IA, mais l'utilisation qui pourrait en être faite !”

nes de milliers de patients, âge, poids, taille, catégorie socio professionnelle, données de géomobilité, antécédents, imagerie, et paramètres biologiques, l'algorithme peut diagnostiquer sur un nouveau patient avec une excellente précision le risque qu'il soit porteur du COVID sans avoir à réaliser de test biologique, identifier ses risques de faire une forme grave voire mortelle, ou surveiller et prédire la propagation du virus dans le temps et l'espace.

PHARE : Faut-il garder le savoir humain à terme et comment ? Finalement qui va développer l'IA ?

Alexandre Mignon : Le savoir humain est indispensable pour construire l'IA et garder un œil critique sur elle. Elle n'est pas encore « mûre » pour vous recevoir dans un cabinet, vous parler, vous faire une ordonnance, et vous rassurer avec empathie. Elle peut et pourra surtout vous aider à remettre l'humain au centre de la prise en charge médicale. Aucune IA ne sera jamais capable de comprendre la souffrance et fermer les yeux au dernier souffle.

PHARE : Est-ce que développeur de l'IA en Médecine sera une nouvelle spécialité enseignée ?

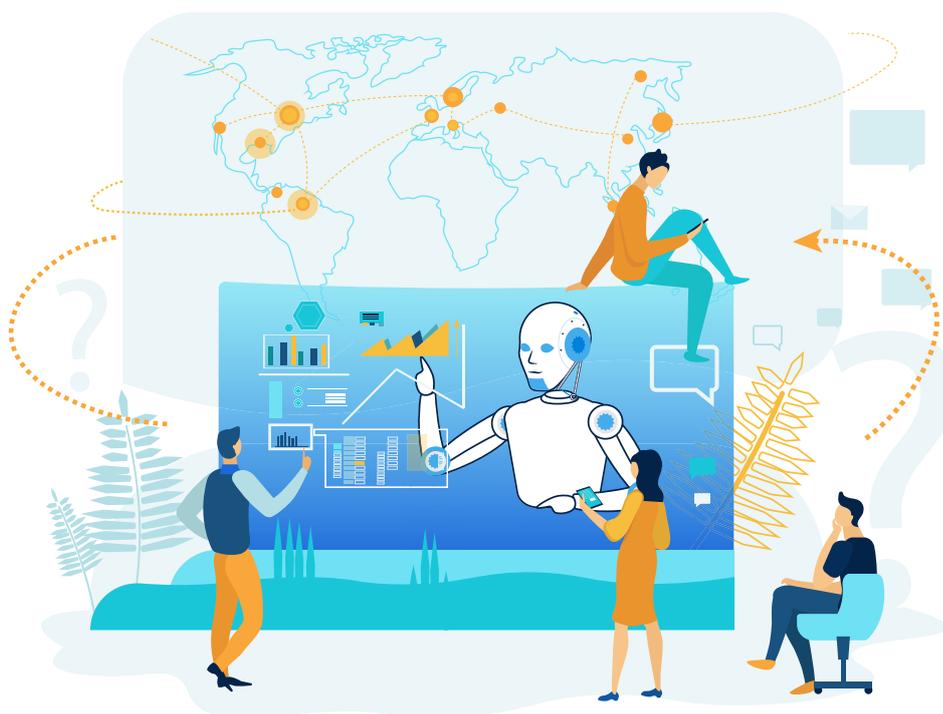
Alexandre Mignon : C'est un nouveau métier de la quatrième révolution industrielle qu'il faut enseigner, en santé bien sûr aussi, et c'est en cours. On n'a jamais autant eu besoin de spécialistes des données et de leurs analyses, des « datas scientists » ! Savoir organiser des bases de données, aller y chercher les informations pertinentes, savoir les traiter, et garder un œil critique sur les résultats produits, telles sont les compétences dont on a déjà besoin en santé au-

jourd'hui. La santé constitue déjà 30 % du marché de l'IA, et sa place va continuer de croître.

PHARE : Est-ce que cette spécialité pourra rester dans le domaine de mission de santé publique ?

Alexandre Mignon : C'est fondamental, et pas que dans le domaine de la santé publique ! Les pays qui ne s'en serviront pas deviendront des pays du tiers monde. Cela implique un certain nombre d'étapes. Nous devons tout d'abord avoir les outils pour colliger les données et qu'elles soient au même format ou compatible (interopérables). Il faut ensuite les stocker, idéalement de manière centralisée et massive, dans des entrepôts de données, ou même dans un « *Health Data Hub* » national, comme c'est actuellement le projet pour la France. Il faut aussi qu'une gouvernance éthique des données, respectant leur secret et caractère privé, soit instaurée, pour qu'on sache par exemple qui et avec quel objectif peut les utiliser après anonymisation. Notre corps et nos activités sont et seront de plus en plus mesurées (voire surveillées) par des objets connectés et les puces dans nos ordinateurs ou smartphones. Le traitement informatique des données générées sera de nature à améliorer la prévention, le diagnostic et le devenir des patients. Attention qu'elles ne servent pas à d'autres desseins moins louables !

Propos recueillis par Savéria Sargentini





« Nos soignants ont du talent » !

