

#93

PHARE

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

ADIEU MICHEL !



Le site du SNPHARE <https://www.snphare.fr> - juillet 2021

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Dr Anne GEFFROY-WERNET - Présidente Centre Hospitalier de Perpignan anne.wernet@snphare.fr	CSPM - CSN (AR) - Commission régionale paritaire Occitanie - Commission spécialisée d'organisation des soins Occitanie (COSOS Occitanie) - Commission régionale de la santé de de l'autonomie (CRSA) - Communication - Revue PHARE	Ligne Directe : 04 68 61 77 44 Portable : 06 63 83 46 70
Dr Emmanuelle DURAND - Vice-Présidente CHU - Reims emmanuelle.durand@snphare.fr	CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR) - Conciliation et médiation - Commission régionale paritaire Grand Est - Revue PHARE	Ligne directe : 03 10 73 61 28 Portable : 06 60 55 10 65
Dr Eric LE BIHAN - Secrétaire Général CHU Beaujon, Paris eric.lebihan@snphare.fr	CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR) - Délégation régionale Ile de France - Communication Relations avec les délégués d'Ile de France	Ligne directe : 0140875000 BIP 1050
Dr Jullien CROZON – Trésorier 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 2 8
Dr Louise GOUYET - Trésorière adjointe 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 Veronique AGAESSE - Secrétaire gén. adjointe CHU - Amiens veronique.agaesse@snphare.fr	CSN (AR - Conseil de Discipline (AR) FMC-DPC - CFAR - Commission régionale paritaire Hauts de France Relations avec les délégués hors Ile de France	Standard : 03 22 82 40 00 DECT 36002 Portable : 06 33 63 20 62
Dr Anouar BEN HELLAL - Secrétaire gén. 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 Laurent HEYER - Secrétaire général adjoint Hôpital de la croix rouge - Lyon laurent.heyer@gmail.com	Permanences des soins - Gardes et astreintes - Risques psychosociaux - Référént des spécialités médicales non anesthésistes-réanimateurs	Standard : 03 89 12 40 00 Portable : 06 31 18 57 61
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 Ezéchiel 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 Raphael 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 Matthieu DEBARRE - Administrateur Centre hospitalier de Saint-Brieuc matthieu.debarre@snphare.fr		
Dr Morgana JEANTIEU-NERISSON - Administratrice CHI du Pays d'Aix morgana.jeantieu@snphare.fr		Portable : 06 72 77 58 31
Dr Yves REBUFAT – Administrateur 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 Francis VUILLEMET - Administrateur Hôpitaux civils de Colmar francis.vuillemet@gmail.com	Permanences des soins - Gardes et astreintes - Risques psychosociaux - Référént des spécialités médicales non anesthésistes-réanimateurs	Portable : 06 31 18 57 61
Dr Patrick DASSIER – Administrateur honoraire Hôpital européen Georges Pompidou - Paris patrick.dassier@snphare.fr	Contentieux Retraites	Ligne directe : 01 56 09 23 16 Portable : 06 03 69 16 63
Dr Ségoïène ARZALIER-DARET – Chargée de mission CHU - Caen arzalier-s@chu-caen.fr	SMART-CFAR	Ligne Directe : 02 31 27 24 11 Portable : 06 66 22 38 16

Salut Michel, au revoir Monsieur le Président

Tu m'as laissé les clefs de la maison en janvier 2019, après un peu plus d'un an de transmission – une année exceptionnelle. Tu m'as fait faire mon premier communiqué de presse, mon premier article dans notre revue PHARE, mais aussi mon premier rendez-vous au ministère... et voilà mon premier hommage officiel, ça tombe sur toi.



Comme tu l'as dit à mon mari, quand tu m'as demandé de prendre la présidence, « le SNPHARE, c'est pas n'importe quoi ». Le SNPHARE, pour toi, c'est près de trente ans d'engagement. L'engagement d'une vie. Tu as accompagné des générations d'anesthésistes-réanimateurs, de praticiens hospitaliers, tu as vécu les splendeurs et les misères de l'hôpital public. Délégué, administrateur, président. En novembre 2018, tu réponds à un journaliste de What's up Doc : « Docteur Michel Dru, vous êtes anesthésiste, syndicaliste, est-ce que vous touchez à vos produits ? ». Avec l'humour décapant que nous te connaissons tous, tu avais répondu « Pas du tout, mais je devrais parfois, quand je vois ce qui se développe comme politique de santé ». Parce qu'en face ce n'était pas des tendres, dès les années 2000, sachant que tu étais pressenti pour prendre les rênes du SNPHARE, tu avais complété ta formation de médecin par une formation en droit de la santé. Pas un petit DU, un vrai doctorat en droit. Parce que « le SNPHARE, c'est pas n'importe quoi ».

Le SNPHARE est une famille, sans cesse recomposée. Ce sont des histoires où nous embarquons nos familles, et Christiane a été de ce combat aussi. Chacun d'entre nous a une histoire personnelle avec toi, qui mêle en permanence ce sérieux et cet humour si décalé. Le SNPHARE te doit beaucoup. Il te doit notamment d'avoir exceptionnellement repris une année supplémentaire, puis deux années supplémentaires de présidence à ta fin de carrière, parce que le conseil d'administration avait besoin de toi ! Tu l'as fait, par devoir sans doute plus que par plaisir, et dans un souci de transmission et d'avenir, et malgré ta maladie et les séquelles qu'elle t'avait laissé. Parce que « le SNPHARE, c'est pas n'importe quoi ».

Nous partageons ce souci permanent : que le service public hospitalier puisse être offert à tous et tout le temps, dans de bonnes conditions pour ceux qui y

travaillent. Tu as beaucoup œuvré pour la reconnaissance à sa juste valeur de cette permanence des soins, qui est notre fierté, mais aussi qui grignote nos équilibres de vie, de famille, de couple, de loisir, et qui raccourcit notre vie. Tu l'as fait au SNPHARE, et aussi à la CME et à la COPS centrale de l'APHP pendant de nombreuses années. Tu voulais voir réécrit le fameux arrêté du 30

avril 2003 – on attend toujours... Tu as connu l'époque des discussions avec le ministère qui se prolongeaient à l'Escapade, le café d'en face – pas de corruption de fonctionnaire, chacun payait son café m'avais-tu confié il y a quelques semaines ! – et cette nouvelle époque où le dialogue social est rendu inexistant, faisant place à une judiciarisation de plus en plus systématique pour la reconnaissance des droits des praticiens. Tu as coordonné la dernière plate-forme du SNPHARE : statut de PH, temps de travail, formation, santé au travail, défense de l'anesthésie-réanimation. Ton dernier combat syndical était le report des congés annuels en cas d'arrêt maladie – pas pour toi, mais pour les suivants : cela a enfin été écrit dans le statut de PH il y a un mois. « Le SNPHARE, c'est pas n'importe quoi ».

Je me souviens de coups de fils d'outre-terre il y a quelques années, et aussi de dizaines de mails quotidiens. De nos discussions ou de nos CA, sans jamais de colère, ton autorité naturelle suffisait... et il fallait bien te connaître pour déceler les agacements qui appelaient à faire encore mieux. Toujours tourné vers les jeunes et l'avenir du métier, toujours intéressé par chacun, y compris ceux qui pour toi étaient « une énigme ». Toujours soucieux de l'avenir du SNPHARE, recrutement de nouveaux délégués, nouveaux invités permanents, nouveaux administrateurs, séminaires de travail, parce que « le SNPHARE, c'est pas n'importe quoi ».

J'aurais voulu écrire un texte beaucoup plus drôle, parce que c'est aussi cette image que je garde, que nous gardons de toi, cette capacité à tourner en dérision les situations les plus sérieuses et les plus graves, cet humour décalé. Adieu notre collègue, notre président, notre ami : on a beaucoup bossé, et « on s'est bien marrés quand même ».

Anne Geffroy-Wernet, le 3 mai 2021

SOMMAIRE

DOSSIER VIE SYNDICALE..... 4
 Moyens syndicaux, l'avant/l'après
 Moyens syndicaux et vie syndicale : le récit de
 Renaud Chouquer
 Le syndicalisme du point de vue des magistrats
 Syndicalisme et directeur d'hôpital, en duo
 Printemps 2021 : l'heure des auditions du SNPHARE

HOMMAGE 13
 Témoignages
 Interview de Michel Dru paru en avril 2019

AVENIR HOSPITALIER 18
 Pédiatres hospitaliers : lumière sur le président du
 SNPeH

DOSSIER SOMMEIL 20
 Une saga mémorable : l'obtention du repos de
 sécurité
 Les anesthésistes-réanimateurs dorment mal et peu
 Arnaud Depil-Duval ou la sieste comme arme !
 Comment optimiser le sommeil pour les gardes et
 astreintes

LE POINT SUR 25
 La pratique avancée en anesthésie : le danger
 organisé pour tous

PETITES ANNONCES 27



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

Moyens syndicaux, l'avant/l'après

INTRODUCTION

Le projet de décret sur les moyens syndicaux a été présenté au Conseil Supérieur des Professions Médicales (CSPM) le 12 mai 2021, et voté le 20 mai 2021 après d'infimes remaniements. Il est attendu depuis 2016... et nous avons dû voter contre ! Pourquoi ?

Avant le décret, était octroyé 1 équivalent temps plein par intersyndicale pour la représentation des plus de 80 000 praticiens hospitaliers (PH, contractuels, hospitalo-universitaires) – soit 5 ETP pour toute la France. « Autour de », car l'information sur ce sujet n'est pas tout à fait claire. Aucun financement, aucun local dédié. Autant dire que les moyens syndicaux des praticiens hospitaliers étaient réduits à peau de chagrin, obligeant à des arrangements locaux et surtout à un travail syndical réalisé bénévolement, en dehors des heures de travail : toutes les avancées syndicales depuis des dizaines d'années jusqu'aux combats récents sont le fruit du travail bénévole de vos représentants, et vos cotisations ne servent qu'à couvrir nos frais de fonctionnement.

Après le décret (qui, à l'heure où nous écrivons ces lignes, n'est pas encore paru), nous obtenons au total 18 ETP (dont 6 seront destinés à notre intersyndicale APH : le SNPHARE, parce qu'il est un très gros syndicat au sein d'APH, en récupère 0,4 !). Un financement ridicule (1 500 euros par siège au CSPM tous les 5 ans : APH et Jeunes Médecins ont ensemble 7 sièges), aucun local pour nos réunions nationales, et aucun moyen de représentation locale (pas de locaux, pas de temps dédié pour les délégués locaux). La capacité de diffusion des informations syndicales à tous les PH n'est pas garantie.

Si on ne peut nier une avancée, nous sommes bien en dessous de ce qui est alloué à des professions comparables à la nôtre, c'est-à-dire aux moyens des directeurs d'hôpitaux ou des magistrats : nous avons à peine 1/20^e de ce qui nous apparaît légitime.

Le combat pour l'obtention de moyens syndicaux à hauteur de ce que nous méritons continue. Défendre les situations particulières, élaborer une réflexion « up to date » sur l'hôpital public et les métiers de médecins/pharmacien/odontologue hospitalier, et défendre les conditions de travail des praticiens hospitaliers est indispensable pour nous tous. La négation ou la dissuasion du dialogue social reste inacceptable dans une démocratie.

AW

Moyens syndicaux et vie syndicale : le récit de Renaud Chouquer, délégué au CH d'Annecy

Chaque engagement syndical est une histoire individuelle. Alors que j'étais PH d'anesthésie-réa depuis environ 5 ans, basé en réanimation polyvalente, j'ai créé un collectif de personnels hospitaliers, il y a quelques années, pour dénoncer les dérives du *New Public Management* dans mon hôpital. Cette alerte a vite tourné au conflit avec les « managers » locaux et j'ai eu besoin de soutien. Ce soutien, il n'y a que mes collègues les plus proches, les délégués syndicaux non médicaux et le SNPHARE qui me l'ont apporté.

C'est en 2019 que le SNPHARE m'a proposé de devenir délégué syndical local. J'ai accepté dans l'idée qu'il serait bon de me confronter aux problèmes du terrain et d'apprendre la méthode par ceux qui ont mené des combats syndicaux bien avant moi.

MON RÔLE AU QUOTIDIEN

Le minimum, c'est d'informer les PH sur ce qu'il se passe et sur ce qui peut être fait pour eux. Nous sommes assez mal informés sur nos droits, sur le statut, sur les évolutions pressenties, et très peu conscients que les problèmes rencontrés au travail ne sont pas une fatalité. Trop de PH comptent encore sur le conseil de l'ordre ou la CME pour les défendre ; ils pourraient être déçus.

Avec un correspondant local qui assume pleinement l'étiquette et les prises de position de son syndicat, les collègues mettent un visage sur le SNPHARE et ils savent à quoi s'en tenir ; pourvus qu'ils soient libres de lire ou pas les lettres d'info, de suivre ou non les mots d'ordre et de penser différemment.

Au-delà de l'information, je fournis essentiellement des conseils. Le motif d'appel le plus fréquent : les conditions financières d'embauche (à quel échelon ? À quelle PECH - prime d'engagement de carrière hospitalière, quelle IESPE - indemnité d'engagement de service public exclusif, puis-je prétendre à la prime de précarité ?). La permanence des soins et le TTA sont deux autres sujets qui occasionnent beaucoup

de questions et de désaccords entre PH et direction.

AVOIR DES MOYENS SYNDICAUX, LA BASE DE L'ENGAGEMENT.

Même s'il faut un peu de conviction et de motivation, ça ne tient pas au délégué mais aux moyens syndicaux qu'on lui accorde. Mon seul mérite est de les avoir demandés inlassablement. Après un changement de directeur adjoint aux affaires médicales, j'ai trouvé une écoute et j'ai obtenu presque tout ce que je demandais. Concrètement, le CHANGE (CH Annecy Genevois) a mis à ma disposition :


- Une adresse mail dédiée snpshare@ch-annecygenevois.fr
- Une autorisation spéciale pour utiliser ou créer un groupe de diffusion depuis cette messagerie
- Un droit d'affichage avec 2 emplacements (panneau-vitrine grand format avec serrure, comme les autres organisations syndicales)
- Un droit de réunion sous condition de simple information préalable
- Une autorisation d'absence pour les CA du SNPHARE

Et ce n'est peut-être qu'un début, car la direction est plutôt ouverte à la discussion. À l'avenir, il n'est pas impossible qu'on puisse discuter d'un temps syndical dédié, accordé par l'établissement par défaut de disposition réglementaire au niveau national (cf. tableau page 6).

