

PHARE

#94

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

AVANCER COÛTE QUE COÛTE !

Le site du SNPHARE : <http://www.snphare.fr> — OCTOBRE 2021

DOSSIER SANTÉ AU TRAVAIL | DOSSIER SENIORISATION | ACTU : LE CONCOURS DE PH 2022

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Dr Anne GEFROY-WERNET - Présidente Centre Hospitalier de Perpignan anne.wernet@snphare.fr	CSPM - CSN (AR) - Commission régionale paritaire Occitanie - CNP anesthésie-réanimation - Intersyndicale Avenir Hospitalier - APH - 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	CFAR - 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 : 01 40 87 50 00 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 24
Dr Louise GOUYET - Trésorière adjointe Groupe Hospitalier Pellegrin - Bordeaux louise.gouyet@snphare.fr	CSN (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) Commission régionale paritaire Hauts de France Relations avec les délégués hors Ile de France	Standard : 03 22 80 00 00 DECT 36002 Portable : 06 33 63 20 62
Dr Anouar BEN HELMAL - 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	Secrétaire général du Collège National Professionnel Anesthésie-Réanimation - CSN (AR) - Secrétaire général adjoint CFAR - Conseil de Discipline (AR) - FEMS	Portable : 06 31 18 57 61
Dr Grégory WOOD - Secrétaire Général 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 Ezéchiél BANKOLE – Administrateur CHU - Reims bankole.ezechiel@sfr.fr	Permanence des soins Gardes et astreintes	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	Relation avec les délégués - Communication	
Dr Morgana JEANTIEU-NERISSON - Administratrice CHI du Pays d'Aix morgana.jeantieu@snphare.fr	CRSA - Communication	Portable : 06 72 77 58 31
Dr Yves REBUFAT – Administrateur CHU - Hôpital Laënnec - Nantes yves.rebufat@snphare.fr	Conseil de Discipline (AR) - Site web www.snphare.fr et communication - Intersyndicale Avenir Hospitalier - APH	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	Permanence des soins - Gardes et astreintes - Risques psychosociaux - Référé des spécialités médicales non anesthésistes-réanimateurs - Retraites	Portable : 06 71 86 49 60
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 Claude WETZEL – Administrateur honoraire claude.wetzel@snphare.fr	Chargé de Mission Affaires Européennes	Portable : 06 60 55 56 16
Dr Ségolène ARZALIER-DARET – Chargée de mission CHU - Caen arzalier-s@chu-caen.fr	Observatoire de la souffrance au travail	Ligne Directe : 02 31 27 24 11 Portable : 06 64 79 94 19

DOSSIER SÉGUR	4
☞ Le Ségur un après, quel bilan ?	
☞ Le Ségur des HU : aussi décevant que le reste...	
COVID	8
Été 2021 : la 4 ^{ème} vague est arrivée en front de mer	
DOSSIER	
SANTÉ AU TRAVAIL.....	10
☞ Obligation vaccinale : contrôle par l'employeur ou la médecine du travail ?	
☞ Médecin du travail à l'hôpital : zoom sur un métier méconnu	
☞ Burn-out chez les PH : comment l'identifier ?...	
☞ Lumière sur le programme M.	
☞ Pour un médecin, il est très difficile de passer de l'autre côté de la barrière.	
PRÉVOYANCE.....	20
État des lieux et évolutions	
FICHE PRATIQUE	21
Le CGOS, à quoi ça sert ?	
DOSSIER SENIORISATION	22
Seniorisation en anesthésie-réanimation	
☞ Docteurs juniors : d'une pratique sauvage à une pratique sécurisée ?	
☞ Docteurs juniors : protéger l'interne, le PH et le patient	
ACTU	24
Le concours de PH 2022 nouvelle mouture	
TRAJECTOIRE	26
PETITES ANNONCES	27

Pour aller dans le bon sens !

Le SNPHARE vient de clôturer son séminaire du Conseil d'Administration dans une ambiance de panique de nos tutelles : sanction de l'intérim sans mesure d'impact sur les établissements, loi Matras... une succession de mauvaises solutions prises à la va-vite face à un vrai problème : le manque de médecins à l'hôpital public, la désaffection des jeunes pour les carrières hospitalières, la fuite des plus anciens vers d'autres modes de carrière – l'intérim étant l'une des issues – et l'inquiétude de tous vis-à-vis de l'évolution du statut. Les décrets sur le « statut unique » de PH sont sur le point de sortir : censés augmenter l'attractivité hospitalière, ils proposent surtout un morcellement de l'activité des PH et une rupture de la continuité des soins. Ce n'est pas la vision du SNPHARE, ni de son intersyndicale Avenir Hospitalier, et nous l'avons clairement exprimé lors des réunions de concertation. La DGOS décide d'ignorer la représentation majoritaire des praticiens hospitaliers, c'est un problème !

Plus que du beurre dans les épinards ou une petite résidence en bord de mer, nous souhaitons travailler dans de bonnes conditions : stabilité des équipes, sérénité dans l'organisation des plannings, possibilité d'avoir une activité extraclinique et une formation permettant le maintien de nos compétences, démocratie dans la gouvernance, de l'unité fonctionnelle ou du service jusqu'à la CME. Et bien sûr, une reconnaissance de notre travail : juste décompte du temps travaillé, le jour et la nuit (activité d'astreinte, garde à 3 DJ ou temps continu), prise en compte de la pénibilité de nos rythmes de travail, rémunération en rapport avec nos compétences et responsabilités, valorisation de notre engagement sans faille dans l'hôpital public – le recours sur le reclassement des PH est toujours en cours.

La santé doit devenir un sujet important de la campagne présidentielle. La succession des politiques passées a appliqué à l'hôpital public un modèle néolibéral antinomique avec sa mission de service public. Il ne s'agit pas de transformer l'essai pour aller dans le mur, mais bien que les tutelles comprennent leurs erreurs pour revenir au bon sens paysan, celui qui a permis la résilience de l'hôpital lors de l'arrivée brutale de la première vague COVID : l'expertise de ceux qui travaillent à l'hôpital, tous les jours.

Les PH sont l'armature médicale de l'hôpital. Nous avons aimé et choisi l'hôpital public il y a un mois, un an, dix ans, vingt-cinq ans... nous aimons l'hôpital public et voulons qu'il retrouve ses lettres de noblesse, son excellence dans tous ses aspects : expertise médicale, humanité, qualité et sécurité des soins pour tous. Nous sommes tous ensemble ces valeurs, ces compétences et ce dynamisme, pour aujourd'hui et pour demain !

Anne Geffroy-Wernet



ISSN : 2729-1928

Présidente du comité de rédaction :

Anne Geffroy-Wernet

Rédacteur en chef :

Grégory Wood

Comité de rédaction :

Anouar Ben Hellal - Jullien Crozon -

Emmanuelle Durand - Francis Vuillemet

Éditeur : Ektopic

11 bis av Mal de Lattre de Tassigny

94000 Créteil - 06 71 67 15 72

Rédaction : S. Sargentini

Directeur de publication : C. Mura

Publicité : K. Tabtab

k.tabtab@reseauprosante.fr

Impression : Imprimerie Imprimatur

Crédits photos : istock

Le Ségur un an après, quel bilan ?

Voilà maintenant près d'un an que la grande concertation du Ségur s'est terminée. Quelles sont les circonstances dans lesquelles cette concertation a été organisée, comment s'est-elle déroulée ? Retour sur une occasion ratée...

TSUNAMI : ÉPISODE 1

Le Ségur a été lancé en grande pompe par Olivier Véran, nouveau ministre de la Santé fraîchement nommé en pleine crise COVID épisode 1, après le départ d'Agnès Buzyn, partie à la conquête de la ville de Paris, après les mésaventures du candidat initialement pressenti. Le système de santé et en particulier les hôpitaux publics, vient de subir la plus grave crise sanitaire qu'il ait connue depuis près d'un siècle. Les hôpitaux, déjà moribonds, viennent de prendre de pleine face la première vague de la COVID qui, sur le plan médiatique, ressemble plus à un tsunami qu'à autre chose. Les réanimations débordent, les urgences dégoulinent, le matériel manque, les masques ont été détruits comme les filières françaises de production, les filières chinoises d'approvisionnement sont taries, les respirateurs sont en nombre insuffisant et les soignants sont donc « à poil » pour affronter cette crise.