À l'occasion de son sixième anniversaire, le CGOS a organisé un concours d'écriture sur le thème de la première vague de la COVID : « Hospitaliers en première ligne ». Deux formats étaient proposés, la nouvelle et la bande dessinée. Les nouvelles vont du lit de réanimation au microscope, en passant par le renfort et la vie de l'autre côté de l'hôpital. Les bandes dessinées, sur deux sous-types de concours, traitent avec un humour piquant un des drames de la première vague : la pénurie d'équipements de pro-

tection individuelle. Ces pépites sont un regard sur nos métiers, un pas de côté qu'il faut savoir faire. Elles donnent du sens à nos métiers... L'équipe de la rédaction de PHARE félicite les 13 lauréats et vous invite à la lecture :

https://www.cgos.info/files/pdf/Livret_Bourse_talents_cgoc_2020.pdf

AW

Le CGOS qu'est-ce que c'est ?

Le CGOS, Centre de Gestion des Œuvres Sociales des établissements hospitaliers publics, est le « comité d'entreprise » de l'hôpital public. Son équivalent à l'APHP est l'AGOSPAP, auquel les praticiens hospitaliers ont accès, contrairement au CGOS (mais cela devrait changer bientôt, on en

reparlera). Il donne notamment accès à des tarifs préférentiels de billetterie, aux colonies de vacances et aux centres de vacances, mais aussi à des actions de solidarité vers les agents.

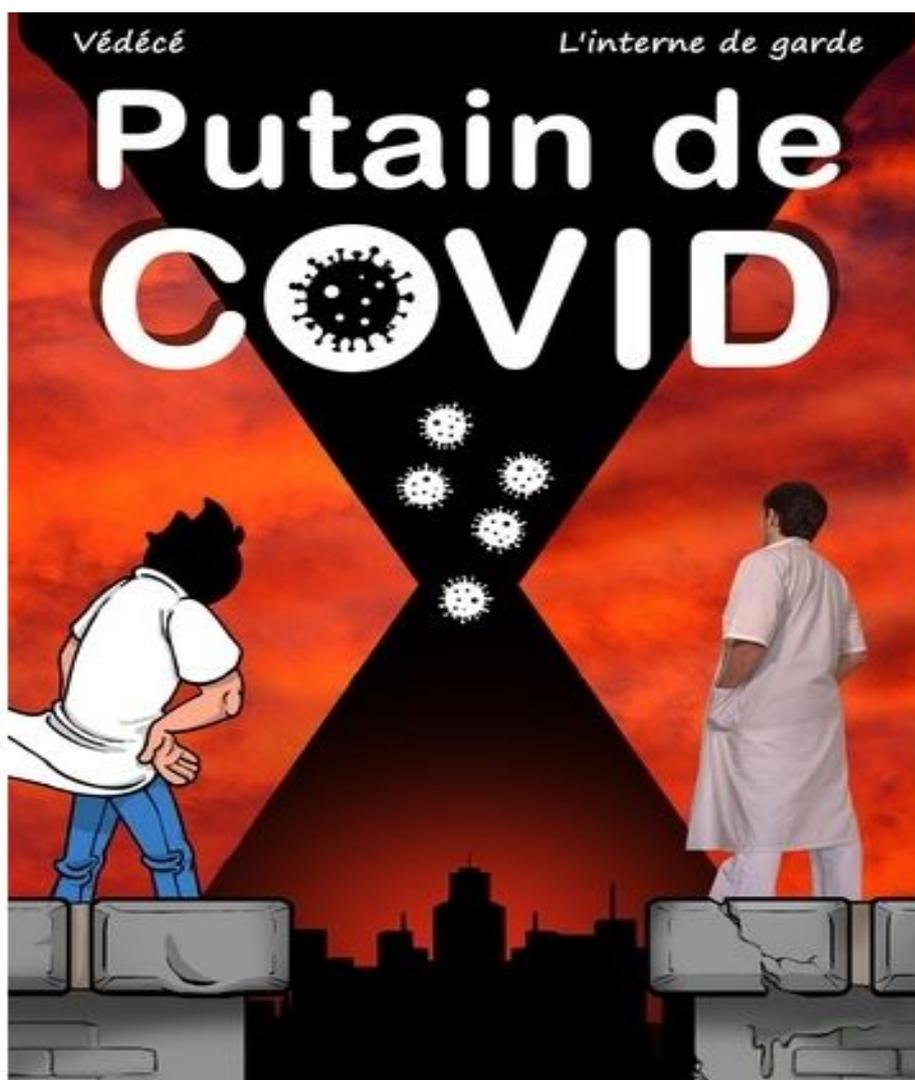
AW

Putain de COVID !

Oui, c'est bien le titre du dernier livre de Védécé, le carabin masqué ! Interne en médecine et célèbre auteur des trois tomes de « Vie de carabin » il a publié à la fin du mois de septembre avec son comparse « L'interne de garde », un livre sur la pandémie mondiale. C'est l'histoire de deux médecins : un en région parisienne, l'autre ailleurs. Le premier aime écrire, le deuxième préfère dessiner. Ils partagent un sentiment : ils sont en train de vivre un moment historique pour le système de santé. Ils veulent laisser une trace sincère via deux témoignages bruts, sans filtre et au jour le jour. Ils décrivent leur vie professionnelle jour après jour du 16 mars, date du confinement, au 19 avril, en alternant dessins et récits descriptifs. Un journal de bord brut et sans filtre.