UN CHEMIN SEMÉ D'EMBÛCHES...

Je ne m'attendais pas à découvrir qu'il y a des PH en grande souffrance et certains avec des difficultés financières. Pour eux, on entre d'emblée dans le vif du sujet et on ne peut pas agir à la légère. Les autres difficultés découlent souvent du non-droit syndical médical.

Le temps. C'est ce qu'il manque le plus. Pour les médecins, il n'y a quasiment rien de prévu pour libérer du temps d'activité syndicale. Le ministère devrait se décider. Soit il estime que le syndicalisme est inutile aux médecins hospitaliers et il n'accorde plus les

Droit et moyens syndicaux figurant dans la loi			Moyens accordés au	Revendications du	
	Personnel Non Médical	PH	SNPHARE à Annecy	Pour les PH	
Délégation locale	✓	✓	✓		
Droit de réunion	✓	✓	✓		
Tractage et affichage	✓	✓	✓		
Autorisation d'absence	✓	✓	✓		
Formation syndicale	✓	✓	✓		
Matériel syndical (PC, papier, imprimante)	✓	✗	A discuter		
Local syndical	✓	✗	A discuter	✓	
 Elections professionnelles	✓	✗		✓	
	Instances (CHSCT, CTE, CME)	✓		✗	✓
	Participe à la CAP et CCP	✓		✗	
	Décharge d'activité de service	✓		✗	A discuter
Et peut-être à l'avenir pour la délégation d'Annecy :			Inscription au règlement intérieur		
			Membre permanent COPS		

quelques miettes actuelles, soit il se souvient que c'est indispensable à une conception moderne et progressiste du travail, quel qu'il soit, et il nous donne beaucoup plus.

La formation. Chaque nouveau sujet nous fait prendre la mesure de votre ignorance, et même si nous nous formons sur le tas, un minimum de formation est le bienvenu (mode de calcul du temps de travail, historique des acquis syndicaux, réglementation, hiérarchie des normes, justice administrative...).

La prise de risque pour les actions individuelles ou collectives. Même si c'est du ressort du Conseil d'Administration de décider de s'engager dans une grève ou de pousser à faire des recours, sur le terrain les collègues s'en remettent à nous. La pression se déplace alors sur nous et nous pouvons avoir des moments de doute.

L'impression d'être illégitime. Cela n'est pas le cas pour les organisations syndicales (OS) non médicales.

LES DIFFÉRENCES ? QUELS SONT LES RAPPORTS AVEC LES AUTRES « OS » DU PERSONNEL ?

Dans mon établissement je côtoie aussi bien des OS sans aucune autonomie (même pour avoir un avis au téléphone sur un sujet très local, le délégué te répond qu'il va en faire part à sa fédération et qu'il te répondra sous 15 jours) que des OS autonomes avec la personnalité juridique, un budget et une liberté d'initiative. Ces dernières me sollicitent beaucoup pour des actions communes (communiqués, rassemblements, tracts, pétitions) et doivent parfois penser que je suis inefficace.

Mais en tant que délégué SNPHARE, je suis à mi-chemin entre ces deux modèles. Le CA me fait confiance, je le tiens régulièrement informé et, surtout, je m'appuie sur ses membres et leurs connaissances pour

répondre à toutes les questions des collègues.

Être médecin et syndicaliste ne va pas de soi, mais le vide réglementaire y est pour beaucoup. Sans véritable droit syndical, nous ne sommes pas invité au CHSCT (comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail), on a peu de contact avec la médecine du travail, aucun avec l'inspection du travail, on n'est membre de droit ni de la CME, ni de la COPS, ni du conseil de surveillance, on n'est pas consulté sur les sujets qui nous concernent, on n'a d'accès privilégié ni au bilan social ni au bilan annuel de la santé au travail comme l'ont les autres OS représentatives. D'ailleurs on n'est pas représentant élu par la base, on est volontaire désigné par l'OS.

Finalement, une délégation du SNPHARE dans un établissement, c'est bon pour les PH mais pour autant, ce n'est pas une officine catégorielle, c'est un service public au sein du Service Public.

LES PERSPECTIVES DE CETTE DÉLÉGATION

Il y a largement du travail pour 2 ou 3 et plus généralement, il serait bon qu'il y ait un engagement syndical plus franc de la communauté médicale, si possible débarrassée de quelques a priori antisyndicaux, que ce soit pour renforcer ma délégation ou auprès d'une autre organisation.

J'ai la chance que la direction de mon établissement travaille avec les syndicats. C'est loin d'être toujours rose, mais il n'y a pas d'a priori négatif. Ça permet d'envisager la suite avec plus de moyens pour une délégation plus robuste et pérennisée. Même si le Code de Santé Publique ne le prévoit pas, je pense que cette direction ne s'interdirait pas de discuter de temps syndical dédié si je le souhaitais.

*Renaud Chouquer,
délégué syndical du SNPHARE au CH d'Annecy*

Le syndicalisme du point de vue des magistrats

Nils Monsarrat est juge à Bobigny et il a accepté de répondre à nos questions sur le duo magistrature/syndicalisme. Le secrétaire national du syndicat de la magistrature nous raconte dans cette interview comment ça se passe du côté des magistrats en termes de moyens syndicaux, de philosophie syndicale, de mobilisation... Praticiens hospitaliers et magistrats seraient-ils plus proches qu'on ne le croit ?

PHARE: L'engagement syndical allait-il de soi pour vous ?

Nils Monsarrat : Oui en effet, car j'ai hérité d'une véritable culture familiale de l'engagement, c'est le premier point. Deuxièmement, la magistrature est un corps où l'obligation de réserve est vraiment très forte et l'engagement syndical permet de se « défaire » un petit peu de cette obligation, il permet de pouvoir discuter avec les collègues de la machine judiciaire sans être accusé d'en dire du mal. Sans la casquette syndicale, je trouvais qu'il était difficile de provoquer le débat, de lui permettre d'exister tout simplement. Je me suis donc syndiqué très naturellement, et je suis secrétaire national du syndicat aujourd'hui.

PHARE: Comment est perçu le syndicalisme dans le monde de la magistrature ? Les magistrats sont-ils majoritairement syndiqués ?

Nils Monsarrat : On ne peut pas dire que les magistrats soient majoritairement syndiqués, mais le taux de syndicalisation est assez fort. Je crois qu'il est légèrement supérieur à celui de la fonction publique. Les syndicats ont une place très importante en termes d'histoire de la magistrature, d'histoire de la justice. Il y a deux syndicats principalement au sien de la magistrature : le syndicat de la magistrature, historiquement le premier, mais minoritaire et l'USM. À mon avis, le syndicalisme est fort dans la magistrature, car c'est un moyen essentiel pour garantir l'indépendance de la justice. Selon la constitution, l'indépendance de la justice est garantie par le chef de l'État, ce qui est tout de même curieux. Notre syndicat, par exemple, a été créé en 1968 par des gens dont certains avaient vu leurs parents déportés pendant la seconde guerre mondiale. Derrière

leur combat pour la création du syndicat, il y avait l'idée que si la justice avait été plus indépendante à l'époque, certaines choses ne seraient pas arrivées et qu'ils n'auraient pas à rougir de honte face aux décisions, aux actions de certains magistrats pendant la seconde guerre mondiale.

PHARE: Est-il simple de mobiliser les collègues magistrats quand vous le jugez nécessaire ?

Nils Monsarrat : Non, ce n'est pas simple. Formellement, le droit de grève est interdit dans la magistrature. Cette interdiction ne vaut pas grand-chose à notre sens juridiquement, et nous continuons, de manière symbolique, à nous déclarer en grève malgré tout - avec dans l'esprit, que, comme les médecins, nous pourrions être réquisitionnés si cela était nécessaire. Peu de magistrats se déclarent en grève, en revanche une des formes traditionnelles de mobilisation dans la magistrature c'est de se rassembler sur les marches du Palais de Justice. Nous l'avons d'ailleurs fait récemment. Les magistrats participent à ce genre d'actions, il arrive que tout le tribunal vienne lorsque la mobilisation a lieu dans un petit tribunal.

PHARE: Dans le monde médical, la question des moyens syndicaux se pose depuis des années tant ceux-ci sont faméliques au regard des besoins et du nombre de professionnels concernés, qu'en est-il dans la magistrature ? Estimez-vous les moyens syndicaux à la hauteur ? Si oui/si non, pourquoi ?

« Les actions contentieuses sont de plus en plus nombreuses, c'est une arme en plus. »

Nils Monsarrat : Nous dépendons des cotisations de nos syndiqués en ce qui nous concerne. Un nombre non négligeable de magistrats à la retraite



demeurent syndiqués, et c'est un soutien vraiment important, qui nous permet d'être indépendants. On dépasse alors le simple intérêt matériel de la cotisation, c'est une adhésion intellectuelle presque philosophique qui pousse les magistrats à rester syndiqués. En termes de temps, nous avons des décharges syndicales, pour le dire simplement nous sommes mieux dotés que le syndicalisme médical à ce niveau-là. Nous obéissons aux règles de la fonction publique, ce qui est un avantage. La décharge syndicale est un système compliqué malgré tout, notamment au niveau local. Un exemple : si je suis juge des enfants et que je bénéficie d'une décharge syndicale, c'est un collègue qui va devoir s'occuper de « mes enfants ». Parfois, on ne va pas vouloir imposer ça aux collègues, et donc on ne demandera pas de décharge syndicale. On va essayer de tout mener de front donc au niveau local, tout cela peut être compliqué. Au niveau national, nous avons 9,2 décharges.

PHARE : À votre avis, à l'heure actuelle quels sont les leviers syndicaux les plus pertinents à activer pour que l'action syndicale soit efficace ?

Nils Monsarrat : Dans les faits, il existe de nombreuses instances de dialogue social dans la magistrature, mais elles ne constituent qu'une façade. Nous sommes consultés sur les textes qui nous concernent mais sur les choses vraiment impor-

tantes on ne nous demandera pas notre avis. Ces instances existent, mais ne sont donc pas du tout satisfaisantes. Pour réussir un combat : il faut arriver à sensibiliser le grand public et avoir des partenaires solides. Quand les avocats se mobilisent sur un sujet

« Il existe de nombreuses instances de dialogue social mais elles ne constituent qu'une façade. »

qui nous concernent également, nous savons que cela aura plus de poids. Les actions contentieuses sont de plus en plus nombreuses, c'est une arme en plus. Nous le faisons régulièrement, nous avons plus

d'une vingtaine de recours devant le Conseil d'État.

PHARE : Le syndicat de la magistrature est perçu comme politiquement orienté, est-ce un atout ou une faiblesse selon vous ?

Nils Monsarrat : Je pense que c'est un atout en termes de cohérence interne. Le syndicat dont je fais partie est le seul qui soit clairement orienté politiquement. Nous prenons plus facilement certaines décisions, les choses sont plus fluides au niveau de la base. Ce que les gens ont du mal à comprendre c'est que l'on puisse être orienté en tant que syndiqué et impartial en tant que magistrat à la fois. Nous avons tous un point de vue sur l'évolution de la société, et au sein de notre syndicat nous avons un point de vue plus sensible aux gens en situation de faiblesse, mais ça ne nous empêche pas d'appliquer le droit.

Propos recueillis par Saveria Sargentini

Syndicalisme et directeur d'hôpital, en duo

Maxime Morin est directeur d'établissement hospitalier et secrétaire général adjoint du SYNCASS-CFDT. Cette double casquette de directeur d'hôpital et de syndicaliste mérite qu'on s'y attarde. Nous avons demandé à Maxime Morin, directeur du Centre Hospitalier de Roubaix, de nous parler de son engagement syndical, de sa vision du syndicalisme, de la vie syndicale au sein du SYNCASS-CFDT et de l'hôpital en général.



PHARE: Quel est le sens de l'engagement syndical quand on est directeur d'hôpital comme vous ?

Maxime Morin : Étant chef d'établissement depuis presque 15 ans, je considère avoir une certaine vue sur les politiques de santé et en matière d'hospitalisation. Je considère que cela fait partie de notre organisation républicaine et démocratique, que les acteurs de l'hôpital se regroupent pour participer au débat public par rapport à l'expérience qu'ils ont, ils se doivent d'influer sur leur évolution. Les directeurs sont des travailleurs comme les autres, il est normal que les syndicats puissent exprimer leur vécu également. Les directeurs sont des fonctionnaires d'autorité, ils ont une place particulière, nous avons un devoir de réserve et nous avons une vue sur ce qui se passe. Je trouve que cela est légitime, en tant que syndicat, que nous puissions nous exprimer. Deuxièmement,

« La défense des collègues est très importante. Nous les défendons, les conseillons, les accompagnons individuellement ou de manière collective. »

la défense des collègues est très importante. Nous défendons, conseillons, accompagnons de manière individuelle ou de manière collective. Nous devons nous assurer que notre place soit entendue et respectée lorsque l'on parle de politique publique.

PHARE: Quels sont les principaux leviers qu'un syndicat représentant les personnels administratifs hospitaliers est amené à activer ?

Maxime Morin : Il y a différentes sections de personnels au sein du SYNCASS-CFDT. Ce qu'il faut savoir, c'est qu'à la différence des autres syndicats, des grandes fédérations syndicales, nous sommes sur une gestion nationale des corps. Nous n'avons pas de section dans les établissements de santé, nous y avons éventuellement des adhérents, mais nous ne participons pas aux élections professionnelles par exemple. Nous avons ce que l'on appelle, des CAP (commission administrative paritaire) nationales et des commissions qui s'occupent des conditions de travail. Une équipe nationale de permanents existe, mais il n'en existe pas au niveau régional. Les dossiers sont présentés dans ces instances nationales et on suit l'évolution des collègues quels que soient leur établissement d'affectation et leur région d'appartenance. Nous avons deux domaines qui ont été fortement rénovés ces deux dernières années : les CAP où aujourd'hui sont uniquement évoqués les recours individuels, et puis les modalités pour postuler sur les postes de chef d'établissement. Jusque-là on avait un comité de sélection qui a été remplacé par une instance collégiale où les syndicats ont juste une voix consultative.