« Ces grandes concertations, lancées dans le fatras de crises médiatiques, ne sont que poudre aux yeux et paillettes à destination du public. »

Fort heureusement, la mortalité liée au virus est moins importante que celle que l'on supposait au début faute d'avoir pu obtenir des informations fiables de la part du pays où avait commencé l'épidémie. Le premier confinement, extrêmement drastique, permet de limiter la casse et aux hôpitaux de tenir le coup. Les dégâts, bien que peu visibles par le tout un chacun, sont pourtant bien là. Les soignants déjà fort éprouvés sont maintenant épuisés. De nombreux malades n'ont pas pu être correctement pris en charge, des interventions ont été repor-

tées et ce retard nécessitera de nombreux mois avant d'être rattrapé.

Les soignants sont adoués par la population tous les soirs pour leur courage, leur abnégation et leur capacité à s'adapter à cette crise malgré les nombreux obstacles et autres embûches que 20 ans de politique de destruction de l'hôpital public ont pu semer ici ou là.

LE SÉGUR OU L'ÉPISODE 2

C'est à la fin de cet épisode 1 que se déroule la concertation du Ségur. Tout le monde y croit, persuadé que le « quoi qu'il en coûte » mettra fin à plus de 20 ans de débâcle hospitalière.

La désillusion se fera très vite ressentir. La nomination de Nicole Notat, syndicaliste controversée, mais figure médiatique connue donne le ton. Ce n'est qu'une concertation ! De négociation il n'y en a quasiment pas et on nous ressort dans une grande précipitation des mesures issues de concertations antérieures. En urgence, on verse une prime. Mais pas à tous. Juste à ceux qui auraient le plus mérité. Les critères sont subjectifs et absolument pas transparents. Premier couac !

En urgence, on valide des mesures déjà validées par Ma Santé 2022 et réclamées par nos organisations syndicales depuis 2015, mais jugées trop coûteuses à cette époque et désavantageusement, pour les PH, remplacées par la PECH (Prime d'engagement dans la carrière hospitalière). Les trois premiers échelons de la grille salariales seront supprimés.

DES COUACS EN PAGAILLE

Des semaines de discussions, de nombreux allers-retours vers la capitale, des réunions qui s'en-

chaînent et des négociations qui s'enlisent dans le passé du plan ma Santé 2022 qui, malgré son titre avant-gardiste, n'avait pourtant pas prévu la crise. Quelques moments d'espoir qui finiront par s'évanouir et une conclusion précipitée qui exclut, probablement volontairement, notre intersyndicale APH, fusion de la CPH et d'Avenir Hospitalier, des dernières discussions et de la signature. Deuxième couac !

« Nous, SNPHARE, continuons avec encore plus d'énergie à pousser nos sujets-phares, qui sont aussi les vôtres ».

De 13 échelons, la grille était passée à 10 puis repasse à 13 en fin de Ségur. Si l'augmentation peut sembler notable en termes de rémunération, il convient néanmoins de modérer cet enthousiasme par le calcul de l'ancienneté nécessaire pour pouvoir atteindre ces derniers échelons. En effet, sur cette nouvelle grille, à partir du nouvel échelon 9, chaque échelon a une durée de 4 ans. De même, la suppression des trois premiers échelons ne profite qu'au flux, les jeunes praticiens qui entrent dans la carrière, mais pas au stock, les vieux praticiens de plus de 31 ans qui eux se retrouvent déclassés, certes sans perte salariale, dans la nouvelle grille. L'ancienne grille avait une durée de 24 ans, ce qui impliquait qu'au bout de 24 ans d'ancienneté dans le corps on atteignait la rémunération maximale prévue par la grille.

La nouvelle grille pour le « flux » (les PH nommés après le 1^{er} octobre 2021) a une durée de 32 ans ce qui permet d'envisager d'atteindre le dernier échelon quelques mois seulement avant de partir en retraite. En revanche, pour le « stock » (les PH nommés avant le 1^{er} octobre 2021), cette même grille a donc une durée de 36 ans puisqu'il n'a pas bénéficié d'un reclassement après la suppression des trois premiers échelons. Il est donc probable que beaucoup d'entre eux n'atteindront pas ce dernier échelon puisqu'il implique pour beaucoup une prolongation de l'activité au-delà de l'âge de départ à la retraite. Troisième couac !

L'indemnité d'exercice de service public exclusif (IESPE) passe à 1000 € mensuels bruts. Un très beau chiffre pour la presse qui aime les comptes ronds et les nouvelles sonnantes et trébuchantes. Là encore, il faut relativiser, l'IESPE était déjà à 700 € depuis 2017 pour les praticiens de plus de 15 ans de

carrière et à 400 € pour les autres. L'augmentation bien que réelle n'est donc pas considérable.

ET L'ÉPISODE 3 ?

Pour le reste, comme sœur Anne, nous ne voyons pas grand-chose venir, nous attendons la sortie des textes concernant la réforme des différents statuts avec quelques changements qui nous semblent très dogmatiques, voire extrêmement dangereux pour la cohésion des équipes médicales, la construction collective et la qualité de vie au travail dans les services hospitaliers. Les millions d'euros annoncés n'ont absolument rien changé à la vie quotidienne des personnels hospitaliers, ils n'en ont pas vu le moindre centime, ni le moindre bénéfice.

Le projet de réforme de la gouvernance qui se veut porteur d'une remédicalisation de celle-ci est en train de faire un flop tellement il était si peu ou si mollement consensuel, mais tant dénué d'audace et de courage.

Pour terminer, force est de constater que les organisations professionnelles de paramédicaux font le même diagnostic que nous sur l'absence de volonté de redonner des moyens à l'hôpital public. Qu'on les appelle pompeusement Grenelle, Beauvau ou Ségur, ces grandes concertations, lancées dans le fatras de crises médiatiques, ne sont que poudre aux yeux et paillettes à destination du public. Il n'en sort que des mesurette et des promesses qui n'engageront que ceux qui veulent bien se perdre à les écouter.

LA LUMIÈRE BRILLERA-T-ELLE AU BOUT DU TUNNEL ?

Alors, quel espoir pour l'hôpital public, quel espoir pour les praticiens hospitaliers ? Nul doute qu'entre épuisement et déception, le bout du tunnel reste loin. Comme tous les cinq ans, la fin d'une mandature présidentielle apporte son lot de mesures ; le ministre qui sait pertinemment que le Ségur a été un raté pour les praticiens hospitaliers ; le sujet de la santé sera au cœur de la campagne présidentielle. Nous, SNPHARE, continuons avec encore plus d'énergie à pousser nos sujets phares, qui sont aussi les vôtres : attractivité des carrières hospitalières, permanence des soins, temps de travail, formation, santé au travail, stabilité des équipes.

Yves Rébufat, ancien président du SNPHARE et actuel président exécutif d'Avenir Hospitalier

Le Ségur des Hospitalo-Universitaires : aussi décevant que le reste ...

Si l'on a beaucoup parlé des praticiens hospitaliers, le protocole d'accord du Ségur – que notre intersyndicale Avenir Hospitalier/APH n'a pas signé, rappelons-le, comportait également des mesures pour les praticiens hospitalo-universitaires. Il s'agissait davantage d'un cadre que d'engagements, ceux-ci ont été précisés ces derniers mois après « concertations »...

UN BILAN DÉCEVANT

Dans le cadre du fameux Ségur de la Santé, les praticiens hospitalo-universitaires ont eu droit, eux aussi, dans le cadre du pilier « transformer les métiers et revaloriser ceux qui les soignent » à des négociations statutaires propres à leur statut de « bi-appartenants ».

De ce fait, le ministère de l'Enseignement Supérieur de la Recherche et de l'Innovation (MESRI) était systématiquement présent à ces réunions au même titre que le ministère des Solidarités et de la Santé.

La revendication principale des praticiens hospitalo-universitaires concernait leur retraite. En effet, les H-U n'ont de cotisations retraite obligatoire que sur leur salaire universitaire et rien sur leurs « émoluments » hospitaliers. Ce point de revendication, pourtant majeur, a été repoussé à la réforme complète de l'ensemble des systèmes de retraite, dont on ne sait quand elle adviendra, ni sous quelle forme.

Les seuls gains concrets ont été, comme pour les PH, l'amélioration de l'indemnité de service public exclusive (ISPE), et une modification des grilles hospitalières (suppression des 2 premiers échelons et création de 2 échelons en sommet de grille pour



les MCU-PH ; suppression du premier échelon et création d'un échelon en sommet de grille pour les PU-PH) sans modification des grilles universitaires. Ceci permettra aux jeunes H-U qui seront nommés en 2022, d'accéder rapidement à des salaires plus élevés. Mais comme pour les PH, les praticiens déjà nommés ne bénéficient d'aucun recalcul d'ancienneté, ni d'aucun avancement dans la grille.