Les conséquences du manque de matériel et de la pénurie des médicaments sont aussi évoquées. On peut lire au « Jour 20 » : « Il nous reste à peine de quoi soigner six patients (...) On a donc modifié toutes nos prescriptions pour économiser le plus de médicaments possibles. Ça m'a rappelé mon stage de médecine humanitaire ». Les auteurs n'en oublient pas pour autant les « bons moments », des victoires personnelles et d'équipes comme lorsqu'un patient sort de réanimation, qu'il est extubé et parle de nouveau. Ils dessinent leurs équipes très solidaires (les renforts, les collègues qui fabriquent des masques). Tout y passe et on adhère !

Saveria Sargentini



Pour un hosto écolo !

Jane Muret, la green lady des anesthésistes-réanimateurs

Le docteur Jane Muret est aujourd'hui praticienne à l'Institut Curie. En 2013, elle fonde, avec des collègues et son chef de service, un groupe « Développement Durable au bloc » à l'hôpital Gustave Roussy. Puis en 2016, elle prend la présidence d'un groupe « Green » au sein de la SFAR. Elle a accepté de nous raconter son parcours et celui du challenge environnemental des hôpitaux français.

PHARE : D'où vient votre engagement pour la « santé verte » et l'écologie au bloc opératoire ?

Jane Muret : En 2012, je revenais des États-Unis où j'avais travaillé dans un hôpital, et j'ai vu le contraste avec la France en termes d'enjeux environnementaux. Ce pays, que j'imaginai comme étant un « gros » pollueur, était bien plus avancé que nous concernant les déchets dans les hôpitaux. J'en ai discuté avec des collègues à Gustave Roussy où je travaillais, et nous avons décidé de faire appel à une ingénieure en développement durable pour faire un audit sur les déchets. Le résultat était assez mauvais, mais cela nous a permis de monter un groupe pluridisciplinaire à l'hôpital avec des infirmières, des médecins, des agents d'entretien, des brancardiers. Ce groupe a eu pas mal de « succès » et nous sommes intervenus au congrès de la SFAR en 2015. C'est à la suite de cela que j'ai été approchée par des membres officiels de la SFAR qui m'ont proposé de monter un groupe « GREEN » au sein de la structure. Le groupe est né en juin 2016.

PHARE : Justement quel est le rôle du groupe que vous avez fondé et que vous présidez au sein de la SFAR ?

Jane Muret : Le premier objectif de ce groupe était de mettre à disposition des personnels des blocs qui voulaient démarrer des projets sur le développement durable, des éléments réglementaires ou pratico-pratiques pour pouvoir débiter. En 2017, nous avons publié un guide, avec l'aide du C2DS* et nous nous sommes rendus compte que certains établissements avaient planté des graines, mais chacun dans son

coin. Nous avons donc eu la volonté de rassembler et de publiciser toutes ces démarches. Il fallait absolument lancer cette discipline, la rendre académique et formaliser tout ça. Le guide a amorcé les choses et nous sommes rentrés dans les détails avec des fiches bien plus précises que nous devions présenter au congrès de la SFAR cette année.

“

**Le bloc opératoire
reste un très gros pollueur.**

”

PHARE : Qui ou quoi pollue le plus à l'hôpital aujourd'hui ?

Jane Muret : Le bloc opératoire reste un très gros pollueur, c'est 40 % de déchets, d'achats et d'énergie. En 2017, quand on a sorti le guide, Madame Buzyn l'a préfacé et elle avait écrit que le bloc opératoire était le cœur de l'hôpital, et c'est vrai notamment pour l'écologie ; il n'empêche que d'autres secteurs sont très pollués. Pour ma part, ayant travaillé à Gustave Roussy puis à Curie, j'ai pu voir que dans les centres de cancérologie, tous les accélérateurs de particules pour les radiothérapies consomment énormément d'énergie. Alors oui, nous ne sommes pas les seuls, mais dans les blocs opératoires qui sont fermés 40 % du temps on pourrait éteindre la climatisation, les lumières, etc. Et ce, encore plus dans des nouveaux blocs où il serait encore plus facile de mettre cela en place.

PHARE : Comment est-il possible d'écoconcevoir un soin ?

Jane Muret : C'est un concept qui nous vient d'un collègue australien. Le meilleur exemple est celui de la notion du matériel à usage unique versus matériel réutilisable. Si l'on décide d'utiliser un dispositif médical

“

**Le développement durable, même
au sein de l'hôpital, est un combat
global.**

”

* C2DS : Comité Développement Durable en Santé



(DM) réutilisable qu'on va stériliser, à chaque fois qu'une nouvelle pratique est mise en place il faut évaluer le coût carbone de cette pratique: comment il est fabriqué? Comment est-il arrivé là? Comment retourne-t-il à la terre? En Australie, il a été montré que pour le moment, étant donné que ce pays utilise l'énergie fossile pour son électricité, restériliser un DM coûterait plus cher en coût carbone qu'utiliser des DM à usage unique. Ce n'est pas du tout le cas en France où l'énergie provient d'un mix énergétique avec une part de renouvelable. L'idée de l'écoconception est de prendre l'ensemble du processus en considération, tout évaluer et calculer le coût carbone et le comparer. Ça devrait être un critère de choix, pour les appels d'offres etc. Il faut intégrer le coût carbone de l'objet et du soin entièrement!