PHARE: Comment perçoit-on le syndicalisme médical lorsque l'on est directeur d'hôpital comme vous ?

Maxime Morin : Il faut savoir qu'au sein du SYNCASS-CFDT, le développement du syndicalisme médical et les droits du syndicalisme médical ont fait l'objet de nombreuses discussions, durant lesquelles nous étions tous d'accord pour dire que ces droits devaient être développés et respectés par l'État. Il est essentiel pour nous de défendre ces valeurs-là en tant que syndicats de travailleurs, comme les autres. Effectivement, les objectifs peuvent différer, évoluer, mais au sein d'un État démocratique et républicain, les syndicalistes hospitaliers doivent pouvoir exercer leur droit comme les autres et dans les mêmes conditions.

PHARE: Avez-vous un temps dédié à votre activité syndicale ?

Maxime Morin : Nous avons un crédit de temps syndical qui est octroyé à chaque syndicat représentatif pour les corps de direction et puis pour participer aux instances nationales, à partir des élus que nous avons, que ce soit en CAP ou en CCM, nous avons du temps syndical qui est comptabilisé. À chaque fois que nous sommes invités, nous recevons une convocation qui nous permet, vis-à-vis de notre chef d'établissement ou de notre ARS quand on est chef d'établissement, d'indiquer que nous sommes en temps syndical. Dernière chose, sur la bonne volonté ou la bonne acceptation des chefs d'établissements dans les lieux d'affectation, pour participer à la vie interne de notre syndicat, essentiellement notre

conseil syndical, une demande d'autorisation au chef d'établissement ou à l'ARS doit être faite et le syndicat fourni un certificat attestant de la présence de la personne.

PHARE: L'Hôpital Public dans son ensemble connaît un certain nombre de difficultés depuis plusieurs années, l'enjeu est de taille. Pensez-vous que les syndicats médicaux, paramédicaux et administratifs pourraient avancer de concert sur des revendications communes ?

Maxime Morin : Ce sont les syndicats qui font l'effort de se présenter aux élections, qui ont des élus, des adhérents, qui font ce que l'on doit faire dans un syndicat, qui sont représentatifs et qui sont donc légitimes pour discuter du

« Les syndicats qui font l'effort de se présenter aux élections, qui ont des élus, qui ont des adhérents, sont ceux qui sont représentatifs et qui sont donc légitimes. »

futur de l'hôpital. Les associations ou les collectifs, dont je ne mets pas en cause l'existence, n'ont pas de mesure de leur représentativité. Les premiers acteurs du dialogue social sont ceux qui font cet effort de structuration, ceux qui font l'effort de discuter avec leurs « camarades » même lorsqu'ils ne sont pas d'accord, ceux dont les objectifs sont clairs et précis. Je pense que si l'on détermine correctement qui nous mettons autour de la table, les négociations seront plus pérennes et plus prometteuses.

Propos recueillis par Saveria Sargentini

PENSEZ À SUIVRE L'ACTUALITÉ SUR LE SITE DU SNPHARE

<https://www.snphare.fr>



Suivez-nous sur Facebook :

<https://www.facebook.com/SNPHARElargi/>



Suivez-nous sur Twitter :

<https://twitter.com/SNPHARE>

Printemps 2021 : l'heure des auditions du SNPHARE

On n'en finit pas d'afficher qu'il faut « tirer des leçons de la crise sanitaire ». Est-ce l'approche d'une fin de mandature présidentielle qui stimule de nouveaux échanges avec le terrain ?

MISSION IGAS ET SOINS CRITIQUES

Les missions IGAS (inspection générale des affaires sociales) sont des missions confiées à des « inspecteurs » sur un sujet très précis. L'IGAS est un organisme indépendant des tutelles.

Les soins critiques sont la nouvelle dénomination de l'ensemble des services de réanimation et de soins continus et intensifs.

La mission IGAS sur les soins critiques fait suite à une lettre de mission rédigée par le ministre des Solidarités et de la Santé ; la commande vise à analyser le capacitaire en soins critiques en temps normal et en temps de crise sanitaire : nombre de lits mais aussi moyens, financements et ressources humaines. Elle se déroule en lien étroit avec les Conseils Nationaux Professionnels d'Anesthésie-Réanimation-Médecine Péri-Opératoire et de Médecine Intensive Réanimation, et donnera lieu à un rapport et des propositions fin juillet 2021.

Vendredi 14 mai, le SNPHARE a été auditionné par la mission IGAS sur le capacitaire en soins critiques et a participé à l'audition des « jeunes AR » le 25 juin 2021. La liste des sujets abordés est longue :

- La formation des médecins compétents pour la réanimation, notamment la réforme du 3^e cycle et le DESARMIR (où le SNPHARE avait été très investi lors de son élaboration, en 2016-2017), l'expertise de notre discipline dans la séniorisation des internes (travail du CNP faisant suite à une enquête du SNPHARE en 2019) et les trajectoires de carrières des médecins anesthésistes-réanimateurs (illustrée par l'enquête CONTRAMAR du SNPHARE, 2018) ;

- Le difficile problème des ressources humaines paramédicales (IDE, mais aussi aide-soignant(e)s, masseurs-kinésithérapeutes, psychologues, cadres...) : leur formation, l'attractivité, la question du mode de reconnaissance des IDE de réanimation, les ratios IDE et AS/ patients de réanimation, mais aussi médecin/patients ;
- L'écueil de la T2A pour les soins critiques ;
- L'importance d'une définition territoriale de « qui fait quoi », entre les structures publiques et privées ;
- Le principe de réserves soignante et médicale permettant une adaptation souple et rapide en cas de crise sanitaire ;
- La grande leçon de la transformation de l'hôpital en hôpital COVID : l'utilisation de la réflexion du terrain : écoute des équipes, échanges multiprofessionnels et multidisciplinaires dont on sait la réussite pour l'adaptation très rapide à la crise COVID en mars 2020 ;
- Le nécessaire accompagnement des professionnels de santé en temps de crise sanitaire.

Les échanges se sont déroulés dans une ambiance courtoise, la mission IGAS a mis en exergue la richesse de la réflexion apportée par le SNPHARE.

ASSEMBLÉE NATIONALE : IADE ET PRATIQUE AVANCÉE

Le SNPHARE a participé à la table ronde organisée par la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale le 19 mai 2021, au sujet de la mission « Professions de santé : évolution des périmètres de compétences, des protocoles de coopération et des pratiques avancées ».

La position du SNPHARE rejoint celle de l'ensemble de la profession, et a été communiquée sous forme de contribution à la mission.

- **Respect du décret de l'anesthésie de 1994 et du**



décret de compétences IADE de mars 2017, qui définit très clairement la collaboration MAR-IADE ;

- **Refus de la transformation du métier d'IADE en pratique avancée telle qu'elle est décrite dans la législation**, car la pratique avancée permet une autonomie totale (et non supervisée) : consultation, prescription, actes, et donc permettrait au législateur de décider que les consultations pré-anesthésiques ne soient plus médicalisées ou qu'un IADE puisse endormir sans médecin anesthésiste-réanimateur à proximité, voire sur site ;
- **Soutien de la demande d'évolution statutaire et de revalorisation salariale des IADE**, nécessaire reconnaissance des IADE au vu de leur spécialisation et de leur implication dans l'acte anesthésique ; cette reconnaissance est d'autant plus importante que le Ségur n'a absolument pas valorisé les IADE, lesquels sont pleinement investis dans le renfort sanitaire en réanimation (*in situ* et création des réanimations éphémères) depuis plus d'un an.

AU MINISTÈRE

Après de multiples demandes de rendez-vous, le SNPHARE a enfin été reçu au ministère par le cabinet du ministre de la Santé. Les principaux sujets abordés ont été :

- Évidemment, le reclassement des praticiens hospitaliers : alors que les PH en prolongation d'activité ont obtenu le reclassement d'activité, le reclassement « + 4 ans » des 75 % des PH qui ont été défavorisés par le décret du 28 septembre 2020 n'est toujours pas à l'ordre du jour, pour des raisons financières... nous l'avons mis en perspective avec le manque d'attractivité et le très mauvais signal envoyé aux PH et aux futurs PH, avec le nombre gigantesque de

recours au tribunal administratif... il va falloir continuer à se battre !

- La permanence des soins et le temps de travail des praticiens hospitaliers ; le sujet de la permanence des soins va être à l'ordre du jour ces prochaines semaines, la question de la 5^e demi-journée (« 24 heures = 5 DJ ») se heurte une fois de plus à son coût ; sur le temps de travail, le ministère se retranche derrière des recours sur le temps de travail qui sont en Conseil d'État (l'Union européenne a obligé les États membres à réaliser un décompte horaire du temps de travail des travailleurs) : au lieu de mettre en œuvre cette injonction et de négocier avec les syndicats, le ministère préfère la judiciarisation et joue la montre... il nous a été quand même dit que « vu notre niveau d'études, ça ne posait aucun problème qu'on ait à travailler plus de 10 heures par jour tous les jours » !!! Nous avons invité nos interlocuteurs à passer une journée à l'hôpital avec nous, pas de réponse pour l'instant...
- Le sujet des IADE et de la pratique avancée a été également évoqué, nos auditeurs étant particulièrement intéressés d'entendre notre point de vue.

Il serait illusoire de vous dire que nous pourrions bientôt crier victoire sur chacun de ces sujets. Il s'agit surtout d'exprimer au ministère quels sont les sujets importants à mettre sur la table pour les praticiens hospitaliers.

En période pré-électorale, il est important de marteler que la reconnaissance de notre travail et l'amélioration des conditions dans lesquelles nous avons à le faire sont essentielles à la survie de l'hôpital public, seul établissement de soins aigus ouvert 24 h/24 tous les jours de l'année, pour tous.

AW

Témoignages

Merci à Charlotte Chollet-Xémard, directrice Médicale Adjointe du SAMU-94, pour ce témoignage. Elle a partagé pendant de nombreuses années sa vie professionnelle avec Michel, mais pas que... Ils avaient également tissé des liens amicaux très forts. Nous avons également sélectionné quelques hommages à Michel parmi les nombreux reçus sur l'adresse mail dédiée.



SES 3 PHRASES CULTES

« Viens, nous allons prendre langue », je crois que cette locution verbale l'amusait et il se délectait à la prononcer quand il avait envie de discuter un peu.

« Et vive la vie », il ponctuait certaines de ses phrases ainsi.

« Je t'aime », il aimait le dire et le redire à ceux qu'il affectionnait particulièrement.

LES 3 MOMENTS LES PLUS FORTS AU BOULOT AVEC MICHEL

- Ses arrivées au staff le matin, qui ne passaient jamais inaperçues, toujours assez théâtrales. Mais dès qu'il était assis, il écoutait, expliquait, rassurait et recadrait aussi parfois quand cela lui paraissait nécessaire, mais toujours avec bienveillance.
- À chaque changement de saison, Michel avait institué un amélioré le midi. Chaque personne qui le souhaitait, apportait quelque chose qu'il avait réalisé lui-même, il y tenait. Nous avions le printemps des entrées ou l'automne des desserts par exemple.
- Les musiques d'opéra qu'on entendait dans tout le couloir du 2^e étage du Samu, il aimait chanter et

sa voix résonnait jusque dans mon bureau situé à l'autre bout du couloir. Il adorait aller à l'opéra.

LES 3 LEÇONS QUE VOUS RETIENDREZ DE MICHEL

- La disponibilité, Michel était toujours prêt à rendre service sans compter et sans rien attendre en retour.
- La finesse dans ses analyses de situation, dans la façon de faire passer un message, dans sa façon d'être.
- L'engagement que ce soit sur le plan syndical, professionnel ou personnel, Michel était un homme engagé qui se battait sans relâche pour ce qu'il croyait juste.

SES 3 GRANDES QUALITÉS

- Être humaniste, Michel pensait que l'homme est bon. Il m'avait expliqué un jour que deux théories s'opposaient « l'homme est un loup pour l'homme » et « l'homme est bon ». Il avait choisi de croire en cette dernière. Je m'y accroche chaque jour et j'aime à penser qu'il m'y aide.
- Être exemplaire. La phrase d'Einstein « donner l'exemple n'est pas le principal moyen d'influencer les autres, c'est le seul » correspondait exactement à ce que Michel s'imposait. Son implication dans le service en témoignait que ce soit en régulation, en SMUR, dans la formation des plus jeunes, dans la rédaction de procédures, ou encore dans l'organisation des réunions scientifiques du service.
- Être épicurien. Michel aimait la vie plus que tout, il aimait profiter de ses plaisirs simples comme des repas ou des vacances en famille, ou avec ses amis. Il aimait recevoir, se creuser la tête pour trouver la meilleure recette à faire. Il aimait faire la fête et cherchait toujours une tenue très spéciale ou une qui le démarquerait des autres, et il avait tellement raison, parce qu'il était et restera unique... Il me manque tant.



Mon mimi

Côtes à côtes

Nous étions côtes à côtes au syndicat
À tes côtés, je profitais : regard bienveillant,
esprit vif, verbe élégant
À tes côtés, on s'étonnait et on riait
À tes côtés, on combattait par convictions, par idées

Côtes à côtes,

On rentrait de nos réunions syndicales parisiennes
À tes côtés, on échangeait lectures,
impressions et musiques,
À tes côtés, j'appréciais la voix chantée,
tes gammes aussi

Côtes à côtes,

Nous étions en CME, je souriais
de tes belles cravates
À tes côtés, on s'ennuyait aussi en réunion
en soupirant
À tes côtés, j'écoutais : pas d'éclat, des touches
de paroles simples et justes

Côtes à côtes,

Nous étions là à San Francisco en congrès
d'anesthésie,
Et nous étions jeunes et beaux, m'as-tu écrit,
en souriant je crois
Le temps a passé, parfois côtes à côtes

Sans se côtoyer souvent, tu m'es présent

Catherine Bernard

Le plus drôle, le plus beau,
le plus sexy,
le plus sympa des anesthésistes.
Je n'oublierai jamais tes inductions à
Laennec, tous les patients tombaient
amoureux de toi à l'induction,
les femmes, les hommes, ils t'aimaient
tous, les fêtes en salle de garde,
et le plus beau souvenir de toi :
je me souviendrai de toi heureux
en dansant sur la table...