« Comme pour les PH, les HU déjà nommés ne bénéficient d'aucun recalcul d'ancienneté, ni d'aucun avancement dans la grille. »

D'autres « gadgets » évoqués durant les réunions (augmentation de la participation de l'employeur hospitalier aux plans d'épargne retraite volontaires et la création d'une prime d'enseignement et de recherche spécifique) n'ont d'ailleurs toujours pas été inscrits dans les propositions de textes en passe d'être publiés.

STATUT ET TEMPS DE TRAVAIL

Parallèlement aux négociations du Ségur, se sont également tenues des réunions, visant à fusionner en un seul et même statut hospitalo-universitaire les trois disciplines : médecine, pharmacie et odontolo-

gie. Pour APH, cette refonte statutaire aurait été l'occasion de toiletter les textes : par exemple fixer les obligations de services des HU à 10 demi-journées comme pour les PH (et non à 11 comme c'est encore le cas) ; définir plus précisément ces obligations de services, notamment la répartition entre activités hospitalières et universitaires devant être précisée dans un arrêté d'application qui n'a jamais été publié ... Autant d'occasions ratées, qui n'ont fait qu'augmenter la colère des praticiens hospitalo-universitaires.

Au cours de l'été sont parus plusieurs motions, pétitions, tribunes dans la presse :

- Lettre au Président de la République des Conférences des Facultés de Médecine Pharmacie Odontologie, Conférences des CNU Santé ; Conférences des Présidences d'Université.
- Un Avis de l'Académie de Médecine.
- Tribune dans « Le Monde » de 145 présidents d'université, doyens de faculté.
- Pétitions de plus de 3 500 confrères.

Face au mécontentement généralisé de l'ensemble des catégories de soignants, pour l'instant le gouvernement fait mine de ne pas vouloir modifier sa feuille de route. Les prochaines échéances électorales pourraient être l'occasion de montrer que les blouses blanches pèsent aussi dans les choix de société.

Raphaël Briot, administrateur du SNPHARE

Reclassement des praticiens hospitaliers : où en sommes-nous ?

Vous nous sollicitez régulièrement sur l'avancée de ce dossier. Pour mémoire, deux procédures sont en cours :

- **Un recours en Conseil d'État contre le décret, déposé par les intersyndicales Action Praticiens Hôpital – à laquelle nous appartenons via Avenir Hospitalier – et Jeunes Médecins;**
- **Des recours individuels que vous avez faits au Tribunal Administratif, après que nous ayons épuisé tous les moyens d'échapper à ces procédures juridiques : tentatives de négociations, grève, etc. en pleine crise sanitaire !**

Nous redemandons régulièrement que ce problème de l'avancement des PH soit remis sur la table : il paraît qu'il n'y a pas d'argent. Le ministère joue la montre en attendant le Conseil d'État... Le temps juridique est un temps long, les délais pour avoir une audience en Conseil d'État sont de l'ordre de dix-huit mois à deux ans habituellement. Les tribunaux administratifs ne se prononceront qu'une fois que le Conseil d'État aura statué.

Patience, donc...

AW

La quatrième vague est arrivée en front de mer...

Il y a eu la Martinique, la Guadeloupe, puis Tahiti et la Nouvelle-Calédonie. Il y a eu – dans une moindre mesure – le littoral atlantique et méditerranéen. Le Sars-Co-V2 s'est invité sur les plages cet été, surprenant une population pas encore vraiment vaccinée, et des sujets à risques qui n'avaient pas pris la mesure de l'intérêt de la vaccination. De l'impertinence des plans blancs à la poursuite des déprogrammations...

15 LONGS MOIS

Alors qu'on nous vendait une nouvelle fois une sortie de crise et un retour à la vie normale – qui laissait bien sûr tous les professionnels de santé méfiants – le 12 juillet, Emmanuel Macron annonce un changement de cap à 180° : pass sanitaire, obligation vaccinale des soignants, loi rédigée dans l'urgence. Plus qu'un commentaire sur le timing de ces résolutions, c'est du retentissement de cette vague sur les hôpitaux que nous allons parler.

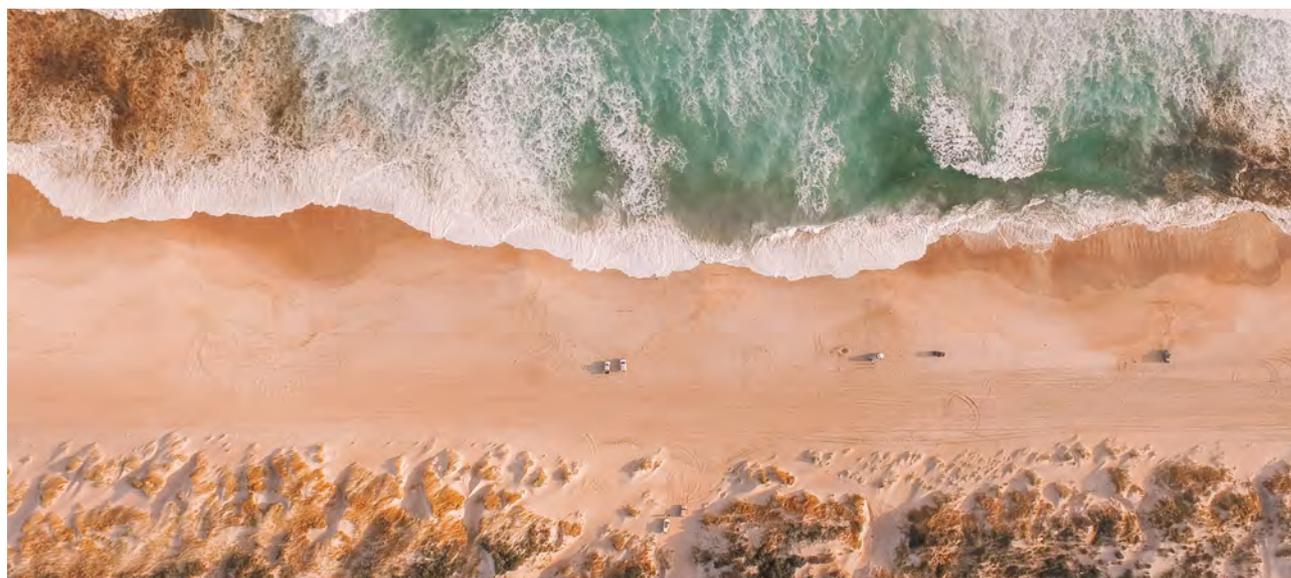
C'est l'été. Cela fait 15 mois que la crise sanitaire a commencé, 15 mois que dans de nombreux hôpitaux, on n'est toujours pas revenu à un rythme d'activité de croisière, et que les files actives ne cessent de gonfler. Cela fait 15 mois que les réorganisations – plannings, horaires – changent au gré de la montée et de la redescente des vagues. Cela fait

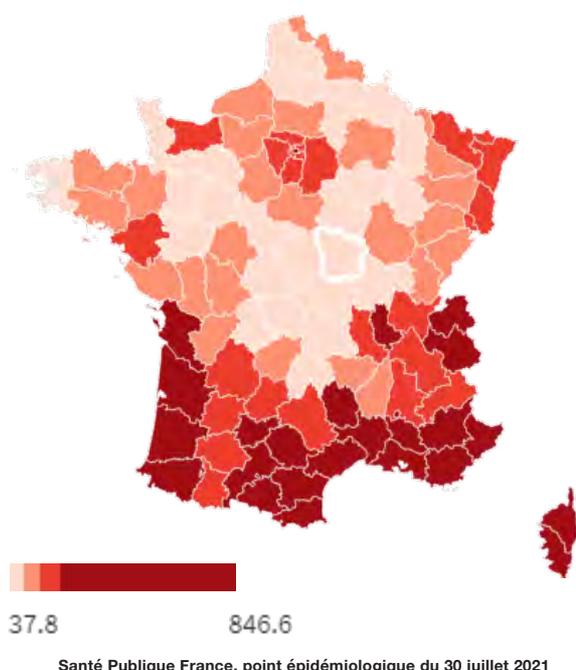
15 mois : les professionnels de santé sont épuisés, physiquement mais aussi moralement... Surtout les personnels paramédicaux, mais pas que. Parce que, comme la population toute entière, on prend conscience qu'on ne voit plus le bout du tunnel. Parce que le Ségur qui devait sauver l'hôpital public n'a rien apporté.