PHARE : Comment convaincre une direction de s'engager dans le développement durable ? Sanctionner ou informer ?

Jane Muret : Les directions ont déjà l'obligation de réguler leurs émissions de CO₂, de par la loi elles sont obligées de respecter certaines règles. C'est vrai que le manque de sanctions entretient le sentiment d'impunité, je dirais qu'actuellement ce n'est pas leur souci premier. La nouvelle certification des hôpitaux (v2020) qui vient de sortir, comprend 8 critères sur le développement durable concernant les déchets, l'énergie, le diagnostic, etc.. Bien plus encore, des critères portent sur l'existence d'un groupe de travail et d'un référent sur le sujet.

“ **Il fallait absolument lancer cette discipline, la rendre académique et formaliser tout ça.** ”

PHARE : Qu'est-ce que vous recommanderiez à un anesthésiste-réanimateur pour être plus vert/écologique dans son établissement ?

Jane Muret : De fédérer une équipe pour commencer et surtout de « tout faire » en connexion avec sa direction, car ce qui est certain, c'est qu'on ne fait rien tout seul! Il faut que tout le monde soit dans le projet pour être sûr qu'il soit viable. Il faut qu'il/elle consulte nos fiches**! Ça lui permettra de ne pas partir de rien et d'avoir une route déjà plus ou moins tracée.

PHARE : Comment imaginez-vous le bloc opératoire du futur ?

Jane Muret : Pour moi c'est un tout, en améliorant notre impact sur la planète on améliorera nos conditions de travail et les conditions de soin. Je l'imagine comme un endroit moins froid et austère, avec une série de mesures qui permettraient de s'y sentir bien où l'on ne serait plus ultra stressé et aveuglé par ces lumières agressives. On changerait notre environnement de travail et l'accueil des patients en nous rapprochant d'une écoconception des soins. On ne serait plus des machines en train d'appuyer sur des boutons, on réfléchirait au parcours du patient et au nôtre, nous qui travaillons dans ces blocs parfois dans des conditions difficiles.

Propos recueillis par Savéria Sargentini

** <https://sfar.org/espace-professionnel-anesthesiste-reanimateur/developpement-durable/fiches-pratiques/>

Remettre l'humain et l'écologie au cœur de l'hôpital : l'histoire des « P'tits Doudous »

Il y a quelques années, Nolwenn Febvre a bien failli raccrocher sa blouse blanche. Cette infirmière anesthésiste en pédiatrie au CHU de Rennes, supportait de moins en moins les pleurs des enfants qui devaient passer au bloc. En 2011, elle décide de fonder les « P'tits Doudous » pour assurer un doudou à chaque enfant qu'elle prendrait en charge, puis l'aventure prend un tournant « développement durable ». Nolwenn a accepté de nous expliquer comment et pourquoi.

PHARE : Qu'est-ce que « les P'tits Doudous » ?

Nolwenn Febvre : Les P'tits Doudous ce sont des associations de soignants — on en compte 84 aujourd'hui — principalement de blocs opératoires, mais qui se sont étendues aux services qui ont cherché comment agir à l'hôpital pour améliorer la prise en charge des parents, des enfants et aussi améliorer la qualité de vie des soignants et surtout comment agir de manière écoresponsable à l'hôpital.

PHARE : Une partie des fonds des « P'tits Doudous » provient du recyclage. Comment avez-vous eu cette idée ?

Nolwenn Febvre : L'idée était d'offrir un cadeau à chaque enfant qui passe au bloc, nous cherchions comment financer cette idée, comment la mettre en place. En parallèle, j'étais déjà moi-même engagée dans le développement durable et tous les déchets hospitaliers. Je me suis dit : « Si avec des déchets qu'on peut valoriser, on pouvait financer ces doudous ça serait super ». J'ai donc regardé ce que l'on jetait dans nos poubelles. Le fil de bistouri électrique à usage unique a été le premier objet que nous avons recyclé. Je l'ai pris dans la poubelle puisqu'il avait très peu servi, nous l'avons nettoyé avec l'anesthésiste-réanimateur. J'ai imaginé ce que ça pouvait représenter sur un CHU, nous avons fait passer le mot et tout le monde a adhéré. Nous n'avions pas d'autorisation à l'époque.

PHARE : Que recyclez-vous aujourd'hui ? Et combien ça « rapporte » ?

Nolwenn Febvre : Aujourd'hui nous recyclons du cuivre grâce aux ressorts pour le lavage chirurgical, de l'inox provenant des lames d'intubation à usage unique, des structures d'emballage chirurgical, ça nous a amenés à essayer de valoriser tout ce qui peut être valorisé. Nous vendons les métaux que

“

**Nous pouvons tous être
coresponsables et partout !**

”

nous récupérons. En 2019, nous avons recyclé 90 tonnes de métaux.