Andréa

Michel était un homme formidable,
un grand médecin engagé pour la collectivité,
qui a toujours su faire face aux épreuves de la Vie
avec courage

J'aimais discuter avec lui de choses et d'autres
car nos discussions dépassaient souvent le cadre
de ses problèmes néphrologiques.

Je garderai un souvenir ému de nos échanges.
Michel, toi qui m'appelait « Mon Vincent » je peux le
dire en ce jour « Mon Michel »
tu vas nous manquer...
Je transmets à ta famille et à tes proches mes plus
sincères condoléances

Vincent Audard

Je suis immensément peiné par le décès de Michel Dru.

Je l'ai connu en 1997 à Henri Mondor, dans une équipe soudée de
vieux briscards (JCM, koukou, yves H...) et de jeunes chefs comme Yves
Rebufat et Thomas Lieutaud. Philippe Duvaldestin était le patron mais
il ne maîtrisait pas ce service baroque et tentaculaire aux personnali-
tés « fortes » et compétentes. J'étais jeune interne en réa chir. Michel
travaillait au Samu 94 avec P Margenet.

Je les regardai, tous casqués, à la « console » de régulation. J'étais très
impressionné. Pour moi c'était plus simple la réa...
avec Gilles à l'autre bout du couloir.

Je n'étais pas « son » interne, mais nous nous croisions et...bien sûr
il se permettait de me mettre la main aux fesses en riant, me disant
« Comment ça va aujourd'hui mon chéri ». Je pense que nous sommes
nombreux à avoir entendu cette phrase symbolisant parfaitement sa
déconnade inimitable. Quand J'ai su qu'il était malade, je lui ai envoyé
un message, il m'a répondu que cela allait mieux et qu'il avait repris
le travail. On n'oublie jamais son internat, et certaines personnes nous
marquent plus que d'autres...

Quand nous sommes partis à Perpignan, Anne s'est investie au
SNPHARE. Un jour, alors en consultation, Michel m'a appelé pour valider
le fait que lui et d'autres pensaient qu'Anne devrait en être la prochaine
présidente. Nous avons discuté de cela puis bien vite de Mondor, de Jean
Marty... Je n'étais plus interne, mais il émanait de sa voix une sagesse
et autorité naturelle qui m'ont ramené 20 ans en arrière : « parce que tu
comprends Arnaud, le SNPHARE, c'est pas n'importe quoi ».

Michel, c'était un alliage très rare de sérieux et de décontraction avec
un curseur finement placé. Le curseur de la Classe en fait, car il avait la
classe, Michel, la vraie. Je crois qu'il aurait pu pincer le cul de Macron
et Vérane en leur parlant santé au travail... les deux messires se seraient
sans doute un peu décoincés.

À tous ses proches, j'adresse mes condoléances. Sa perte est énorme,
mais son souvenir restera vif pour beaucoup.

Je suis heureux de l'avoir connu...et pour le paraphraser, je finis avec :
« qu'est-ce qu'on s'est marré quand même ».

Merci Michel !

Arnaud Geffroy



Quand on s'est retrouvés tous les deux aux manettes du SNPHARE, sans oublier Maxou bien sûr, le trio de choc, tu m'as invitée au resto pour qu'on fasse connaissance : j'ai compris après que c'était une de tes marques de fabrique. On a fait connaissance, on a

compris qu'on avait plein de points communs et que ça allait rouler : le même genre de famille avec 4 enfants et un couple hyperactif ; les mêmes valeurs éthiques politiques, le respect des autres, ne pas vouloir forcément attirer la lumière, mais travailler ensemble.

Cette complicité ne s'est jamais arrêtée : pendant 3 ans, un coup de fil quasi quotidien, mais pas le soir pour ne pas déranger les familles, sauf si on était de garde : qu'est-ce qu'on décide ? Qu'est-ce qu'il y a à faire ? Qui fait quoi ? et hop c'était lancé. On raccourcissait les CP de maxou qui faisaient 3 pages, il adorait.

Trois ans comme ça, jamais une dispute, jamais une incompréhension. Il y a eu des moments d'enthousiasme, des moments de conflits, mais avec toi ça a toujours fonctionné, on s'est défendus mutuellement contre certaines agressions. Toujours ton opiniâtreté, ta détermination, ton élégance, ta courtoisie, ta bienveillance.

Tu savais être à la fois léger et profond, plein d'humour, courageux mais tout en souplesse.

Quand tu es tombé malade, c'est là où on a tous pu mesurer ton courage, et celui de Kiki. Combien parmi nous ont vraiment su ce que tu avais enduré, sans te plaindre, toutes ces années. Avec toujours cette légèreté, ce détachement apparent qui n'en était pas un.

Mimi, merci d'avoir été ce que tu étais, et Christiane aussi, toujours là avec le bon ton pour mener votre barque à vous tous. Les enfants, vous avez eu beaucoup de chances de les avoir. Mimi parlait beaucoup de vous.

Il nous manque déjà, comme Maxou nous manque encore.

Nicole Smolski

Michel, je t'ai vu début mars et je t'ai dit au revoir en te disant on se voit dans quelques mois, car je partais en congé maternité...

Je n'imaginai pas que ce serait toi qui nous dirais au revoir.

C'était un plaisir de t'avoir comme collègue, je t'ai eu aussi comme patient, et à chaque fois c'était un moment agréable d'échange avec toi. Tu as toujours été battant dans la maladie et tu continuais de travailler.

Tu étais si gentil et bienveillant avec moi. J'aimais quand tu me parlais de ta famille. Je suis triste, car tu es parti trop tôt. Je suis triste pour ta famille qui a perdu une belle personne, je n'ai pas de mot pour la consoler et je leur adresse tout mon soutien affectueux pour cette terrible épreuve.

Je garderai un beau souvenir de toi dans mon cœur. Nous partageons avec mes collègues cette grande peine.

Soulef

Michel a été le premier médecin anesthésiste-réanimateur que j'ai rencontré lors de mon premier stage d'externe il y a déjà longtemps... je me rappelle son énergie, son professionnalisme mais aussi sa bonne humeur et son sourire ! J'ai suivi la même voie que lui et je l'ai retrouvé plus tard au sein du SNPHARE, où il a mis son dynamisme au service de nous tous. Il n'aura pas eu le temps de profiter de cette retraite bien méritée pour laquelle il a tant bataillé. Repose en paix Michel.

Juliette Kavafyan Lasserre, Beaujon

Toujours avec le sourire, toujours une parole gentille et réconfortante... J'ai eu le plaisir de travailler avec Michel au SAMU94, et c'est un honneur d'avoir connu cet homme avec tant de richesse humaine, de curiosité, de dynamisme.

Bon voyage Maître Michel ! Et merci !

Rachel

Chaque personne qui a croisé la route de Michel se souvient forcément

de lui. Chacun a son anecdote. Pour ma part je l'ai vu la première fois au SAMU-94 et je l'y ai côtoyé les quinze années passées à Henri Mondor. Sa bonne humeur était communicative. J'ai aimé le collègue et l'être humain. Au revoir Michel.

Saïda

J'ai connu Michel lorsque j'étais tardif étudiant en médecine, à Laennec à l'époque en cours de fermeture, et j'ai été séduit par son audace encore juvénile et son professionnalisme conjugués. J'ai eu largement l'occasion, depuis, d'apprécier sa constance dans ses opinions, ne cédant rien, son souci de transmettre associé à une nécessaire bienveillance, malgré des épisodes tragiques. Il restera un modèle pour le syndicalisme hospitalier ; et il conservera tout mon respect et mon amitié.

Christian Guy-Coichard, AP-HP

Au revoir Michel. Tu étais de tous les combats, actif et sage. Avec une économie de mots, tu savais guider tes troupes et même au-delà. À tes côtés, nous avons vécu une belle et courageuse fraternité de lutte. Elle continue, avec le souvenir de ton exemple et l'hommage très profond qu'il mérite.

Bernard Granger

Un petit mot pour Michel, un grand monsieur du syndicalisme médical qui a tant fait pour notre spécialité bien souvent malmenée, un vieux routard de toutes les coulisses et méandres de nos tutelles administratives, que j'ai remplacé à la CME lorsqu'il a quitté son mandat. Un siège bien trop grand pour la novice que j'étais !

Merci à toi de m'avoir épaulée, guidée et aidée.

Chapeau bas pour le chemin parcouru, la droiture dans la défense d'une certaine idée du service public et du droit des médecins qui y travaillent. Merci !

Sonia Delaporte-Cerceau, AP-HP

L'interview de Michel Dru, deux fois président du SNPHARE : les relations syndicales avec les instances gouvernementales changent !

Cet infatigable anesthésiste-réanimateur s'est engagé très tôt dans le combat syndical puisqu'il était déjà syndiqué au lycée ! Président du SNPHARE à deux reprises, après avoir passé la main à Anne Wernet et pris sa retraite en janvier 2019, il nous a reçus chez lui en toute intimité pour dresser le bilan de ses deux mandats. Sourire aux lèvres et humour aiguisé, il a accepté de partager avec nous sa vision du syndicalisme, ses souvenirs d'adhérent et de président, tout en donnant son avis sur l'actualité politique, la féminisation du métier...



PHARE : Quel bilan personnel et syndical dressez-vous après deux mandats à la tête du SNPHARE ?

Michel Dru : Quand on prend la présidence pour la première fois, on a un certain dynamisme, on se sent galvanisé par les combats syndicaux même si le SNPHARE

avait obtenu un grand nombre de mesures sous Kouchner : la limite du temps de travail à 48 heures par semaine, le repos de sécurité, les RTT, etc.

Lors de mon premier mandat, la seule chose que nous ayons obtenue a été la transmission des jours de RTT aux ayants droit en cas de décès, sous forme d'argent. C'était un combat qui me tenait à cœur et que j'avais décidé de mener car un de mes amis proches était décédé avec un compte épargne temps assez conséquent, il laissait une femme et deux jeunes enfants derrière lui et grâce à ce texte, ils ont pu recevoir une compensation financière.

Pour le deuxième mandat, je m'aperçois que c'est devant la justice que ça s'est passé. Nous avons eu recours à des contentieux la plupart du temps, d'ailleurs certains sont toujours en cours. Il y a eu très peu de discussions avec le ministère ! Nous n'étions pas entendus, il n'y avait pas de dialogue donc nous avons décidé d'opter pour le recours juridique. Les relations au ministère ont été très différentes d'un mandat à l'autre. Lorsque j'ai été élu la deuxième fois, Marisol Touraine allait quitter le ministère de la Santé en laissant derrière elle un tas de projets et plans non mis en place....

Lorsqu'Emmanuel Macron est arrivé, il a dit qu'ils allaient suspendre ces mesures, certaines ont été mises en place, mais n'ont pas été financées. J'ai

essayé de défendre celles qui étaient favorables aux praticiens du mieux que j'ai pu.

PHARE : En quoi les relations avec le ministère étaient-elles différentes ? Quel impact cela a-t-il eu ?

Michel Dru : Durant mon premier mandat, nous étions très souvent reçus au ministère « sous » Roselyne Bachelot, son conseiller technique était Yann Bubien qui est aussi au ministère aujourd'hui en tant que sous-directeur de cabinet. La politique menée n'était pas la même : du temps de Bachelot, il y avait 40 conseillers techniques attachés au ministère de la santé, et là Emmanuel Macron a divisé par 4 le nombre de conseillers. « Sous » Bachelot, on nous écoutait, même si le résultat n'était pas forcément plus probant. Aujourd'hui, ce sont des personnes que nous connaissons, que ce soit Yann Bubien ou Raymond Le Moign, mais malgré cette proximité, ils ont beaucoup moins de moyens, ce qui explique que nous les ayons peu vus. En voyant l'ampleur du travail, ils ont dû se dire qu'ils ne pourraient pas nous recevoir aussi souvent qu'ils l'auraient peut-être voulu.

Nous n'avons été reçus qu'une fois au cours de mes deux années de présidence. L'interlocuteur s'est déplacé au fur et à mesure, ce n'est plus le ministère, mais chaque hôpital avec qui il faut négocier. Cela a donc modifié la forme même du syndicalisme, qui devient local et non plus national.

PHARE : Pourquoi le syndicalisme médical/hospitalier a pris cette voie « régionale » selon vous ?

Michel Dru : Parce que le paysage hospitalier a beaucoup changé tout simplement. Cette « vision » locale et partielle vient du fait qu'aujourd'hui chaque hôpital

décide de mettre des mesures d'attractivité ou pas. C'est ce qui génère des conflits et la disparité entre les hôpitaux. Quand un hôpital propose du temps additionnel plus indemnisé que le voisin qui propose ce qui est inscrit dans la Loi, les médecins vont se déplacer pour gagner plus d'argent. Quand les mesures d'attractivité sont appliquées dans un hôpital et pas dans un autre, l'établissement se vide inévitablement. L'intérim a toujours existé, mais avant ces médecins hospitaliers étaient peu nombreux, aujourd'hui il n'y a pas suffisamment de médecins formés et beaucoup d'entre eux ne veulent pas prendre des postes de PH mal payés. Tout cela est multifactoriel bien sûr.

PHARE : Qu'est-ce qu'on souhaite à son successeur quand on voit ce qui se passe aujourd'hui ?

Michel Dru : Un dialogue pérenne avec le ministère dans un premier temps. Des discussions ont lieu en ce moment mais est-ce que cela va déboucher sur quelque chose ? Il ne faudrait pas que ce soit un dialogue de façade.