DÉCLENCHÉMENT DU PLAN BLANC

Plan blanc : « Dispositif de crise qui permet [à un établissement] de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle »¹. Ce dispositif exceptionnel, qui a fait ses preuves dans des situations aiguës, a été utilisé au début

¹ - Loi du 9 août 2004 - https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001264298?r=vfz708IRpW





de la crise sanitaire, à l'échelle de l'établissement, puis de la région – via les ARS, auxquelles on a voulu donner davantage de pouvoir décisionnaire et organisationnel à l'issue de la 1^{re} vague.

Cela fait un an que les Conseils Nationaux Professionnels d'Anesthésie-Réanimation-Médecine Périopératoire et de Médecine Intensive Réanimation travaillent pour proposer une organisation rationnelle et ont remis des documents à la DGOS : réanimations éphémères, gestion des ressources humaines paramédicales et médicales.

« L'annonce des plans blancs, ça n'a rien changé. »

Malgré cela, c'est la panique. Beaucoup de personnels hospitaliers sont en vacances, bien méritées. On s'organise : le plan blanc permet de mobiliser les personnels y compris en congés, l'ARS devrait pouvoir coordonner les offres de soins sur le territoire, réquisitionner si besoin. Besoin, il y a.

3 août 2021, déclenchement du plan blanc en Corse. Suivi, en quelques jours, par les régions PACA, Occitanie, Nouvelle-Aquitaine.

CONSÉQUENCES

Dans tous les endroits que nous avons interrogés, les directeurs d'établissements ont eu la sagesse de ne pas toucher aux congés annuels des profes-

sionnels de santé. Des réanimations éphémères ont été réouvertes, avec le personnel sur place : IADE, IBODE, aide-soignant(e)s de bloc opératoire, nouvelles lignes médicales le jour et la nuit entraînant mathématiquement des déprogrammations chirurgicales majeures. L'aide du privé est restée anecdotique, absente dans plusieurs départements pourtant en difficulté. La permanence des soins, dont la charge s'accroît l'été, a été maintenue. Nous pouvons être fiers de servir l'hôpital public, mais cette fierté se couvre d'amertume, quand on pense au soin empêché, aux patients non pris en charge du fait des déprogrammations... et quand on pense bien sûr à l'absence de reconnaissance décente de notre métier (le Ségur, le reclassement, etc.).

« Et si un jour on écoutait le terrain ? »

Alors, à quoi sert le plan blanc ? Au bout de 15 mois, nous ne sommes plus dans une situation aiguë. L'annonce des plans blancs n'a eu qu'un retentissement médiatique. En fait, ça n'a rien changé. Comme en mars 2020, on s'est débrouillés tout seuls ; mais à chaque vague, on y laisse des plumes : individuellement, collectivement.

Les freins ne sont plus l'absence d'équipement de protection individuelle et de solution hydroalcoolique, la pénurie de médicaments, le manque de respirateurs et autre matériel de réanimation, la peur d'attraper un COVID grave – nous sommes vaccinés. Le frein, c'est l'incapacité de mettre en place rapidement une attractivité hospitalière pour avoir des équipes fournies, stables et compétentes, alors que CNP et syndicats proposent des solutions complémentaires.

Et si un jour on écoutait le terrain ?

AW

Obligation vaccinale : contrôle par l'employeur ou la médecine du travail ?

La loi du 5 août 2021 a instauré une obligation vaccinale contre la COVID-19 pour le personnel soignant. La vaccination s'imposait déjà aux soignants par déontologie, et on peut regretter que l'obligation légale soit arrivée aussi tardivement : le caractère obligatoire engage l'État dans les rares cas de complications. L'article 13 de cette loi impose au personnel hospitalier de justifier auprès de leur employeur d'avoir satisfait à l'obligation vaccinale, ou de ne pas y être soumis.

L'OBLIGATION VACCINALE, UNE OBLIGATION ANCIENNE

Cette obligation vaccinale n'est évidemment pas une première, puisque l'article L. 3111-4 du Code de la santé publique impose à toute personne qui, dans un établissement de soins, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination d'être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite. Ces vaccinations présentent un bénéfice individuel direct pour le personnel soignant à risque d'exposition, et le Code de santé publique précise bien que ce sont les services de santé au travail qui contrôlent la satisfaction à cette obligation, que ce soit par la vaccination, par une contre-indication, ou en cas de réponse immunitaire insuffisante... Que la vaccination soit effective, qu'elle soit contre-indiquée ou qu'elle entraîne une réponse immunitaire insuffisante, les services de santé au travail transmettent une validation aux directions, sans préciser aucun détail relevant du secret médical.

LA POSITION DU SNPHARE

Le SNPHARE a émis des réserves, non pas sur le principe d'obligation vaccinale, mais sur ses modalités de contrôle. En effet, la loi du 5 août relative à la gestion de la crise sanitaire contraint les employés concernés à justifier de leur statut vaccinal auprès de leur employeur, et la médecine du travail, pourtant systématiquement sollicitée dans le cas des autres vaccinations, n'est pas un filtre obligatoire dans le cas de la COVID-19. Certes, la loi offre la possibilité aux employés de la solliciter en cas de contre-indication vaccinale ou de rétablissement de COVID-19. Mais ce

n'est qu'une option facultative, et le simple recours à ce circuit donne une indication à l'employeur sur l'état de santé de l'intéressé : soit il a contracté la COVID-19 récemment, soit il présente une contre-indication, dont la liste est très limitative (le premier trimestre de grossesse fait d'ailleurs partie de cette courte liste, et les femmes enceintes ne souhaitent pas toujours déclarer leur grossesse à ce stade).

LE SECRET MÉDICAL PLUS OU MOINS RESPECTÉ

Certains établissements ont choisi de faire passer toutes les informations vaccinales par la médecine du travail. Les soignants adressent leur certificat de vaccination, de contre-indication ou de rétablissement sur une adresse mail gérée par le service de santé au travail, qui informe la direction de la satisfaction à l'obligation sans donner aucun détail : cette procédure unique permet le respect du secret médical.

**« Le SNPHARE a émis des réserves,
non pas sur le principe d'obligation
vaccinale, mais sur ses modalités
de contrôle. »**

Malheureusement, d'autres directions n'ont pas eu cette attitude et ont exigé la transmission de tous les types de certificats directement aux services de ressources humaines, par voie de mail ou sur un portail intranet, sans offrir la possibilité de recourir à la médecine du travail. La médecine du travail était ainsi



court-circuitée et le droit au secret médical bafoué. À ceux qui ont protesté contre ces méthodes, il a souvent été répondu que les services de santé au travail n'avaient pas la capacité de traiter un tel flux d'informations. C'est justement ce que le SNPHARE dénonce depuis très longtemps : la médecine du travail dans les hôpitaux a été largement négligée, et n'a pas les moyens de remplir ses missions. La plupart des médecins hospitaliers ne bénéficient pas du suivi de santé au travail auquel ils ont droit, et le personnel non médical, n'est d'ailleurs pas beaucoup mieux loti. Cette situation liée à une inaction chronique des tutelles comme des établissements de soins, ne peut servir d'excuse à la négation du droit au secret médical pour les soignants. La Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS) a rédigé une instruction le 9 septembre, qui demande aux établissements d'offrir la possibilité de transmettre tout certificat, y compris celui de vaccination, à la médecine du travail sans passer directement par l'employeur. Nous regrettons que ce filtre de secret médical ne soit pas obligatoire, mais nous espérons que tous les établissements se conformeront à cette circulaire.

GESTION DES DONNÉES

La gestion des données de contrôle de l'obligation vaccinale est le deuxième écueil : la loi du 5 août autorise l'employeur à les conserver, sous réserve des garanties de sécurité informatique et de leur bonne destruction à la fin de l'obligation vaccinale. Bien que la fin de cette obligation ne soit pas prévue (il ne faut pas confondre la fin programmée du PASS sanitaire au 15 novembre, avec celle de l'obligation vaccinale pour les soignants), certains établissements ont prévu d'archiver les données pour plusieurs années au lieu de les détruire.