PHARE : Vous disiez qu'au début vous n'aviez pas d'autorisation, alors y a-t-il eu des freins à ce type de recyclage ? De la part des utilisateurs du bloc ? du CLIN / du médecin hygiéniste ? Des recycleurs eux-mêmes ?

Nolwenn Febvre : Ça a été très simple avec le personnel soignant en général, l'infirmière anesthésiste, le chirurgien : ça s'est mis en place très rapidement. On m'a dit de ne rien dire au départ, alors nous en cachions dans nos vestiaires, etc. L'idée s'est étendue sur tout le CHU de manière assez rapide, je recevais des cartons de la cardiologie, de la chirurgie viscérale avec des inscriptions : « Pour les p'tits doudous ». Il faut savoir qu'en récupérant ce genre de matériel dans les poubelles, nous allégions les DASRI (Déchets d'Activités de Soins à risques Infectieux) de l'hôpital alors je suis allée rencontrer ma direction avec cet argument en tête. Nous ne pouvions plus rester dans la clandestinité.

PHARE : Quelle a été leur réaction ?

Nolwenn Febvre : L'accueil a été un peu froid au départ. La personne que j'ai rencontrée m'a fait un résumé : vous vendez du matériel acheté par l'hôpital, vous me dites que ce sont des objets jetés dans les déchets de soins à risques infectieux... Tout cela n'était pas faux, mais en réfléchissant ensemble,



en expliquant ce gain pour l'hôpital, le bénéfice pour les patients, l'engagement des soignants, elle m'a dit : « faites-le bien ». Nous avons rédigé un protocole pour décrire toutes les étapes de la sortie du fil du bistouri électrique : il est passé au laveur, mis dans des contenants fermés, avant qu'on le sorte du circuit et qu'il soit déposé chez le ferrailleur. Ça a été un déclencheur, un message fort pour que de plus en plus d'hôpitaux puissent le faire.

PHARE : Quelle proportion de matériel recyclable dans le bloc opératoire est effectivement récoltée pour recyclage ?

Nolwenn Febvre : Je dirais à peu près 30 % aujourd'hui, mais nous pouvons aller beaucoup loin ! Nous pouvons nous améliorer en identifiant plus de filières de recyclage. Avoir optimisé les DASRI (Déchets d'Activités de Soins à risques Infectieux) versus les DAOM (Déchets d'Activités à Ordures Ménagères) est déjà une très bonne chose, dans notre établissement par exemple nous avons diminué d'au moins 80 % les déchets DASRI, nous jetons beaucoup de choses à tort là-dedans et nous avons complètement changé cette organisation.

PHARE : Cette action de recyclage s'inscrit dans une démarche de développement durable beaucoup plus large, pouvez-vous nous en parler ?

Nolwenn Febvre : Les gens recyclent assez bien chez eux, et j'ai vu le gouffre avec leur comportement à l'hôpital. Il faut avoir une action globale tout le temps, pendant les vacances, à la maison et à l'hôpital. Nous pouvons tous être coresponsables et partout ! Les P'tits Doudous ont permis d'ouvrir une

brèche, nous en sommes ravis et les 1 000 soignants engagés dans les associations aujourd'hui ont tous cette valeur en commun, cet objectif : l'hôpital ZÉRO déchet !

PHARE : Quelle est votre actualité ?

Nolwenn Febvre : Nous sommes en train de créer deux applications. La première s'appelle Keep contact, elle va permettre d'améliorer la prise en charge des enfants et surtout de tenir les parents informés. En utilisant Keep Contact, les parents pourront savoir où se trouve leur enfant au bloc opératoire. Grâce à un système de scan de QR code, les parents sauront s'il est en salle de réveil, s'il est toujours au bloc. Nous faisons les tests en réel actuellement.

La deuxième est une application de tri des déchets au bloc opératoire. L'idée c'est d'avoir la possibilité de scanner un fil de bistouri par exemple, et par la reconnaissance de l'image savoir ce qu'il contient

“

En 2019, nous avons recyclé 90 tonnes de métaux !

”

exactement et comment le trier grâce à l'intelligence artificielle. Notre but avec notre réseau P'tits Doudous, c'est de renseigner une banque d'images et de matériel du bloc opératoire pour permettre à tous les soignants de savoir ce qui compose un objet et comment le recycler. L'appli devrait être finalisée en 2021, nous travaillons avec Microsoft en ce moment pour que ce soit le cas....

Propos recueillis par Savéria Sargentini

ANNONCES DE RECRUTEMENT



GRUPE
HOSPITALIER
PARIS
SAINT-JOSEPH



CONCOURS EN VUE DE LA NOMINATION DE : UN MÉDECIN CHEF DE SERVICE D'ANESTHÉSIE

À temps plein – Ancien chef de clinique
Expérience antérieure de chef de service, de chef de service adjoint ou de responsable d'unité fonctionnelle

Date du concours : Le Jeudi 4 février 2021

Date limite de dépôt des candidatures le 29 janvier 2021

Date de prise de fonctions souhaitée juin 2021

L'activité de l'hôpital Marie Lannelongue a été de 3 322 interventions chirurgicales en 2019 (dont 1 040 en Chirurgie congénitale, 1 540 en Chirurgie thoracique et vasculaire, et 742 en Chirurgie cardiaque adulte), et 5 472 procédures sur le Plateau Technique Interventionnel.