Ce qui est terrible c'est que la santé ne fait pas partie des 5 thèmes majeurs durant le Grand Débat ! Nous savons pourtant que c'est une des grosses préoccupations des Français. Personnellement ce qui me fait le plus mal c'est de voir toute la souffrance de des personnels hospitaliers, madame Buzyn a dit qu'elle

comprendait cette souffrance, mais on se rend compte qu'elle ne l'a pas totalement prise en considération. Le projet Ma Santé 2022 s'arrête à la porte de l'hôpital... Peu de mesures sont prises sur l'attractivité des carrières hospitalières, les salaires et sur le temps de travail.

PHARE : L'enquête menée par APH et Jeunes médecins révèle que les femmes médecins sont victimes de discrimination à l'hôpital et qu'elles s'autocensurent en termes de carrière par exemple, qu'en pensez-vous ?

Michel Dru : Lors de mon premier mandat, la profession commençait déjà à se féminiser, sans qu'on prenne conscience de l'ampleur de cette féminisation. Durant mon deuxième mandat, c'était plus flagrant, et ça s'est vu au sein même du conseil d'administration. Nicole Smolski avait déjà été présidente du syndicat, et c'est d'ailleurs elle qui s'est intéressée le plus à ce sujet-là. Les modes d'exercice doivent évoluer, les femmes médecins veulent pouvoir conjuguer vie professionnelle et vie familiale, elles choisissent une pratique à temps partiel la plupart du temps, et elle renonce à de nombreuses évolutions et formations. Ce n'est pas normal ! Nous devons tout faire pour les accompagner et leur garantir la meilleure égalité possible.

Propos recueillis par Saveria Sargentini

LE TOP 3

1 Un homme noir à la tête d'un syndicat : « Je n'ai jamais ressenti de racisme à proprement parlé mais avec le recul je pense que certaines personnes n'étaient pas vraiment ravies de me voir là au départ. Pour l'anecdote, durant mon premier mandat, j'étais en binôme avec une femme puisque Nicole Smolski était vice-présidente, c'était assez progressiste quand on y pense ! »

2 Le Master deux de droit de la santé : « J'ai souhaité suivre une formation en droit pour me sentir un interlocuteur crédible et connaître tous les termes juridiques nécessaires à un poste important au sein du syndicat. »

3 « Le congrès des délégués » : j'ai eu cette idée quand j'étais vice-président. Chaque année nous organisons un congrès qui permet à tous les délégués du syndicat de se réunir. Cela me semblait primordial. C'est un rôle important puisque le délégué est le relais du syndicat partout sur le territoire. »

MICHEL DRU EN QUELQUES DATES :

1986 : Début de carrière de PH Anesthésiste-Réanimateur

1992 : Adhésion au SNPHAR

1993 : Délégué du SNPHAR

2004-2006 : Vice-président du SNPHAR

2007-2009 : Président du SNPHAR (Premier mandat)

2017-2018 : Président du SNPHARE (Deuxième mandat)

Pédiatres hospitaliers : lumière sur le président du SNPeH

Le SNPeH a rejoint notre intersyndicale Avenir Hospitalier au mois de mai. C'est le fruit de longs échanges avec le SNPHARE qui avaient été entrepris avec Max Doppia et Nicole Smolski. Le SNPeH se retrouve totalement dans l'« ADN » d'Avenir Hospitalier dans la défense de l'attractivité hospitalière, la permanence des soins et l'accès aux soins pour tous, et nous rejoint donc tout naturellement dans ces combats.



PHARE : Où travaillez-vous, quelle activité de pédiatrie avez-vous et avez-vous des engagements régionaux ou nationaux ?

Emmanuel Cixous : Je suis pédiatre hospitalier temps plein dans un hôpital non universitaire, j'ai été titularisé en 2002, j'étais assistant jusqu'en 2000. J'étais au centre

hospitalier de Roubaix jusqu'en 2019 avec une activité prédominante d'urgences pédiatriques mais aussi d'hospitalisation de pédiatrie générale ; aujourd'hui je suis à Seclin, à 8 km au sud de Lille où je fais des urgences pédiatriques, de l'hospitalisation et consultation de pédiatrie générale, de la maternité et un peu de néonatalogie. Je fais partie de la commission régionale de la naissance et de la petite enfance (CRNPE). C'est une commission guidée par l'ARS, attribuée à la région Hauts-de-France pour le suivi de la femme et l'enfant. Au niveau national, je suis depuis longtemps maintenant membre du bureau du SNPeH, dont je suis le président depuis trois ans, et j'ai la chance d'être épaulé par l'ancien président du syndicat, le Dr Jean-Louis Chabernaude, toujours

« Le Syndicat National des Pédiatres Hospitaliers est le seul syndicat représentatif des pédiatres à l'hôpital. »

vice-président et qui continue à avoir une activité après l'âge de la retraite.

PHARE : Qu'est-ce que le SNPeH ? Combien y a-t-il de syndicats de pédiatres hospitaliers ?

Emmanuel Cixous : Il faut savoir que le Syndicat National des Pédiatres Hospitaliers est le seul syndicat représentatif des pédiatres à l'hôpital même s'il semble que quelques pédiatres fassent partie d'autres syndicats non « spécialisés ». Nous sommes en contact avec de nombreuses sociétés savantes (Société Française de Pédiatrie : SFP, Association Française de Pédiatrie Ambulatoire : AFPA) pour faire avancer notre spécialité. Certains membres de notre

bureau siègent au Conseil National Professionnel (CNP) de Pédiatrie, institution représentative de la Pédiatrie auprès, entre autres, de la Haute Auto-

rité de Santé aux côtés de représentants de la SFP, de l'AFPA, mais aussi du Syndicat National des Pédiatres Français (SNPF), syndicat de pédiatres libéraux et d'exercice mixte et du Syndicat National des Médecins de Protection Maternelle et Infantile (SNMPMI). À vrai dire, nous n'avons pas de « concurrence » à l'hôpital en termes de syndicat, nous ne pouvons avoir que des complémentarités avec les autres entités hospitalières. En France nous sommes à peu près 3000 pédiatres hospitaliers.

PHARE : Quelles sont les activités des pédiatres à l'hôpital ? Quels sont les principaux problèmes des pédiatres hospitaliers aujourd'hui et quelles sont vos revendications principales ?



Emmanuel Cixous : Dans mon service, nous avons une activité de consultation d'enfants avec des pathologies nécessitant un plateau technique et une compétence spécifique, d'anciens prématurés par exemple, de pédiatre de maternité avec appel possible au bloc obstétrical et néonatalogie. Nous avons, dans l'équipe, différentes surspécialités représentées : allergologue, gastro-entérologue, diabétologue, néonatalogiste, etc... Nous sommes un hôpital niveau 2a sur le plan néonatalogie. Nous tournons entre les différentes unités, nous faisons un peu de tout. Ce genre d'organisation est assez fréquent sur le territoire mais avec des équipes plus ou moins fournies en effectif, compétences de surspécialité, avec des équipes qui ne font que de la pédiatrie, que de la néonatalogie, les 2 avec des niveaux de néonatalogie 2a, 2b voire 3 avec obligation de faire face à toutes les situations en permanence des soins. Nous rencontrons des difficultés dans la prise en charge des patients, il n'y pas suffisamment de pédiatres hospitaliers et l'organisation de la continuité et permanence des soins est lourde et souvent problématique. Il y a une désaffection pour l'hôpital. De plus en plus, les jeunes qui arrivent restent deux ou trois ans et s'en vont, parce que c'est trop lourd, trop dur. Nous n'avons pas toujours les lits d'aval qu'il faut, notamment pendant les épidémies de type bronchiolite et gastro-entérite ; il est déjà difficile

« Il n'y pas suffisamment de pédiatres hospitaliers, il y a une véritable désaffection pour l'hôpital aujourd'hui. »

de faire face à cet afflux de petits patients fragiles et cela complique encore les choses. Avant, l'hôpital attirait, c'était la course à l'hôpital lorsque je faisais mes études ; aujourd'hui les gens préfèrent un travail moins stressant, ce qui est compréhensible. Mais les patients qui ont besoin de nous sont toujours là. Il y a également tout le problème de la pédo-psychiatrie, il n'y a pas assez de pédo-psychiatres ni de structure spécifique. Nous récupérons habituellement les jeunes gens qui ont des pathologies psychiatriques type dépression, agitation dans nos services de pédiatrie mais avec des structures peu adaptées.

PHARE : Pourquoi avoir rejoint Avenir Hospitalier ? Qu'attendez-vous d'AH et que voulez-vous y apporter ?

Emmanuel Cixous : Dans un premier temps, il nous paraissait beaucoup plus facile de dialoguer avec le bureau d'Avenir Hospitalier. D'autre part, il y a des syndicats d'anesthésistes et d'obstétriciens membres d'Avenir Hospitalier, donc des professionnels avec lesquels nous travaillons en étroite collaboration. Nous avons plus de points communs avec Avenir Hospitalier dans nos réclamations et les difficultés que nous rencontrons au quotidien. Le sujet de la permanence des soins est également un point commun primordial. Pour être honnête, être adhérent à l'INPH ne nous apportait pas grand-chose en tant que syndicat des pédiatres, la présence des chirurgiens pédiatriques exceptée ; nous pensons avoir fait le bon choix.

Propos recueillis par Saveria Sargentini

Une saga mémorable : l'obtention du repos de sécurité



Le repos de sécurité a été obtenu en 2002 suite à de multiples négociations que nous relatent Patrick Dassier. C'est sous sa présidence qu'il a vu le jour après une longue bataille pour sa mise en place.

Le lundi 18 juin 1996 à 18 h, je quitte l'Hôpital Broussais après une journée au bloc opératoire précédée d'une garde de week-end ayant débuté le samedi 15 juin matin 8 heures. Évidemment, l'activité habituelle de semaine se terminera le vendredi soir !

En 1996, cette séquence d'activité continue de 58 h, était reconnue seulement à la hauteur de 2 demi-journées (DJ) pour un montant d'indemnité de garde de 757 € (soit 13,03 €/h). Ce mode de fonctionnement au siècle dernier, était la norme pour les Praticiens Hospitaliers (PH) qui assuraient les missions de continuité et permanence des soins, et de l'accueil des urgences.

Cette dérive dans la durée du temps continu de travail et la pénibilité induite (burn out à bas bruit) favorisèrent mon engagement au conseil d'administration (CA) du SNPHAR.

Le SNPHAR militait depuis longtemps pour la mise en place du repos de sécurité et la reconnaissance de la garde en tant que travail. En 1997, lors d'un audit d'un hôpital parisien effectué avec l'un de mes aînés du CA du SNPHAR, Jean-Pierre Maréchal, j'ai exhumé de ses archives la fameuse directive européenne de 1993 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail. Cette DE 93/104/CE fut une pièce majeure pour nos revendications dans les réunions au ministère de la Santé lors de l'instauration des 35 heures à l'hôpital public.

En 1999, suite à la mobilisation des mandants du SNPHAR, nous avons obtenu, le principe du repos de sécurité dans le statut de PH (décret 99-563 du 6 juillet 1999) : « le PH bénéficie d'un repos de sécurité (RS) à l'issue d'une garde, selon les conditions fixées

par arrêtés des ministres en charge de la Santé et du Budget ».

Le RS fut l'objet de nombreuses critiques et résistances de la part du microcosme hospitalier.

Le SNPHAR a dû ferrailer ferme pendant plus de 4 ans, pour obtenir officiellement en 2002 la réécriture de l'article 30 du statut de PH par le décret 2002-1421 du 6 décembre 2002 (et pas d'un simple arrêté) précisant enfin

**« Dès 2003, les gardes
de 24 heures furent toujours
suivies d'un repos de sécurité. »**

que :

- Le service hebdomadaire est fixé à 10 DJ, sans que la durée du travail ne puisse excéder 48 h par semaine moyennée sur 4 mois ;
- Une activité nocturne reconnue à la hauteur de 2 DJ ;
- Le principe du repos quotidien de 11 h par période de 24 h ;
- Par dérogation, une activité continue de 24 h peut être accomplie à condition d'être suivie d'un repos de durée équivalente ;
- Les principes de l'organisation en temps continu et des plages additionnelles.

Dès 2003, les gardes de 24 heures furent toujours suivies d'un repos de sécurité.

En revanche, malgré des recours réitérés en Conseil d'État du SNPHARE, nous n'avons toujours pas obtenu que la garde de 24 heures soit créditée à la hauteur de 5 demi-journées.

Cette saga mémorable se déroula de 1998 à 2000 sous la présidence de Jean Garric et de 2001 à 2003 sous la présidence de votre serviteur, avec Didier Réa comme Secrétaire Général et fidèle comparse.

Patrick Dassier, ancien président du SNPHARE

Les anesthésistes-réanimateurs dorment mal et peu

Joffrey Lemeux a consacré sa thèse de fin d'études au sommeil des anesthésistes-réanimateurs. En s'appuyant sur les études les plus récentes sur le sujet, il démontre à quel point la dette de sommeil des AR est importante et à quel point elle peut impacter leur travail, les patients et la vie du service. La rédaction a souhaité faire un résumé complet de son travail, en collaboration avec lui.

QUE DÉMONTRE CE TRAVAIL DE RECHERCHE ?

Les AR dorment mal et peu, c'est la conclusion alarmante que fait Joffrey Lemeux, après avoir rappelé que la durée de sommeil des AR est en baisse : 6 h en moyenne, avec plus de 50 % des praticiens qui dorment moins de 6 h, contre 6 h 42 en moyenne dans la population générale. En comparant les chiffres attribués aux PHAR et à la population générale, les résultats sont plus parlants. Plus précisément, on apprend au fil du texte que 61,7 % des praticiens dorment moins de 7 h (contre 35,9 % dans la population générale) et plus encore, 57,4 % moins de 6 h, les classant dans une dette sévère de sommeil.

DETTE DE SOMMEIL : FACTEURS ET CAUSES

Au-delà du constat, Joffrey Lemeux expose les facteurs associés à cette durée de sommeil qui sont l'âge croissant, le nombre de gardes supérieur à cinq par mois, le tabagisme actif, et la consultation d'écrans au coucher (blue light). Ces facteurs sont pour certains déjà reconnus dans la littérature. Une étude clinique et des mesures d'amélioration des conditions de travail et d'hygiène du sommeil semblent nécessaires, aussi bien pour le praticien que pour son patient, et la sensibilisation des praticiens à ce sujet semble nécessaire, individuellement tant dans leur formation initiale que dans leur suivi, et collectivement, de part des aménagements logistiques, horaires, et matériels.