Nous pouvons citer l'exemple de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, qui a développé un portail intranet pour la transmission des certificats de vaccination très tôt après la promulgation de la loi. Initialement invité de façon cordiale à utiliser ce portail, la pression a rapidement augmenté sur le personnel pour l'imposer. Le recours à la médecine du travail n'était pas proposé, et les données devaient être conservées 6 ans après la fin de l'obligation vaccinale. Le SNPHARE a fait remarquer que ce portail n'était pas conforme, et une nouvelle version a été mise en ligne, proposant de passer par les services de santé au travail pour les certificats de contre-indication et de rétablissement. De plus, les données sont maintenant censées être détruites comme la loi le prévoit. Nous déplorons cependant que ce portail ne soit pas géré entièrement par la médecine du travail.

« La médecine du travail dans les hôpitaux a été largement négligée, et n'a pas les moyens de remplir ses missions ».

La grande majorité du personnel soignant est maintenant vaccinée. La loi du 5 août aurait dû être plus respectueuse du secret médical, la DGOS en a pris conscience et a tenté de rectifier cela dans sa circulaire d'application. C'est l'occasion de rappeler que la médecine du travail doit être développée dans nos hôpitaux pour offrir aux praticiens prévention et sécurité dans leur exercice professionnel.

Éric Le Bihan, secrétaire général du SNPHARE

Médecin du travail à l'hôpital : zoom sur un métier méconnu

Hélène Beringuier était médecin du travail à l'hôpital jusqu'en 2019 et est présidente de l'Association Nationale de Médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux (ANMTEPH). Elle répond à nos questions sur ses actions mais également sur les spécificités de la médecine au travail à l'hôpital, le manque de moyens et l'actualité.

PHARE: Qu'est-ce que l'ANMTEPH ? Pourquoi s'être associé à notre intersyndicale Avenir Hospitalier (AH)?

Hélène Beringuier : L'ANMTEPH c'est l'Association Nationale de Médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux. À ses débuts en 1963, elle était uniquement constituée de médecins du travail exerçant dans les hôpitaux. Depuis l'introduction de la pluridisciplinarité dans les Services de Santé au Travail (SST) (2002), d'autres préventeurs nous ont rejoints : infirmiers surtout, ergonomes, psychologues du travail et psychocliniciens. Aujourd'hui, elle regroupe 250 adhérents environ.

Notre partenariat avec AH a débuté à l'initiative de Max Doppia. Après son décès, cela a été plus compliqué de construire ce partenariat car mes collègues de l'ANMTEPH sont assez craintifs vis-à-vis des syndicats (les relations entre médecins du travail et les syndicats médicaux peuvent être conflictuelles, cela explique peut-être pourquoi). Notre partenariat existe, mais il n'est pas allé jusqu'à intégrer AH. Bien que n'étant pas un syndicat, je pense que cela aurait été intéressant pour travailler ensemble sur les actions de santé au travail des médecins et pour obtenir plus de moyens pour les SST. Cela se fera peut-être un jour.

« Utiliser le médecin du travail comme intermédiaire, comme traducteur d'un problème de santé est la meilleure des solutions. »

PHARE: Quelles sont les spécificités de la médecine du travail à l'hôpital public, par rapport aux autres secteurs du monde du travail ?

Hélène Beringuier : Tout d'abord, il faut rappeler que c'est la fonction publique, avec une réglementation propre qui se rajoute à celle du Code du travail. C'est un secteur où les services de médecine du travail sont propres aux hôpitaux, contrairement au secteur privé où ce sont les services inter-entreprises qui dominent. Le fait d'être médecin du travail (MDT) dans un milieu

médical peut être un frein à notre action. Bien d'autres professionnels pensent avoir les capacités de faire de la prévention des risques professionnels. Le secret médical peut être plus difficile à faire respecter à cause des discours comme : « mais on est dans le secret médical partagé puisqu'on travaille tous à l'hôpital ». Ce milieu est très intéressant pour un médecin du travail, les risques professionnels sont variés.

PHARE: Il y a un manque majeur de moyens pour la médecine du travail, comment s'en sortir ?

Hélène Beringuier : Il faut jouer sur plusieurs tableaux : d'abord, former plus de médecins du travail en formation initiale (pour susciter des vocations, recevoir plus d'externes et d'internes dans les SST hospitaliers) et en 2^{ème} DES¹. La voie des collaborateurs est intéressante : réorientation, formation en alternance seraient utiles. Si elle est chronophage pour les médecins du travail tuteurs, elle est enrichissante par les échanges qu'elle provoque. Il faudrait rémunérer le tutorat. Encore faut-il que les SST hospitaliers soient attractifs et qu'il y ait une réelle pluridisciplinarité dans le SST (et non dans les directions).

PHARE: La visite annuelle doit-elle être systématique pour les médecins hospitaliers ? Quels sont les troubles à rechercher chez les médecins ? Sont-ils plus difficiles à dépister ou à suivre que pour d'autres professions ?

Hélène Beringuier : Dans la fonction publique hospitalière, la visite périodique est prévue tous les 2 ans. Cependant, en pratique, elle n'est pas toujours faite tant pour le personnel médical, que non médical, faute de moyens dans les SST. Dans le secteur privé, elle est prévue tous les 4 ans. Cette visite est l'occasion de faire un point « santé au travail » pour ceux qui ne sont pas suivis de manière rapprochée. Quand les moyens sont insuffisants, nous priorisons souvent d'autres suivis que cette visite périodique : reprises du travail, suivis rapprochés de personnels présentant des facteurs de risques risquant de décompenser au

¹ - [NDLR : les PH peuvent, au bout de quelques années d'exercice, passer un 2^{ème} DES pour s'orienter vers une autre spécialité, comme la médecine du travail par exemple]

travail, débuts de grossesse... Le suivi du personnel médical a longtemps été négligé par les médecins eux-mêmes et par les médecins du travail, mais il s'est amélioré ces dernières années, car il y a une meilleure conscience des risques par les médecins et les médecins du travail ont compris qu'il n'y avait aucune raison de les « exclure » de ce suivi.

PHARE: Quel est le rôle du médecin du travail dans l'hôpital ? Dans quelles instances peut-il avoir la parole (CHSCT² ? CME³ ? autres ?) ? Quid de l'indépendance des médecins du travail, non PH, quand ils sont employés par le directeur ?

Hélène Beringuier : Son rôle est réparti en deux types d'actions. D'abord une action individuelle : le suivi médical, avec pour but d'éviter une altération de la santé du fait du travail, de fournir de l'information sur les risques et leur prévention ; puis une action collective : l'amélioration des conditions de travail, des discussions avec les directions et les responsables de service et au sein des CTE⁴ et CHSCT, où nous avons un rôle de conseiller.

Nous sommes membres de droit du CLIN⁵ comme au CHSCT et CTE et nous sommes invités aux CME, mais il est souvent difficile d'y avoir une place réelle.

Sur le sujet de l'indépendance, elle est garantie par le code de déontologie, le code du travail et le code de santé publique. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a pas de pression et qu'un médecin du travail peut avoir du mal à résister surtout s'il est seul. Mais cette résistance est indispensable, sinon comment les personnels pourraient-ils nous faire confiance ?

PHARE: : Les données de santé doivent-elles obligatoirement être confidentielles vis-à-vis de l'employeur, ou est-ce une option proposée aux salariés ? Que pensez-vous de cela ?

Hélène Beringuier : Chacun est libre de parler de sa santé à qui il veut, mais il faut savoir quelles peuvent en être les conséquences. J'ai toujours expliqué aux nouveaux embauchés qu'ils devaient être très prudents dans le monde du travail, et qu'un DRH ou un supérieur hiérarchique n'avaient absolument pas le droit de les interroger sur leur santé : que s'ils le faisaient même sans mauvaise intention, ils avaient intérêt à rappeler que la santé était un domaine personnel et qu'en cas de difficulté ils savaient qu'ils pouvaient aller consulter. J'ai aussi expliqué aux cadres et DRH, qu'au lieu d'interroger un personnel sur sa santé, ils avaient la possibilité de nous demander de convoquer ce personnel pour enclencher, si nécessaire, une demande

d'aménagement de poste, voire une inaptitude.

Utiliser le médecin du travail comme intermédiaire, comme « traducteur » d'un problème de santé est la meilleure des solutions : la confidentialité des données de santé est respectée, et l'employeur sait comment préserver la santé du salarié qui en a besoin via la fiche d'aptitude.

PHARE: Quelle est la position de l'ANMTEPH vis-à-vis de l'obligation vaccinale COVID - et des autres obligations vaccinales pour travailler à l'hôpital - et vis-à-vis du contrôle de cette obligation ?