Le chef de service du service d'Anesthésie gère une équipe de 21 ETP (Equivalent Temps Plein) de médecins anesthésistes réanimateurs (dont un référent pour l'activité des cardiopathies congénitales) et de 15,2 ETP IADE en collaboration avec le cadre IADE. Le service est choisi à chaque semestre par 3 internes de spécialité (7^{ème} à 10^{ème} semestre). Cette équipe est amenée à se développer dans les années à venir afin de répondre à la croissance de l'activité chirurgicale.

Il est souhaité que le candidat ait dirigé un service ou une unité fonctionnelle et qu'il ait une expérience solide en anesthésie sur les domaines de l'hôpital Marie-Lannelongue, adulte et pédiatrique.

Pour tout renseignement, vous pouvez contacter :

- Le docteur François STEPHAN actuel chef de service d'anesthésie : f.stephan@ghpsj.fr
- Le docteur Elie FADEL, Directeur médical du site Marie-Lannelongue : e.fadel@ghpsj.fr
- Le docteur Emrè BELLI, Coordonnateur médical du pôle congénital : e.belli@ghpsj.fr
- Le docteur Philippe DELEUZE, Coordonnateur médical du pôle adulte : p.deleuze@ghpsj.fr
- Stéphane HENIN, Responsable des Affaires Médicales : shenin@ghpsj.fr

Le service d'Anesthésie s'intègre dans le département d'Anesthésie-Réanimation Créé en 2019 - qui comprend également la Réanimation adulte.

L'activité de l'Hôpital Marie-Lannelongue (ESPIC de 200 lits du Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph) est hautement spécialisée et centrée sur les pathologies cardiothoraciques et vasculaires aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant.

Le médecin chef de service du service d'Anesthésie a la **responsabilité** de l'activité d'Anesthésie :

- du bloc central, composé de 7 salles réparties entre la Chirurgie congénitale, la Chirurgie thoracique et vasculaire, et la Chirurgie cardiaque adulte.
- du Plateau Technique Interventionnel composé d'une salle hybride et 4 salles de radiologie interventionnelle.
- d'une SSPI de 12 lits.

Le Chef de service d'Anesthésie impliqué dans la spécialité et reconnu par ses pairs devra :

- Développer l'expertise en anesthésie adulte et pédiatrique pour chirurgie majeure.
- Développer le parcours patient en particulier dans le cadre du RAAC et de la chirurgie ambulatoire.
- Accompagner le projet du « Nouvel hôpital ».
- Créer, gérer et encadrer l'activité de l'unité de Chirurgie ambulatoire.
- Poursuivre la croissance des consultations douleurs.
- Maintenir les liens forts qui existent avec la Réanimation adulte.
- Promouvoir pour le groupe en collaboration avec le chef du service d'anesthésie de Saint-Joseph l'activité de recherche clinique et pour les médecins en formation (internes, fellow), ainsi que l'activité d'enseignement plus particulièrement à destination des jeunes spécialistes.
- Développer en lien avec les équipes chirurgicales les innovations autour de la greffe d'organe.
- Développer les liens entre les sites Marie-Lannelongue et Saint-Joseph.
- Maintenir la spécificité de l'activité congénitale en entretenant la formation d'une équipe qualifiée et en grande partie dédiée.

MERCI D'ENVOYER VOTRE DOSSIER DE CANDIDATURE
(CV et projet de service) par mail à l'adresse suivante :
shenin@ghpsj.fr



Nous recrutons
**UN MÉDECIN
URGENTISTE (H/F)**



Au cœur du département de l'Ain, en Auvergne-Rhône-Alpes, le Centre hospitalier de Bourg-en-Bresse (CHB) compte plus de 550 lits et places de Médecine Chirurgie et Obstétrique

Plus de 2 400 professionnels interviennent au sein des 7 pôles d'activités : Médecine, Chirurgie, Cancérologie, Soins Critiques, Mère-Enfant, Gériatrie, Transversal & Support.

En 2019, il a géré 77 174 séjours, 137 385 consultations, 12 308 interventions au Bloc et plus de 47 000 passages aux Urgences.

www.ch-bourg-en-bresse.fr

Le CHB, **situé au centre du département de l'Ain**, bénéficie d'une situation géographique dotée de nombreux atouts : **environnement privilégié** entre lacs, rivières et montagnes ; **liaison directe avec Paris** (gare TGV en centre ville - 2h de trajet), **Genève** (aéroport international à 1h d'autoroute) et **Lyon** (80 kms par autoroute) ; **Activités économiques variées** et **niveau de vie maîtrisé**.



LE SERVICE ET SES ACTIVITÉS

Établissement siège du SAMU de l'AIN. 170 000 dossiers régulés par le Centre 15.

SMUR : 1650 primaires - 750 secondaires.

Service d'Accueil des Urgences : 47 000 passages dont 1/4 pédiatriques.