LA DÉSynchronISATION : LA CAUSE D'UNE AGGRAVATION RÉCENTE

On apprend dans le texte que les chiffres cités ci-dessus sont en aggravation depuis 2012 : 27 % en plus de troubles du sommeil, 18 % en plus de somnolence diurne excessive (elle-même associée à une durée de sommeil inférieure à 7 h), et 30 minutes de sommeil en moins (passant de 6 h 30 à 6 h) sur une période

de 6 ans. Joffrey Lemeux rappelle que le nombre de gardes est un facteur de risque important, car il augmente principalement la désynchronisation, notion centrale dans les troubles du sommeil. Il faut savoir que la désynchronisation est la cause principale des troubles du sommeil.

Il rappelle également que la dette de sommeil augmente le taux de mortalité toutes causes confondues. Il ajoute « qu'il n'est plus envisageable au XXI^e siècle de négliger la santé de ceux qui y participent ». Joffrey Lemeux a vu juste. En effet, « la dette de sommeil surexpose au risque d'erreurs néfastes au patient, et des études sur les modalités des gardes sont réalisées, aussi bien en termes de durée, que des conditions de sommeil en garde ». Une des pistes est de trouver le juste milieu entre réduction du temps de garde, sans nuire à la continuité des soins par un roulement trop important des équipes, tout en optimisant le sommeil, minimiser la fatigue, et donc l'efficacité de soins par les médecins.

Joffrey Lemeux, DES Anesthésie-réanimation et Saveria Sargentini, journaliste

Arnaud Depil-Duval ou la sieste comme arme !

Aujourd'hui médecin urgentiste à l'hôpital Lariboisière, Arnaud Depil-Duval, anciennement chef de service des urgences du CH d'Évreux, nous raconte comment il a mis en place un système de siestes pour permettre aux soignants de récupérer sur leur lieu de travail. Nous voulions savoir pourquoi il s'est lancé dans cette aventure, le repos des soignants est un sujet qu'il a pris à bras-le-corps et nous souhaitons savoir comment.

PHARE : Comment en êtes-vous venu à vous intéresser au sommeil chez les médecins et les soignants en général ?

Arnaud Depil-Duval : Je suis également officier de réserve dans le service de santé des Armées, et l'institut de recherche bio médicale des armées avait publié un ouvrage : *Guide pratique, gestion du cycle veille - sommeil en milieu militaire*. Ce guide a été produit par Mounir Chennaoui en 2015. Je me suis dit qu'il y avait un parallèle entre le sommeil des militaires et le sommeil des urgentistes. À Évreux dans l'hôpital où je travaillais, la plupart des médecins habitaient à Rouen ou à Paris donc ils voulaient faire du 24 heures et pas du 12 heures. Cela a également posé la question du repos et du sommeil. D'autre part, nous avons eu un interne, qui faisait d'autres gardes dans d'autres services, ce que nous ne savions pas. Il a eu un accident de voiture et en est mort.

Mourir de fatigue à 25 ans, c'est inadmissible. Il fallait faire quelque chose.

PHARE : Vous avez instauré la sieste comme partie intégrante de la journée de travail lorsque vous étiez chef de service aux urgences du CH d'Évreux. Comment cela a-t-il été perçu initialement ? Par les soignants et par l'administration ?

Arnaud Depil-Duval : Concernant l'administration, cela a été plutôt simple. Je ne leur ai pas demandé leur avis. J'ai mis en place ce système parce que je considérais qu'en tant que chef de service, je devais savoir comment celui-ci doit

fonctionner. La plus grande hostilité est venue des soignants eux-mêmes. Les médecins étaient réticents au départ, il a fallu les convaincre. Chez les soignants, la culpabilité était très importante. Ils ont opposé une grande résistance en expliquant qu'ils « avaient trop de travail », qu'il y avait « des patients à soigner » ce à quoi j'ai répondu que nous étions une équipe qui devait se relayer, que toutes les urgences présentes n'étaient pas vitales et que leur santé en dépendait. Ça a marché, même si la résistance des esprits était réelle.

PHARE : Au-delà de ces réticences initiales, la mise en place pratique d'une telle mesure a-t-elle posé des problèmes en termes d'organisation du service ? Comment les avez-vous contournés ? En bref, quid de la faisabilité ?

Arnaud Depil-Duval : Un protocole a été écrit pour simplifier les choses. Pour les médecins qui faisaient 24 heures, il y avait une sieste de 60 minutes dans l'après-midi, à tour de rôle, y compris les internes.

C'est ce que l'on appelle une mini sieste. Il faut savoir qu'une sieste est suivie d'une période d'inertie, durant laquelle on ne doit pas prendre de décision. Donc pour résumer : 30 à 45 minutes de sieste et un quart d'heure de douche/réveil.

La nuit, les horaires étaient donc pré établis pour que chaque médecin puisse dormir 90 minutes, de façon à pouvoir récupérer ses fonctions cognitives et musculaires.

Pour les médecins, nous avons également mis en place la micro sieste de 10 minutes, dans un fauteuil idéalement. Cette sieste permet d'être

« Le temps d'attente moyen aux urgences a diminué après la mise en place des siestes. »

reboosté minimum durant une heure et demi et l'intérêt c'est qu'elle ne provoque pas de moment d'inertie.

Les soignants de nuit eux, pouvaient faire une mini sieste de 30 à 45 minutes.

PHARE : Avez-vous observé des bénéfices de cette action dans les temps qui ont suivi ? Via quels indicateurs ?

Arnaud Depil-Duval : D'abord, le temps d'attente moyen aux urgences, qui a diminué, après la mise en place de ces siestes. C'était un des marqueurs essentiels, même si les patients sont parfois maltraitants avec les soignants. Ils sont très pressés et ne comprennent pas forcément que nous ayons besoin, nous aussi, de nous reposer une demi-heure après 20 heures de travail.

Le deuxième indicateur, la sieste des soignants sur le chemin du retour. De nombreux médecins et soignants, s'arrêtaient sur une aire d'autoroute pour dormir une demi-heure ou plus. Cette pratique a complètement disparu très rapidement.

Un indicateur indirect mais qui dépend de la stratégie de qualité de vie au travail : la fidélisation des soignants. Nous nous sommes rendu compte que les gens voulaient rester à Évreux, notamment les paramédicaux.

PHARE : Les travaux scientifiques sur l'impact du manque de sommeil ou la déstructuration de celui-ci, notamment dans le monde du travail et en particulier chez les personnels hospitaliers, sont de plus en plus nombreux. Les personnels concernés vous semblent-ils prendre la mesure de cette problématique ? Qu'en est-il des directions ?

Arnaud Depil-Duval : La prise de conscience est vraiment très progressive. L'idée commence à s'installer dans quelques hôpitaux, alors que nous savons tous que le manque de sommeil est générateur d'accidents. Dans l'aviation par exemple, c'est une problématique qui fait l'objet de nombreuses études. Un pilote ne décolle pas s'il n'a pas dormi huit heures auparavant. Les médecins et les pilotes ont un haut niveau de formation, ils prennent des décisions seuls ou en binôme et en urgence, donc les problématiques des deux corps de métier sont très similaires.

PHARE : Selon vous, quelles sont les actions



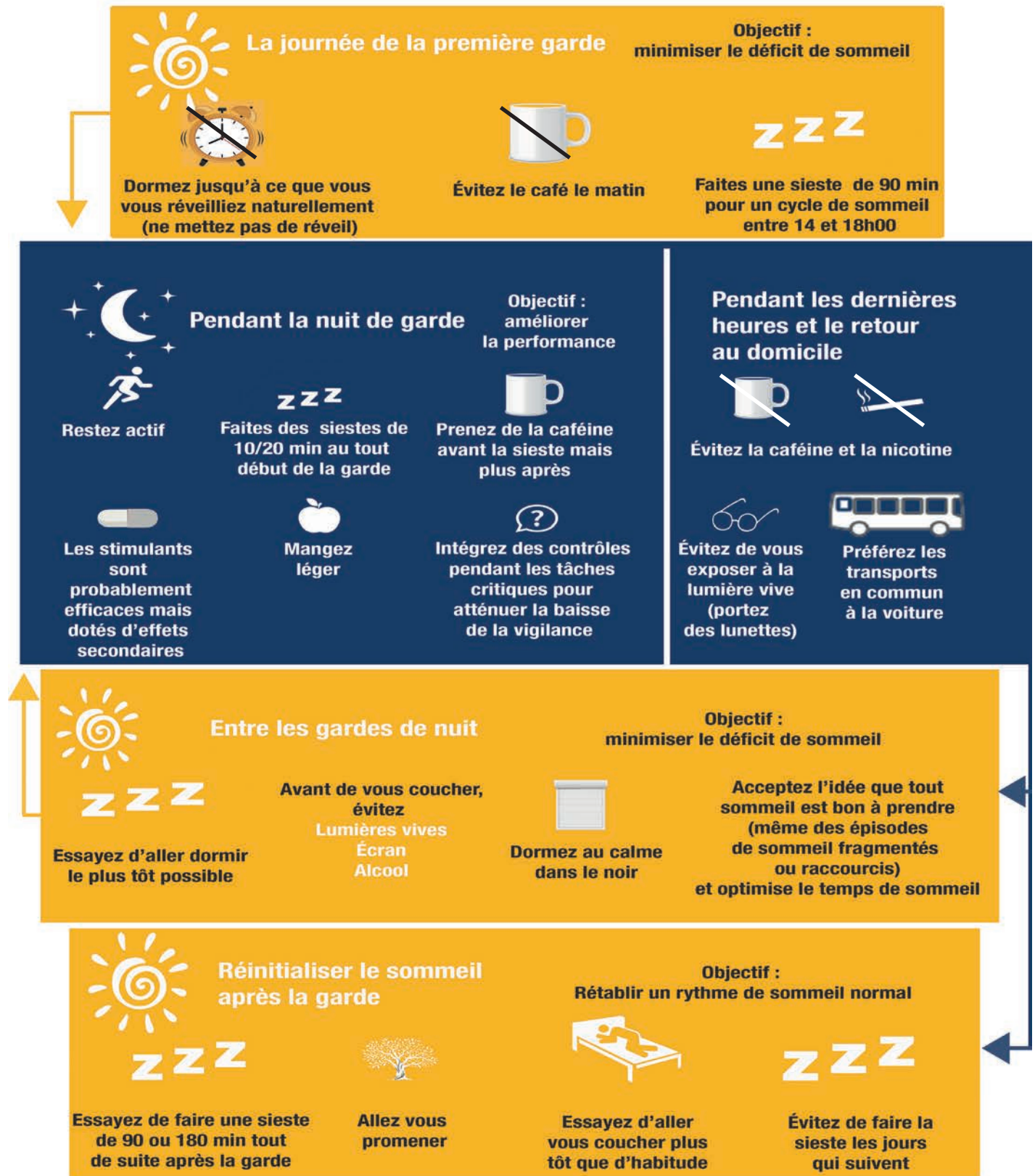
que les personnels de terrain et les administrations hospitalières pourraient mettre en place pour améliorer la qualité de sommeil des soignants ? Des projets de votre côté ?

Arnaud Depil-Duval : Les administrations hospitalières devraient permettre aux soignants de se reposer dans des chambres de garde de qualité dans un premier temps. À Lariboisière par exemple, c'est juste immonde : le lit est « défoncé », les rideaux ne ferment pas et le bruit est infernal. Il faut améliorer les installations pour permettre aux soignants de se reposer réellement. Il faudrait idéalement permettre à tous les services d'avoir des capsules de sieste, nous en avons une à Lariboisière. Ça peut aller de la tente avec un casque audio, à un système étanche futuriste. Concernant mes projets, je suis directeur scientifique du Digital Médical HUB de l'APHP et je rejoins le projet Hôtel Dieu numérique dans lequel j'aimerais vraiment m'investir. D'autre part, je suis administrateur du groupe Pasteur Mutualité, au sein duquel j'espère pouvoir améliorer la qualité de vie au travail des soignants.

Propos recueillis par Saveria Sargentini

Comment optimiser le sommeil pour les gardes et astreintes

Cette infographie décrit une stratégie de sommeil basée sur l'analyse des recommandations et de la littérature réalisée par Helen McKenna et Matt Wilkes. Puis ils ont confronté leurs données avec des experts dans le domaine. Bien que le niveau de preuves soit faible, ils proposent ce schéma comme point de départ pour le développement de sa propre stratégie de sommeil.



La pratique avancée en anesthésie : le danger organisé pour tous

Q u'est-ce que la pratique avancée et qu'implique-t-elle ? Quelle est la position du SNPHARE ? Ce travail de réflexion va tenter de répondre à toutes les questions que tous les lecteurs de PHARE peuvent se poser à ce sujet.

PRATIQUE AVANCÉE, POURQUOI ?

La création de la pratique avancée vise à résorber des problèmes localisés d'accès aux soins dans un contexte de tension démographique des professionnels médicaux, en accentuant la prévention et les soins à domicile dans les pathologies chroniques d'une population vieillissante, précaires au cœur des villes ou dans des régions reculées. En outre, elle favorise la diversification de l'exercice des professionnels paramédicaux et débouche sur le développement des compétences vers un niveau de maîtrise plus développé.

LA PRATIQUE AVANCÉE POUR QUI EXACTEMENT ?

Les auxiliaires médicaux sont les infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers, kinésithérapeutes, orthophonistes-orthoptistes, pédicure-podologues, ergothérapeutes-psycho-motriciens, manipulateurs radio, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes-orthésistes-opticiens et diététiciens.

À ce jour, seuls les infirmiers peuvent exercer en pratique avancée dans une équipe de soin coordonnée par un médecin ou en assistance d'un médecin spécialiste hors soins primaires en pratique ambulatoire. Il leur faut, pour exercer, obtenir le diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée et justifier de trois années d'exercice à temps plein de la profession d'infirmier.