Hélène Beringuier : Nous nous sommes positionnés contre l'obligation vaccinale COVID pour plusieurs raisons. D'abord, parce que cette obligation est déconnectée du risque professionnel : les autres vaccinations obligatoires sont en lien avec l'exposition au risque professionnel. En s'appliquant à tout le personnel, même ceux qui ne côtoient aucun patient, alors que le gouvernement affiche la nécessité de protéger les patients, cela ne nous a pas paru cohérent. Ensuite, parce que « rendre obligatoire » a mis de côté le sujet de l'intérêt de cette vaccination, alors qu'on aurait pu continuer à expliquer et à convaincre. Pour finir, parce que cela laisse penser que les personnels hospitaliers sont des personnes qui n'en ont rien à faire des patients. Pourtant, ils ont prouvé largement le contraire.

Pour le contrôle de l'obligation, elle relève de l'employeur. Le Code du travail lui permet de déléguer ce contrôle au médecin du travail (c'est ce qu'il fait sur les autres obligations vaccinales), mais la difficulté avec la vaccination COVID, c'est sa déconnexion avec l'aptitude médicale. Les autres vaccinations obligatoires sont en lien avec l'exposition au risque.

PHARE: Quels sont les axes prioritaires sur lesquels il faudrait travailler pour améliorer la santé au travail des médecins ?

Hélène Beringuier : Il faut informer les médecins des risques professionnels, des moyens de prévention à disposition, des signes d'alerte qu'ils doivent savoir repérer, des relais qu'ils doivent savoir solliciter en cas de besoin. Les médecins du travail doivent mieux communiquer dans leurs établissements et dans les congrès médicaux/journaux médicaux.

Il faut imposer la visite médicale de prise de fonction des médecins tous statuts confondus. Il faut également que les établissements se penchent plus sérieusement sur l'ergonomie des postes médicaux (matériel, architecture, organisation, temps de travail). En résumé, faire la même démarche pour le personnel médical que pour le personnel non médical !

Avec les moyens actuels des SST, c'est un vœu pieux.

Propos recueillis par Savéria Sargentini

2 - CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

3 - CME : Commission médicale d'établissement

4 - CTE : Comité technique d'établissement

5 - CLIN : Comité de lutte contre les infections nosocomiales

Burn-out chez les PH : comment l'identifier ? Pourquoi moi ? Comment s'en sortir ?

Ancienne présidente de la commission SMART, administratrice de l'Observatoire de la souffrance au travail (OSAT) de notre intersyndicale Action Praticiens Hôpital, membre du CA du SNPHARE, le docteur Ségolène Arzalier-Daret a ajouté une casquette à ses missions en devenant l'auteure d'un livre sur le burn-out en anesthésie-réanimation.

PHARE : Comment définir le burn-out ?

Ségolène Arzalier-Daret : Il y a eu plusieurs définitions du phénomène. Le burn-out a été « identifié » dans les années 50 mais la définition a évolué depuis. C'est l'inadéquation de ce que les gens font avec ce qu'ils sont réellement. C'est le fait d'être « écartelé » entre son travail et les valeurs profondes que l'on porte. Le *burn-out* inclut la perte de sens du travail, le fait de ne pas pouvoir accomplir un travail de qualité et finir par avoir une image négative de soi-même, car on ne parvient pas à atteindre le niveau de qualité que l'on voudrait. Nous essayons d'en faire toujours plus pour donner le maximum et on s'épuise. Plusieurs mois, plusieurs années plus tard cela peut conduire à une dépression.

« La perte de sens est réelle à l'hôpital, on se retrouve non pas à aider les autres, mais à aider le système à être plus rentable. »

PHARE : Le burn-out est un mot à la mode, touche-t-il plus l'hôpital public que d'autres secteurs du travail ?

SAD : Le *burn-out* touche particulièrement les secteurs de l'Humain, donc tous les métiers qui incluent une relation humaine. L'enseignement, la police, les soignants...cela ne veut pas dire que les autres secteurs professionnels ne sont pas touchés par le phénomène mais les catégories que je viens de citer, ces professions d'aide, sont les plus touchées, car elles portent des valeurs humaines qui ne sont plus en adéquation aujourd'hui avec la rationalisation des moyens et la course à la performance. Depuis la loi HPST, l'hôpital est dans une rationalisation des soins, avec un objectif : la production de soins avant

tout. La perte de sens est donc réelle et ressentie, car on se retrouve non pas à aider les autres, mais à aider le système à être plus rentable.

PHARE : Y a-t-il des secteurs d'activité à l'hôpital (des services...) plus propices au burn-out ? Des métiers ? Des traits de caractère ?

SAD : Il existe de nombreux déterminants de la souffrance au travail, les critères du rapport GOLLAC, dont je fais mention dans le livre, mettent en lumière la charge de travail et le morcellement du travail par exemple. On retrouve ce genre de critères dans toutes les spécialités médicales. Il y a aussi l'autonomie dans le travail qui est importante, et nous savons que dans le secteur public elle a quasiment disparue : les hospitaliers ont beaucoup de mal à organiser leur travail comme ils l'entendent, à prendre leurs congés lorsqu'ils le souhaitent.

PHARE : Le burn-out a-t-il à voir avec une fragilité psychiatrique ou émotionnelle (dépression, etc.) ? Est-ce que l'on constate une différence entre les hommes et les femmes ?

SAD : Celles qui tombent en premier, sont très souvent les personnes les plus perfectionnistes ; celles pour qui le travail est extrêmement important, celles chez qui il est primordial de s'accomplir dans le travail. Ces personnes ne vont pas supporter de faire un travail moins bon que ce qu'elles pourraient faire et, de fait, le cycle du *burn-out* s'installe petit à petit. Il faut savoir que ce n'est pas le soignant qui est vulnérable mais le système qui le rend vulnérable. Le *burn-out* est une pathologie du travail, c'est donc le travail qu'il faut soigner avant tout. Concernant la différence entre les femmes et les hommes, on sait que le fait d'avoir des enfants est un facteur qui alourdit les cas de *burn-out*. La charge mentale est plus forte et les risques de *burn-out* plus élevés pour les femmes.



PHARE : Quelles sont les conséquences du *burn-out* sur la qualité du soin ? Sur la vie personnelle (couple/famille/loisirs...) ?

SAD : Le *burn-out* met des années à s'installer et la vie de couple/de famille est forcément impactée par la souffrance au travail. Je prends un exemple concret : lorsqu'un médecin se suicide, il arrive qu'on l'explique par un divorce, ou une ambiance très tendue à la maison. On ne pense jamais à prendre le problème à l'envers en se disant, s'il était si malheureux en couple, s'il était si déconnecté de sa vie familiale c'est peut-être qu'il était en souffrance par rapport à son travail et qu'il ramenait cette souffrance à la maison.

Il en est de même pour les problèmes d'addiction, attribués facilement au contexte de la vie personnelle, sans que de lien soit fait avec le travail, alors que souvent le lien existe. Il est en effet plus facile de prendre des raccourcis qui vont dans le sens du déni collectif sur ce sujet tabou.

PHARE : Est-ce que l'on se rend compte qu'on est en *burn-out* ? Est-ce que l'on s'en rend compte suffisamment tôt pour ne pas avoir à s'arrêter de travailler ?

SAD : Il existe une méconnaissance du *burn-out* du côté des médecins, une méconnaissance des mécanismes d'apparition surtout, c'est un processus lent et continu donc la plupart du temps les personnes touchées ne s'en rendent pas compte rapidement. Le tabou de faiblesse joue beaucoup dans le déni chez les médecins, car ils ont été formatés pour « tenir » quoi qu'il arrive. Les médecins ne s'écoutent pas. Lorsqu'ils s'en rendent compte et sont contraints de s'arrêter, les dégâts sont déjà là. Parfois, c'est l'effondrement du corps qui oblige le médecin à s'arrêter : le corps obligeant ainsi la tête à se taire. La fatigue est un signal protecteur qu'il faut

écouter. Comme je le dis dans le livre, il faut informer et former sur les mécanismes d'apparition du *burn-out* et ses conséquences.

PHARE : L'une des conséquences de la COVID sur l'hôpital public est l'épuisement professionnel. En dehors du problème de la pénurie et de l'attractivité, compte tenu de ce que les soignants ont eu et ont toujours à vivre, aurait-on pu anticiper ces *burn-out* liés à la crise sanitaire ? Comment ?