Locaux entièrement neufs et fonctionnels, avec plateau technique complet.

ORGANISATION MÉDICALE

Organisation très structurée et efficiente, limitant les temps d'attente patients et professionnels :

Un coordonnateur de flux - H24, deux lignes de SMUR - H24, une ligne pédiatrie, une ligne urgences adultes et un poste UHCD en journée.

Le SAMU compte deux lignes de régulation des appels, l'une H24 7j/7 et la seconde 5j/7 en journée.

Peu de tension sur les capacités d'hospitalisation : PAS DE LITS BRANCARDS.

Équipe jeune et dynamique, très impliquée dans démarche qualité, RMM.

Équipe médicale de 30 Equivalent Temps Plein (SAU SMUR SAMU).

8 à 10 internes interviennent chaque semestre au SAU.

NOUS RECHERCHONS

Un praticien (H/F) avec un profil polyvalent afin de couvrir l'ensemble des activités réalisées par le service.

Compétences ou diplôme requis :

DESC ou DES Médecine d'Urgence. Titulaire de la CAMU.

Conditions de recrutement proposées :

Praticien hospitalier temps plein ou temps partiels (H/F),

Praticien contractuel (H/F), Assistant spécialiste (H/F),

Poste éligible au versement de la Prime d'Engagement dans la Carrière Hospitalière (20K€).

L'inscription à l'Ordre des médecins est requise pour postuler sur ce poste.

Temps de travail :

Service en temps médical continu décompté sur la base de 39H cliniques et 9 heures non cliniques ou TTA jour.

Poste en 12H ou 24H selon souhait du praticien.



VOUS VOULEZ EN SAVOIR PLUS ? N'HÉSITEZ PAS À NOUS CONTACTER

Renseignements sur le service et le poste :

Monsieur le Dr Sébastien ROUX, *Chef de service*

04 74 45 41 80 - sroux@ch-bourg01.fr

Renseignements administratifs et conditions de recrutement :

Madame Laurence MINNE, *Directrice des Affaires Médicales*

04 74 45 42 85 - lminne@ch-bourg01.fr

Centre hospitalier de Bourg-en-Bresse

900 Route de Paris - CS 90401

01012 BOURG-EN-BRESSE



Le service d'anesthésie du pôle de chirurgie orthopédique de l'hôpital Renée Sabran, situé près de Toulon sur la presqu'île de Giens (83 - Var), recherche :

**UN MÉDECIN
ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR**

En raison de départs à la retraite. L'établissement fait partie du CHU de Lyon (Hospices civils de Lyon). Le pôle de chirurgie est un service d'excellence (RAAC, chirurgie mini invasive), spécialisé pour la chirurgie réglée du membre inférieur (1^{er} régional au palmarès du classement du magazine l'Express pour les prothèses de hanche et genou).

L'équipe est actuellement formée de 5 MAR et 7 IADE.

CONTRATS POSSIBLES

PH temps plein, PH contractuel, assistant spécialiste, assistant spécialiste associé, praticien clinicien.

Possibilité de logement à proximité du site.

Possibilité de participer aux gardes du CHITS et CHH.

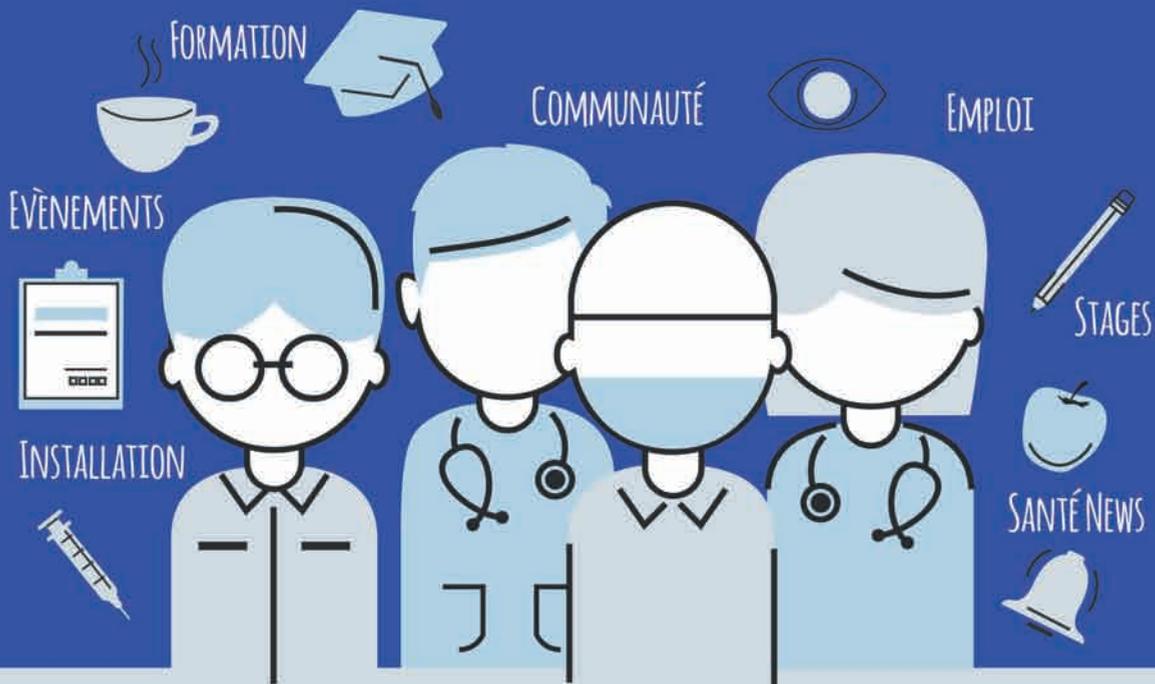
CONDITIONS

Diplôme de Docteur en médecine, diplôme de spécialiste en anesthésie-réanimation.