Ce diplôme permet d'acquérir des connaissances théoriques et des compétences cliniques supérieures leur permettant d'exercer dans un domaine autorisé.

BON À SAVOIR

Le médecin garde le leadership (et la responsabilité ultime) du diagnostic et de la conduite du projet thérapeutique. De son côté, l'infirmière en pratique avancée (IPA) peut suivre, avec l'accord du médecin, les patients qu'il lui confie, sur la base d'un protocole d'organisation établi pour préciser les modalités de leur travail en commun. L'IPA détient alors la responsabilité du suivi régulier des patients pour leurs pathologies et peuvent prescrire des examens complémentaires, demander des actes de suivi et de prévention ou encore renouveler ou adapter, si nécessaire, certaines prescriptions médicales. Ces compétences sont donc élargies par rapport à celles de l'infirmier diplômé d'Etat.

INFIRMIÈRE EN PRATIQUE AVANCÉE (IPA), L'EXEMPLE FRANÇAIS

L'auxiliaire médical en pratique avancée participe à la prise en charge globale des patients dont le suivi lui est confié par un médecin et dans le cadre du parcours de soins coordonné par celui-ci, conformément aux dispositions de l'article L. 4301-1 du Code de la santé publique. La conduite diagnostique et les choix thérapeutiques sont définis par ce médecin et mis en œuvre dans les conditions définies aux articles R. 4301-2 à R. 4301-7 et D. 4301-8.

En France, on recense, 4 domaines d'intervention en soins infirmiers :

- Pathologies chroniques stabilisées dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé ;
- Oncologie et hématologie ;
- Maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale ;

● Psychiatrie et santé mentale.

D'autres devraient suivre, en commençant par la spécialisation dans les soins d'urgence à l'hôpital ou encore celle liée à la gériatrie.

Pour chaque profession d'auxiliaire médical en pratique avancée, un décret en Conseil d'État définit les domaines d'intervention en pratique avancée, les conditions et les règles de l'exercice en pratique avancée.

Le professionnel agissant dans le cadre de la pratique avancée en soins infirmiers est responsable des actes qu'il réalise dans ce cadre. Si, pour l'heure, l'infirmier ne dispose pas d'un régime de responsabilité spécifique, l'accroissement des nouvelles compétences, avec l'émergence de l'exercice en pratique avancée aura certainement une incidence sur la responsabilité.

QUELS ENJEUX DANS LA PRATIQUE AVANCÉE IADE ?

L'anesthésie est une spécialité à risque réglementée par le décret 94-1050 du 5 décembre 1994 « relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie ». Ce décret a été une avancée historique et un apport majeur pour la sécurité du patient.

Le rôle de l'infirmière anesthésiste diplômée d'État (IADE) est décrit dans un décret de compétence dont la dernière version (2017-316) a été publiée au JO du 10 mars 2017. L'exclusivité d'exercice qui y est décrite comporte un lien obligatoire avec les médecins anesthésistes réanimateurs (MAR). Il n'y a pas de lien de responsabilité avec d'autres spécialistes médicaux ni chirurgicaux, ce qui fait de la relation MAR- IADE une relation privilégiée en confiance et en étroite coopération. Ce décret propose une marge d'autonomie sous la responsabilité du médecin qui donne tout son intérêt à la profession d'IADE.

Le passage à une pratique avancée dans une situation aiguë comme l'anesthésie ouvrirait la porte vers une possibilité de délégation d'actes hors du champ de compétence et de responsabilité de l'IADE, avec mise en danger de l'infirmier anesthésiste, confronté à des situations pathologiques non connues.

La Fédération Européenne des Médecins Salariés (FEMS) et l'association médicale mondiale (World Medical Association) se sont exprimées sur la création de ces nouveaux métiers qui incluent des transferts de tâches : elle ne peut se faire qu'en pleine coopération avec les professionnels de santé, et n'est pas acceptable quand elle menace la sécurité des patients et la qualité des

soins pour régler des problèmes de financement et/ou une mauvaise organisation des systèmes de santé (Dr C Wetzel, colloque Avenir Hospitalier, 2014, résolution de la WMA F09-106 sur le transfert de tâches, 2009).

En outre, l'argument de la pénurie de médecins anesthésistes-réanimateurs ne peut pas conduire à une démedicalisation de l'exercice de l'anesthésie : c'est bien cette medicalisation depuis un siècle qui a permis de rendre possible et sécuritaire l'anesthésie. Cette position est cohérente avec les recommandations internationales, notamment celles de l'American Society of Anesthesiology (<https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/statement-on-qualifications-of-anesthesia-providers-in-the-office-based-setting>).

D'ailleurs, les rares études sur le bénéfice-risque des anesthésies non supervisées par des médecins n'ont jamais permis de conclure à une quelconque sécurité de cette délégation de tâche en raison de biais majeurs de méthodologie (Evidence Brief: The Quality of Care Provided by Advanced Practice Nurses, McCleery, 2014).

DU CÔTÉ DU SNPHARE

Pour le SNPHARE, le changement de statut de l'IADE ne permet de répondre à aucun des objectifs de la pratique avancée (améliorer l'accès aux soins en réduisant la charge de travail des médecins dans des pathologies bien définies). Déléguer les actes de l'anesthésie vers une profession non médicale ne serait pas un progrès mais une régression, aboutissant à la dégradation de la sécurité du parcours anesthésique. C'est le travail d'équipe qu'il faut valoriser, c'est-à-dire le binôme MAR-IADE et la synergie de leurs compétences qui sont un gage de qualité et de sécurité des soins pour le patient. La volonté de faire évoluer la profession d'IADE a été accentuée par la crise sanitaire et un Ségur ne répondant pas aux attentes. Cependant, les modalités d'évolution restent floues et la pratique avancée ne répond pas à la problématique rencontrée par les IADE.

La spécificité du métier « IADE » et la qualification « Master 2 » appelle à une évolution statutaire qui doit à la fois reconnaître les compétences spécialisées et exclusives, via une autre réglementation que la pratique avancée telle qu'elle est décrite, et revaloriser de manière notable la grille salariale. Le SNPHARE soutient les IADE dans la nécessaire reconnaissance de la plus-value qu'ils apportent dans l'exercice de l'anesthésie.

Emmanuelle Durand, vice-présidente du SNPHARE

ANNONCES DE RECRUTEMENT



Recherche **Médecin Urgentiste**

Senior inscrit à l'Ordre, temps plein avec polyvalence souhaitée, pour compléter l'équipe du SAU Adulte-SMUR-UHCD, 50 000 passages adultes, 2400 sorties SMUR par an.

Le CHI se compose d'un service de Réanimation Polyvalente, d'une USINV avec neurologue 24h/24, USIC avec coronarographie 24/24h, des services de médecine suivants CSG et SSR, Médecine Interne/Rhumato, Pneumologie, Gastro-entérologie, Endocrinologie, Neurologie, et des services de Chirurgie Orthopédique adulte et infantile, Chir viscérale Adulte et Infantile, ORL, Maxillo-faciale, Stomatologie, Ophtalmo, Urologie, pôle Mère-enfant (Pédiatrie, Chirurgie Infantile, Gynéco-obstétrique), Radiologie (TDM, IRM) et Laboratoire 24h/24.

Rénovation architecturale en cours du SAU Médico-chirurgicales Adultes et Enfants.

Temps de travail en décomptes horaires avec TTA rémunéré. Participation des praticiens aux Commissions de l'établissement, aux cours des internes et des externes, aux staffs et cours à l'IFSI, thèse, mémoire et protocoles.

Présence de jour aux urgences médico-chirurgicales de 4 séniors avec 3 internes et un externe, un médecin à la consultation rapide, un médecin en UHCD.

De garde, 3 séniors avec 2 internes et un externe, 1 médecin en demi-garde jusqu'à 0h.

Un médecin en équipe SMUR et une maison médicale ouverte 7j/7.



CV ET LETTRE DE MOTIVATION À ADRESSER À :
Laurence.martineau@ght-gpne.fr
Docteur Laurence Martineau, SAU/SMUR/UHCD
01 49 36 72 12

HÔPITAL BICHAT - CLAUDE BERNARD, AP-HP, PARIS



NOUS
RECHERCHONS



Pour notre service de Médecine intensive - Réanimation UN ASSISTANT-SPÉCIALISTE OU PRATICIEN CONTRACTUEL

Le service est constitué de 20 lits de réanimation et 6 lits d'USC et dispose de toutes les techniques modernes de réanimation.

Le recrutement est très varié et comprend des filières spécifiques de pathologies infectieuses (endocardites, pneumopathies sévères, infection du système nerveux central, infection du transplanté d'organe solide), cardiovasculaires (ACR, ECMO...) et la pathologie en provenance du service des urgences. Le service prend aussi en charge des patients de chirurgie cardiaque et greffés cardiaques en post-opératoire.

Le COVID ne représente pas plus de 60 % des lits (16/26) en période de crise et doit diminuer massivement dans les prochaines semaines.

L'hôpital dispose de toutes les techniques modernes 24/7 mais ne dispose pas de neurochirurgie sur site. Possibilité de formation en échographie sur site et formation théorique via DU.

Pour me contacter :

Prof TIMSIT Jean-François

☎ 01 40 25 77 03

☎ 06 09 02 79 62

✉ jean-francois.timsit@aphp.fr

L'encadrement est réalisé par 3 PUPH, 1 PH.

Le service compte par ailleurs 3 CCA, 2 PHC, 2 assistants.

Le nombre de postes d'internes est de 8.

Le personnel paramédical comprend 100 IDE et AS, 4 cadres, 3 secrétaires, 3 kinésithérapeutes et 1 psychologue.

Staff meeting avec la microbiologie tous les jours.

Staff avec la mycologie une fois par semaine.

Bibliographie une fois par semaine.

Staff meeting inter-réa tous les 15 jours (conférences d'experts)..

Des visites de l'équipe encadrante ont lieu tous les jours à midi.

La transmission du matin et du soir est assurée par l'ensemble de l'équipe tous les jours.

Le nombre de gardes ne dépassera pas 3-4 par mois.



LE CENTRE HOSPITALIER DU CATEAU CAMBRÉSIS

Établissement public de santé se composant de 191 lits et 82 places.

Situé entre Valenciennes et Cambrai.

RECHERCHE

UN MÉDECIN ANESTHÉSISTE

H/F - Poste temps plein ou partiel

POUR DÉPÔT DE CANDIDATURE (CV ET LETTRE DE MOTIVATION), MERCI DE LES ADRESSER À :

Mme KOWALKA, Responsable des Affaires Médicales

Centre Hospitalier de Le Cateau Cambrésis - E-mail : ekowalka@ch-lecateau.fr

POUR TOUS RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES, VOUS POUVEZ CONTACTER :

Mr le Dr LHORS, Chef du Service Anesthésie - E-mail : jlhors@ch-lecateau.fr

Le Centre Hospitalier est un établissement de santé public assurant des missions de premier recours à travers les Urgences, la maternité, ses services d'addictologie, ses services de gériatrie, son Centre d'Action Médico-sociale Précoce (CAMSP) et son centre de consultations.

Son action s'inscrit dans une pratique de réseau et de partenariats notamment au travers du Pôle de Santé du Pays de Matisse, 1er modèle de partenariat public-privé en France, qui regroupe la Clinique des Hêtres, pour les prises en charges chirurgicales, un Centre d'Imagerie Médicale libéral et une maison médicale de garde.

DESCRIPTION :

- Bloc opératoire / - Anesthésie ambulatoire / - Consultations externes d'anesthésie.

L'équipe en place comprend : 1 praticien anesthésiste en 24 heures du lundi au dimanche / et 1 praticien anesthésiste en journée du lundi au vendredi

PROFIL : Titulaire du diplôme de Docteur en Anesthésie.

Inscription à l'Ordre des médecins impérative afin d'exercer la plénitude des fonctions.

Une possibilité d'hébergement temporaire peut être proposée, si besoin.

Le poste est à pourvoir immédiatement par voie de mutation ou contrat (en fonction de la situation du praticien).



Hôpital situé dans le Nord à 45 minutes de Lille, 1 heure de Bruxelles (aéroport de Charleroi), 2 heures de Londres, 2 heures 30 de Paris avec 5 pôles cliniques, 90 médecins, un plateau technique, des activités de MCO, Urgences, Unité de Soins Continus de 6 lits, SSR, Psychiatrie, Pédopsychiatrie, EHPAD, recrute :

CENTRE HOSPITALIER
DENAIN



Des ANESTHÉSISTES TEMPS PLEIN ou TEMPS PARTIEL

Pour compléter l'équipe d'anesthésie intervenant sur diverses spécialités comme l'orthopédie, la traumatologie, la gynécologie, l'urologie, la chirurgie viscérale, la chirurgie vasculaire, la chirurgie bariatrique, l'endoscopie digestive...

Le plateau technique dispose d'un bloc opératoire de 6 salles d'intervention, une unité de soins continus de 6 lits avec présence d'une équipe médicale dédiée, d'un service des urgences (29 500 entrées par an), d'un service d'imagerie médicale et d'une maternité (930 naissances par an).



**Demande de renseignements et candidature
à adresser à : M. le Docteur AIT ALI M.
Chef du service d'anesthésie
03 27 24 38 54 - maitali@ch-denain.fr**

Mme BEDET. S.

**Responsable des Ressources Humaines Médicales
CH - 25 bis rue Jean Jaurès- BP 225 - 59723 DENAIN CEDEX
03 27 24 39 92 - 03 27 24 30 38 - amedicales@ch-denain.fr**

Des URGENTISTES

Pour compléter une équipe dynamique et expérimentée de 9 praticiens, 6 lits d'UHCD - 29 500 passages par an.

**Demande de renseignements et candidature
à adresser à : M. le Docteur REYNAERT J. C.
Chef du service des urgences
Chef du Pôle médico-technique
03 27 24 32 83 - jcreynaert@ch-denain.fr**

Mme BEDET. S.