SAD : Le *burn-out* met parfois plusieurs années ou plusieurs mois à apparaître. L'hôpital allait déjà très mal lorsque la crise COVID a commencé, il existait un terreau propice au *burn-out*. Les personnels étaient déjà épuisés. Lors de la première vague, toutes les énergies ont été mobilisées vers un but commun et nous avons retrouvé du sens, de l'autonomie dans notre travail. À l'OSAT, nous avons constaté moins de déclarations de harcèlement durant cette période-là. Malheureusement, cela n'a pas duré. Le Secur de la Santé a été une énorme déception pour les soignants, la non-reconnaissance du travail effectué a accentué les choses et la crise s'est poursuivie. La chute a été d'autant plus sévère, c'est à ce moment-là qu'il aurait fallu anticiper.

PHARE : Le SNPHARE a créé l'OSAT, qui est désormais géré par notre intersyndicale APH. Le *burn-out* est-il une cause fréquente de souffrance au travail ou est-ce l'inverse : la souffrance au travail entraîne-t-elle systématiquement un *burn-out* ?

SAD : Dans mon livre j'évoque toutes les causes de souffrance au travail, le *burn-out* en fait partie. La souffrance au travail c'est la perversion des valeurs morales qui conduit au sentiment de culpabilité, d'épuisement, d'acharnement. Pour tenir on prend des béquilles pharmacologiques : des médicaments pour se lever le matin, pour dormir la nuit. Les situations de harcèlement sont aussi le fait de la violence du système qui se répercute dans toutes les strates. La violence engendre la violence. Et des situations de *burn-out* peuvent émerger de ces situations intenable. Les témoignages présents dans le livre illustrent de façon poignante ce que peut représenter les formes de souffrance au travail.

PHARE : Pourquoi avoir écrit ce livre ?

SAD : J'ai été approchée par la maison d'édition qui s'intéressait au sujet. Il est le fruit de dix ans de travaux, de réflexion au sein de la commission SMART, qui est passée du CFAR à la SFAR en devenant le Comité de vie professionnelle et de santé au travail.

Propos recueillis par Savéria Sargentini

Lumière sur le programme M

Bertrand Mas-Fraissinet, président du Groupe Pasteur Mutualité a accepté de nous recevoir afin de nous parler du programme M. Ce dispositif pour les soignants en souffrance vient d'être lancé, alors qu'en est-il ? Comment est-il né ?



PHARE : Pouvez-vous nous parler du programme M ? Qu'est-ce que c'est exactement et à qui est-il destiné ?

Bertrand Mas-Fraissinet : Le programme M, pensé par le groupe Pasteur Mutualité propose aux médecins de toutes spécialités, et aux soignants en général, un dispositif inédit d'écoute, d'échanges et de rencontres. Ce programme a pour ambition de venir en aide à tous

ceux qui nous soignent, lorsqu'ils sont touchés par une situation susceptible d'affecter leur fonctionnement professionnel. L'objectif est aussi de lever les obstacles et les réticences à être suivi.

Le programme M s'adresse aux médecins de toutes spécialités, aux internes, aux étudiants en médecine et aux professionnels de santé qui rencontrent des difficultés professionnelles ou personnelles au quotidien. Nous savons tous que les soignants, surtout les médecins, ont tendance à négliger leur santé, souvent ils ne savent plus vers qui se tourner quand ils vont mal. Le programme M a été créé pour eux.

PHARE : Comment est née cette idée, a-t-elle été inspirée par d'autres structures ?

Bertrand Mas-Fraissinet : Oui en effet, le programme a été pensé dans la lignée d'une initiative déjà mise en place et éprouvée depuis 1990 auprès de médecins, le programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ). Nous avons été rencontrer nos collègues québécois avec qui nous avons établi un partenariat, les médecins qui travaillent avec nous à la bonne marche du dispositif ont été formés au Québec d'ailleurs.

Grâce au PAMQ, près de 1 900 médecins sont suivis par chaque année, soit plus 6 % des médecins du Québec. Ce chiffre a très fortement augmenté pendant la période du Covid.

PHARE : Sur quelles données vous êtes-vous appuyés pour analyser la santé des médecins et des internes en termes de souffrance au travail ?

Bertrand Mas-Fraissinet : Nous savons tous, et depuis un moment que nos soignants vont mal, qu'ils sont souvent épuisés et qu'ils restent seuls face à cela. L'Association médicale mondiale recommande de traiter et de prévenir toutes les maladies qui affectent les médecins, dont les maladies mentales, pour des motifs de santé publique. Elle nous informe que 49 % des médecins négligent leur propre santé, que 50 % des médecins présentent des signes de *burn-out*. Ces données nous ont poussés à agir, en proposant une prise en charge confraternelle de médecin à médecin.

« Le programme a été pensé dans la lignée d'une initiative déjà mise en place et éprouvée depuis 1990. »

PHARE : Quelle prise en charge proposez-vous ?

Bertrand Mas-Fraissinet : Le Programme M s'articule autour d'une série d'échanges (téléphoniques, en visioconférence ou au sein de nos locaux à la villa M) avec des médecins-intervenants. Un numéro unique : 01 40 54 53 77 permet de prendre un premier rendez-vous puis d'organiser les entretiens directement avec nos médecins. Après le premier appel auprès de notre plateforme, un médecin-intervenant rappelle la personne concernée dans les 48 heures qui suivent. Par la suite, les médecins du programme réalisent une évaluation globale qui tient compte de toutes les facettes de la vie de l'individu, tant au plan physique, psychique émotionnel, familial que professionnel. Ils sont spécialement formés pour aider leurs collègues comme je l'ai précisé plus haut.

PHARE : Ce sujet est pris à bras le corps depuis longtemps par les syndicats hospitaliers, notre intersyndicale APH a d'ailleurs créé l'OSAT, que pensez-vous apporter de plus grâce à ce programme ?

Bertrand Mas-Fraissinet : Le travail des syndicats est différent. Le programme M n'agit pas sur



sles conditions de travail, la pénibilité, l'organisation hospitalière. Tout cela relève des acteurs de terrain et du combat syndical. Nos rôles sont différents mais complémentaires. Avec ce programme, nous essayons d'apporter des réponses à ceux, de plus en plus nombreux, qui rencontrent d'immenses difficultés dans leur vie de soignant au quotidien. Pour cela nous leur proposons un accompagnement sur mesure dans un environnement propice à la réflexion sur soi.

Propos recueillis par Savéria Sargentini

Lu pour vous : que faire quand on ne se sent pas bien dans son travail ?



Olivier Sévénou publie « Les risques psychosociaux en milieu professionnel – Salariés et élus du personnel : guide pour agir face aux RPS ». Il est diplômé de HEC, consultant et formateur, et accompagne depuis plus de 30 ans des instances représentatives des personnels. Il s'agit d'un livre généraliste très didactique, qui démonte les ressorts des organisations du travail actuelles, destinées à renforcer la rentabilité et réduire les coûts dans tous les domaines professionnels. Un chapitre est consacré à l'hôpital public, dont l'analyse est très pertinente. « Son principal objectif : permettre aux salariés fragilisés de passer d'un statut de victime à un statut d'acteur. »



Le second livre que nous vous proposons est rédigé par Ségolène Arzallier-Daret, anesthésiste-réanimateur, qui fait partie du conseil d'administration du SNPHARE. Dans la lignée des travaux initiés par notre ami regretté Max-André Doppia, Ségolène poursuit la thématique des risques psycho-sociaux chez les praticiens hospitaliers, au sein de la commission SMART (CFAR/SFAR) et de l'Observatoire de la Souffrance au Travail, créé par le SNPHARE et désormais étendu à toute l'intersyndicale APH. Cet ouvrage décortique nos organisations de travail, leurs écueils et le risque qu'elles peuvent entraîner sur notre santé au travail : épuisement professionnel, mais aussi violences au travail, les addictions, le suicide ou le stress post-traumatique après un événement indésirable grave... De nombreux témoignages ne manqueront pas de vous parler. Enfin, des outils pratiques et juridiques de solutions individuelles et collectives sont décrites : de quoi trouver ou retrouver le bonheur dans notre métier.

Le SNPHARE ne reçoit aucune rémunération pour la promotion de ces livres.

AW

« Pour un médecin, il est très difficile de passer de l'autre côté de la barrière »

Laetitia Bourdon est médecin généraliste et présidente de l'association Imhotep, association créée pour accompagner les médecins en cas de souffrance au travail. Elle revient avec nous sur son parcours, son rôle au sein de l'Ordre des médecins, et sur son diagnostic quant à la santé des médecins.

PHARE : Pouvez-vous vous présenter ?