Pour toute information complémentaire et pour adresser votre CV, contacter le Docteur Gontier, Chef de service : denis.gontier@chu-lyon.fr - ☎ 04 94 38 17 00
<http://www.chu-lyon.fr/fr/service-chirurgie-orthopedique-renee-sabran-paca>





R É S E A U
PRO 
 S A N T É

VOTRE RÉSEAU SOCIAL PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ
 DES MILLIERS D'OFFRES POUR VOUS



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
 INSCRIPTION GRATUITE



☎ 01 53 09 90 05 ✉ CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode



LE CENTRE HOSPITALIER DE BASTIA RECRUTE DES médecins anesthésistes-réanimateurs



Établissement de santé de proximité, de recours et de référence pour le Grand Bastia et la Haute-Corse

Réanimation médico-chirurgicale : 8 lits réa + 4 lits soins continus

Activité polyvalente : médecine, cardiologie, traumatologie, néphrologie, pneumologie, neurochirurgie, etc...

Plateau technique performant : nouveau bloc opératoire, maternité niveau 2B, cardiologie interventionnelle, ECMO...

Profil recherché

Praticien hospitalier titulaire, temps plein ou partiel,

Praticien Contractuel, ou Assistant partagé
(inscrit à l'Ordre des médecins)

Possibilité d'activité partagée en anesthésie et en réanimation

Avantages

Prise en charge billet A/R et logement pour venir découvrir le service

Logement pendant 3 mois à la prise de poste

Entre mer et montagne, partez à la recherche des trésors historiques et culturels de "l'île pleine de beauté"



Tentez l'expérience en post-internat !

Contact
Dr Paul Mercury
Responsable de l'unité de réanimation

paul.mercury@ch-bastia.fr

04.95.59.10.39 ou 04.95.59.10.41

RECHERCHE SPÉCIALISTES EN ANESTHÉSIE

LIEU D'ACTIVITÉ : Hôpital Sainte Musse.

SERVICE D'ANESTHÉSIOLOGIE :

- Plateau technique complet et moderne présentant l'ensemble de l'éventail des spécialités médicales et chirurgicales
- Bloc opératoire avec activité chirurgicale multidisciplinaire : Chirurgie viscérale, chirurgie bariatrique, gynécologie, thoracique, vasculaire, orthopédie, chirurgie du rachis, ophtalmologie, ORL, maxillo-facial, endoscopies digestives, cardiologie interventionnelle, chirurgie infantile, chirurgie ambulatoire.

- Activité obstétricale avec une Maternité de niveau 2B de 3 200 accouchements / an.
- Deux gardes d'anesthésie sur place dont une dédiée à la maternité et une au SAU.
- Équipe composée actuellement de 20 médecins anesthésistes.

**Cadre de vie exceptionnel dans la préfecture du Var en bord de mer.
Aéroport de Toulon à 15 minutes et de Marseille à 1 heure.**



RENSEIGNEMENTS ET CANDIDATURES :

M. Frédéric DELPECH, Directeur des Affaires Médicales par intérim
04 83 77 24 60 - frederic.delpech@ch-toulon.fr
Mme Aline LEONIS, Attachée d'Administration Hospitalière
04 83 77 24 61 - aline.leonis@ch-toulon.fr - dam@ch-toulon.fr

54 rue Ste Claire Deville - CS 31412 - 83056 TOULON Cedex
04 83 77 24 66 - Fax 04 83 77 24 65
Dr Laurent DUCROS - Chef de pôle : laurent.ducros@ch-toulon.fr
Dr Sophie PRIEUR - Chef de service : sophie.prieur@ch-toulon.fr



LE GROUPE HOSPITALIER EST RÉUNION

Situé dans l'Est de l'île-de-La Réunion, et bénéficiant d'une implantation récente dans des locaux modernes équipés des dernières technologies, le Groupe Hospitalier Est Réunion recrute :

1 Médecin RÉANIMATEUR pour l'Unité de Surveillance Continue (USC).

Poste à pourvoir à compter de Décembre 2020.

**Profil : Médecin Anesthésiste-Réanimateur ou Médecin intensiviste-réanimateur.
PH titulaire ou praticien contractuel (remplacements possibles).**

Le praticien exercera au sein de l'Unité de Surveillance Continue (USC) dotée de 12 lits. D'une capacité totale de 277 lits et places de MCO, 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 pour la prise de poste.

Mise à disposition logement et véhicule pour les remplacements.

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



URGENT