**Responsable des Ressources Humaines Médicales
CH - 25 bis rue Jean Jaurès - BP 225 - 59723 DENAIN CEDEX
03 27 24 39 92 - 03 27 24 30 38 - amedicales@ch-denain.fr**

**Pour candidater à ces offres,
vous devez être inscrit(e) à l'Ordre des médecins.
Tous les Postes sont éligibles à la prime d'engagement de carrière
hospitalière pour les assistants et les praticiens contractuels.**



LE CHU DE ROUEN recrute des médecins anesthésistes- réanimateurs

*pour l'ensemble des activités réparties sur un plateau moderne
chirurgical de 27 blocs regroupant l'ensemble des spécialités
adultes ainsi qu'un plateau de chirurgie pédiatrique de 4 salles
et un bloc de gynécologie-obstétrique de 3 salles.*

*Le département intègre aussi une cinquantaine de lits de soins critiques
répartis dans 4 réanimations chirurgicales (polyvalente, cardiologie, neurochirurgie et chirurgie pédiatrique).*

Le CHU de Rouen Normandie assure à la fois une mission de soins de proximité au bénéfice de 600.000 habitants, dans une logique de réseau de soins, et une fonction de recours sur un bassin de population de l'ordre de 2 millions d'habitants. Il travaille en articulation étroite avec les nombreux acteurs du système de santé et médico-social ainsi qu'avec l'université, les collectivités territoriales et les partenaires économiques de la région.

Composé de 7 sites, il offre 2 450 lits et places. Avec 10.300 salariés il assure une mission d'entraînement régional considérable, tant dans le domaine des soins que dans celui de l'enseignement et de la recherche.

PERSONNE À CONTACTER :

Pr Vincent COMPÈRE,
Département de Réanimation, Anesthésie et
Médecine Périopératoire,
✉ vincent.compere@chu-rouen.fr

CHU
ROUEN NORMANDIE

LES CANDIDATURES SONT À ADRESSER À :

Magalie DUVAL
Direction des Affaires Médicales
☎ 02 32 88 14 08
✉ magalie.duval@chu-rouen.fr





LE CENTRE HOSPITALIER DE BOURGES

900 lits et places, 2 000 professionnels, service de néonatalogie, plateau technique incluant scanner et IRM, cardiologie interventionnelle et UNV est un établissement pivot du territoire de santé du Cher. Bourges, très belle ville de caractère (agglomération de plus de 100 000 habitants) est idéalement située par autoroute et par train : 2h de Paris, 1h d'Orléans et 2h du Massif Central

NOUS RECHERCHONS H/F (temps plein ou partiel)

**Praticien Hospitalier, Praticien Contractuel, Clinicien Hospitalier, Assistant ou Praticien Attaché
ANESTHÉSISTE REANIMATEUR**

• Mise en place de protocoles anesthésiques de prise en charge des patients ambulatoires • Anesthésie dans les secteurs d'affectation prédéfinis au bloc central ou au bloc obstétrical • Participation aux consultations externes, de péridurales ou d'acupuncture • Participation au développement de l'anesthésie locorégionale, en particulier en orthopédie • Participation à l'amélioration de la prise en charge des patients de soins continus de chirurgie • Participation au développement de l'hypnose lors des inductions anesthésiques



Renseignements : Dr Rignault, Chef de Service : gerald.rignault@ch-bourges.fr

Adressez votre candidature à la direction médicale du personnel

magalie.paoletti-bes@ch-bourges.fr - Tél 02.48.48.66

www.ch-bourges.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINTONGE

RECRUTE

UN ANESTHÉSISTE

Temps plein / Temps partiel

Tout statut étudié



Cité hospitalière de référence, située au cœur de la Charente Maritime, à 1h de Bordeaux et 30 minutes de l'Océan, le CH de Saintes est un établissement de référence, support du GHT, pour de nombreuses spécialités chirurgicales, médicales, obstétricales et psychiatriques

CONTACTS

M. Le Docteur MILESI François

Praticien anesthésiste référent

☎ 05 46 95 12 46 ✉ f.milesi@ch-saintonge.fr

Mme Laurence COULODOU

Directrice des affaires médicales

☎ 06 32 32 18 39 ✉ l.couloudou@ch-saintonge.fr

LES MISSIONS

Vous assurez la prise en charge des patients de nombreuses spécialités chirurgicales, et intervenez sur une maternité de niveau II B.

La permanence des soins est organisée en garde sur place, avec un décompte du temps de travail additionnel avantageux (maquette d'organisation en temps continu).

LE SERVICE

Vous intégrez l'équipe médicale du pôle chirurgie-anesthésie-bloc sur un plateau technique performant, sur les 2 établissements de la direction commune.

Un projet de GCS de chirurgie territoriale est en cours d'élaboration (collaboration public / privé, activité libérale facilitée).



Nous cherchons, pour étoffer notre équipe d'Anesthésie du Centre Hospitalier de Narbonne,
des Médecins Anesthésistes Réanimateurs
(Tout statut envisageable : PH, Assistant, Contractuel, temps plein, temps partiel)

Nous sommes une équipe de 5.4 Praticiens Hospitaliers, Équivalent Temps Plein.

Nous développons une activité d'anesthésie polyvalente et variée :

- Chirurgie orthopédique : ALR+++ , échographe. Chirurgie viscérale.
- Chirurgie urologique.
- Chirurgie gynécologique ; Endoscopies digestive.
- Un peu de chirurgie maxillo-faciale et ORL Pédiatrie à partir de 5 ans.
- Obstétrique 1100 accouchements/an, 80 % d'analgésie périmédullaire.

Bonne organisation et excellente entente dans l'équipe :

- Garde sur place (3 à 5 gardes/mois) Repos de sécurité.
- Congés annuels, RTT.

• Congés formation.

• Équipe de 12 IADE, 1 IADE/salle, 1 MAR pour 2 salles sauf chirurgie lourde et pédiatrie, 7 salles d'intervention + 1 salle d'endoscopie parfaitement équipées aux normes SFAR. 3 salles d'accouchement, 1 salle de césarienne.

• Matériel performant : 2 échographes Sonosite Xpote / Respirateur Dräger Primus / Scopes Dräger Infinity C700 / AIVOC / ANI / Glidescope / Monitoring hémodynamique Edwards / 3 BIS.

• 1 DESAR/semestre SSPI de 12 postes.

• Soins continus et réanimation gérés par réanimateurs.

Conditions d'exercice réellement attractives dans une très belle région :

Proche de la mer, de la montagne et de l'Espagne, Montpellier à 1 heure, Toulouse à 1.5 heure.



CONTACTS

Dr Frank Bolandard

frank.bolandard@ch-narbonne.fr



À 1 heure de Nice et de Marseille situé entre les Gorges du Verdon et le Golfe de Saint-Tropez

Le Centre Hospitalier de la Dracénie (Draguignan) recrute h/f

DES ANESTHÉSISTES temps plein ou temps partiel

Le service d'anesthésie est constitué de 5 PH temps plein et 1 PH à temps partiel. Temps de travail : 48H en continu avec garde sur place de 24H. Activités en consultations et au bloc opératoire avec 5 salles d'intervention, 1 salle d'endoscopie et 1 bloc maternité, 8 lits de SSPI.

Le CH dispose de services de chirurgie HC, une UCA, une maternité de niveau 2A, une réanimation, SAU / SMUR 24H/24, IRM/SCANNER.

Merci de contacter Madame FERNANDEZ, Directrice des affaires médicales : recrutement.dam@ch-draguignan.fr





Le service d'anesthésie du pôle de chirurgie orthopédique de l'hôpital Renée Sabran, situé près de Toulon sur la Presqu'île de Giens dans la Var (83).

Recherche : Un médecin anesthésiste réanimateur

L'établissement de 241 lits et places fait partie des Hospices civils de Lyon. L'activité se compose de 4 services cliniques fortement spécialisés : la chirurgie orthopédique programmée du membre inférieur (plus de 2 400 interventions réalisées en 2019), la médecine physique de rééducation en neurologie et locomoteur, la prise en charge en médecine et SSR des maladies respiratoires et CRCM mixte enfant et adulte et la médecine et SSR gériatrique. 515 professionnels y travaillent dont 50 médecins.

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 composée de 5 MAR et 7 IADE.

Possibilité de logement en toute proximité du site proposé par l'hôpital.

Possibilité de participer aux gardes du Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon/La Seyne et du Centre Hospitalier d'Hyères.

Conditions :

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

Pour toute information complémentaire et pour transmission de votre candidature et CV, contacter le Docteur GONTIER, Chef de service ou le Docteur MARTRES, Chef du pôle de Chirurgie de l'établissement.

E-mail : denis.gontier@chu-lyon.fr – Tél. : 04 94 38 17 00 – E-mail : sebastien.martres@chu-lyon.fr
<http://www.chu-lyon.fr/fr/service-chirurgie-orthopedique-renee-sabran-paca>



LE CENTRE HOSPITALIER LOUIS CONSTANT FLEMING



Date de début de contrat
Dès que possible



Le poste est à pourvoir au centre hospitalier Louis Constant Fleming situé à Spring Concordia sur l'île de Saint-Martin 97150.

PRÉSENTATION DU SERVICE ET DE L'ACTIVITÉ

Le centre hospitalier de Saint-Martin assure annuellement :

- De 2 500 à 3 000 actes chirurgicaux.
- Entre 650 et 700 accouchements dont 20 % de césariennes et 75 % d'anesthésies péridurales.
- 6 500 à 7 000 entrées.

Les actes chirurgicaux comprennent la chirurgie viscérale, l'orthopédie-traumatologie et la gynécologie-obstétrique, spécialités pour lesquelles une astreinte est assurée. On compte également des actes dans les spécialités suivantes : Ophtalmologie, endoscopie digestive, ORL, urologie et chirurgie infantile.

Le service fonctionne avec quatre praticiens dont les tâches se répartissent comme suit :

- Bloc opératoire, SSPI et UCA, régulation du bloc.
- Astreinte de 24 heures avec soins continus, salle d'accouchement, réponses aux appels de services, surveillance post-opératoire de 24h, bloc opératoire si nécessité d'ouvrir une 3^{ème} salle.
- Consultations (y compris tous les 15 jours à Saint-Barthélémy).

Les anesthésistes-réanimateurs sont invités également à participer aux séances d'EPP et à l'encadrement éventuel des internes.



RECRUTE

2 ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS

PH ou Praticien contractuel ou Clinicien Hospitalier à temps plein dont un Chef de service.



LE POSTE DESCRIPTIF

Dans le cadre d'une restructuration des activités du bloc opératoire, nous recherchons 2 praticiens anesthésistes-réanimateurs.

Vous souhaitez intégrer une équipe ?

Assurer la responsabilité d'un service d'anesthésie ?

Envie de vous engager dans un projet médico-soignant au sein du GHT des Îles-du-Nord ?

Le candidat aura possiblement la chefferie du service d'anesthésie-réanimation.

Il viendra compléter les 3 postes à temps plein de l'activité d'anesthésie - réanimation.

CONDITIONS

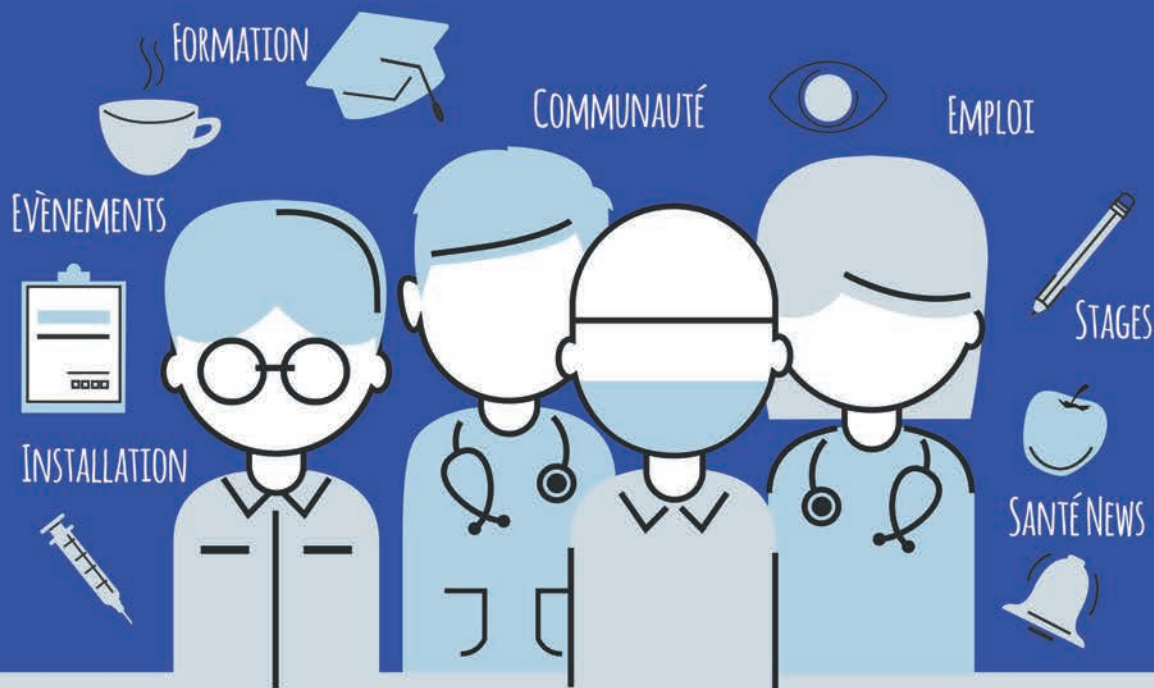
Pour postuler à cette offre vous devez être titulaire d'un diplôme de médecine, et inscrit à l'Ordre des médecins.

Vous intégrez une équipe médicale constituée de 4 praticiens.

Vous participez aux astreintes opérationnelles la semaine et le week-end.

POUR TOUT RENSEIGNEMENT, VOUS POUVEZ CONTACTER

Direction : Marie-A LAMPIS-PATTUS, Directrice - 0590 52 26 02 - ma.lampis@chSaintMartin.fr
 Romain LAMOUREUX, Directeur adjoint - 0590 52 26 02 - r.lamoureux@chSaintMartin.fr
 Chef de pôle : Dr Louis JEFFRY - 0590 52 26 28 - l.jeffry@chSaintMartin.fr



RÉSEAU PRO SANTÉ

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