Laetitia Bourdon : Je suis médecin généraliste à Rouen installée depuis 7 ans, je suis aussi conseillère ordinale au sein du conseil départemental de l'Ordre des médecins de Seine-Maritime depuis 2015, je suis aussi membre du bureau, j'ai d'abord été trésorière adjointe et aujourd'hui je suis vice-présidente. Je suis également présidente de l'association Imhotep depuis 2017. Créée en 2008, elle proposait initialement un service de médecine préventive pour les médecins libéraux en Haute-Normandie.

PHARE : Les médecins sont-ils attentifs à leur propre santé ? Sont-ils sensibles/sensibilisés à la problématique de la souffrance au travail ?

Laetitia Bourdon : Globalement je dirais que non. J'ai l'impression que c'est déjà mieux chez les « jeunes » médecins, certainement parce que c'est moins tabou pour eux. On sait aujourd'hui que 80 % des médecins n'ont pas de médecin traitant. La santé des médecins n'est pas coordonnée, car ils ont tendance à minimiser leurs symptômes et à se diriger vers des spécialistes lorsque les choses sont déjà très avancées. L'auto-médication et l'auto diagnostic sont évidemment très répandus, tout comme

les « consultations de couloir ». Le médecin se croit fort, il ne pense pas qu'il puisse être malade : c'est très difficile de passer de l'autre côté de la barrière, c'est presque un aveu de faiblesse. D'autre part, on sait qu'entre eux les médecins ne respectent pas systématiquement le secret médical, et cela est un facteur important quant à la prise en charge de la santé des médecins. Ils sont plus méfiants.

PHARE : Quel rôle le Conseil de l'Ordre peut-il jouer sur cette thématique ?

Laetitia Bourdon : « Les médecins doivent prendre soin de leurs confrères dans l'adversité », c'est inscrit dans le Code de déontologie. En termes de difficultés, personnelles, financières ou de santé, les médecins doivent s'entraider. C'est vraiment une des missions premières du conseil : s'assurer que l'entraide entre médecins existe sur tout le territoire ; d'ailleurs Imhotep est financée par le conseil de l'ordre.

PHARE : Comment procède-t-il pour ce faire ? À quel échelon (départemental, régional, national) ? Quelles actions a-t-il menées ou mène-t-il sur le sujet ?

Laetitia Bourdon : Au niveau départemental, nos



L'association Soins aux professionnels de la santé (SPS) ouvre la « Maison des soignants » à Paris, un lieu dédié aux professionnels de la santé et étudiants pour se soigner et améliorer leur mieux-être. Elle propose de nombreuses ressources pour prévenir le *burn-out*, se soigner, se former, s'informer.

confrères qui sollicitent l'Ordre sont reçus en entretien, par des représentants de l'Ordre tels que moi. Personnellement, je touche un peu à tout, aux problèmes financiers, personnels, les problèmes d'addiction... Mon rôle est de les orienter vers l'organisme qui sera le plus à même de les aider. Je les aide également à faire le point sur le côté administratif, je peux appeler les organismes nécessaires comme la CARMF, l'URSSAF, les prévoyances... Le suivi peut être long, nous pouvons apporter une aide financière, nous pouvons aussi constituer des dossiers pour bénéficier d'une aide nationale. Mes collègues et moi-même pouvons apporter notre aide de façon multitâche.

PHARE : Le Conseil de l'Ordre est-il sollicité sur le thème de la santé des soignants et/ou de la souffrance au travail par les instances ?

Laetitia Bourdon : Tout le monde comprend bien que cela devient un enjeu de santé publique. Le risque de suicide chez les médecins est trois fois plus élevé que la moyenne générale. Cela impacte forcément les patients et demande donc que l'on s'y intéresse de très près, les hautes instances en ont totalement conscience. L'Ordre des médecins participe à plusieurs groupes de travail sur ce sujet. Nous participons à certains d'entre eux de manière régulière évidemment et nous apportons notre expertise

sur le terrain. Nous voudrions nous associer avec les « autres Ordres », l'Ordre des infirmiers par exemple, pour gérer tout ce qui touche à la souffrance au travail. Le projet n'est pas encore concrétisé, c'est toujours en cours de discussion.

« Les médecins doivent prendre soin de leurs confrères dans l'adversité »

Code de déontologie

PHARE : En termes de santé au travail, avez-vous constaté un distinguo entre public et libéral ? Si oui, à quel niveau ?

Laetitia Bourdon : Premièrement, la médecine du travail n'existe pas pour la médecine libérale. Le risque d'accident de travail n'existe pas, sauf si l'on cotise à la CPAM. Avant, il fallait plus de trois mois d'arrêt maladie consécutif pour toucher des indemnités journalières. Cela a changé au 1^{er} juillet de cette année. Pour finir, les assurances privées peuvent nous exclure, nous médecins libéraux, du fait de pathologies dont on pourrait souffrir avant même d'être médecin. Par exemple, une personne diabétique pourra être exclue ou devra payer bien plus cher du fait de son diabète.

Propos recueillis par Savéria Sargentini

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SNPHARE

Le SNPHARE tiendra son assemblée générale annuelle

le vendredi 14 janvier 2022 à Paris.

Après une année où nous avons été contraints à une AG réduite à sa plus simple forme, en visioconférence, nous renouons avec une rencontre présenteielle :

- Les bilans annuels moral et financier du syndicat.
- Une information sur la prévoyance santé et ses évolutions.
- 2 tables rondes avec des invités prestigieux :
 - Nouveau statut de PH (exercice mixte, etc.).
 - L'équipe, un concept d'avenir ?

SAVE THE DATE !

Le droit syndical est inscrit dans le statut de PH : posez dès maintenant une journée « SYND » sur votre tableau de service et saisissez cette occasion pour que nous puissions nous rencontrer dans une ambiance conviviale !

Prévoyance : état des lieux et évolutions

La prévoyance, on y pense quand c'est trop tard. Pourtant, la maladie, le décès prématuré, ça n'arrive pas qu'aux autres. PH Services est un organisme de prévoyance issu du SNPHAR, créé en 1977. CC Miellet, président de PH Services, et C Erb, secrétaire général et délégué du SNPHARE à Lille, vous informent : quand et pourquoi souscrire à une prévoyance ?

ÉTAT DES LIEUX

Face à des imprévus, vos garanties statutaires sont insuffisantes pour maintenir votre salaire et assurer la santé financière de votre famille et de vos proches ! Chacun d'entre-nous a-t-il conscience (source CNG) :

- que **15 % des praticiens ont une absence** pour congé de maladie ordinaire chaque année ;
- qu'**un PH sur 60** est en congé longue maladie, congé longue durée ou mi-temps thérapeutique ;
- que **64 PH, en fonction, décèdent en moyenne** chaque année, **soit 1 sur 700**. En Anesthésie-Réanimation, la mortalité est de 1 pour 460.

La prévoyance est **une assurance personnelle garantissant le maintien des ressources**, pour soi et sa famille. Elle doit couvrir l'assuré **jusqu'à la retraite ou au décès**. Quelle qu'en soit la cause, **la maladie conduit à une baisse de la rémunération** susceptible d'intervenir dès les 1^{ers} jours !



La prévoyance compense tout ou partie de la perte de salaire, qu'elle soit due à la maladie, un accident, une incapacité temporaire de travail ou une invalidité...

Face au décès, elle garantit le versement d'un capital. La prévoyance, après renseignement d'un questionnaire médical, est soumise à une cotisation qui prend en compte le statut, l'ancienneté, l'âge.

La souscription au plus jeune âge ou au plus tôt dans la carrière permet d'être couvert au meilleur tarif et dans les meilleures conditions (acceptation médicale facilitée, éventuelle absence d'évolution du tarif/âge).

L'assuré n'a pas à déclarer à l'assureur la survenue de circonstances médicales nouvelles après que le questionnaire de santé ait été enregistré par l'assureur **dans des contrats comme celui de PH Services**. C'est tout l'intérêt de souscrire jeune, avant la survenue de toute pathologie.

QUELLES QUESTIONS SE POSER AVANT DE SOUSCRIRE UN CONTRAT DE PRÉVOYANCE

Pour quelles garanties opter ?

- **Incapacité/Garantie de ressources en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident** (au travail ou dans sa vie personnelle) : *le conseil de PH SERVICES est de couvrir 100 % du salaire net jusqu'à la mise en invalidité ou la retraite.*
- **Invalidité** : *c'est la même logique. Il est essentiel de s'assurer du maintien de 100 % du salaire net. À ce maintien du salaire, il nous paraît important que chacun soit couvert avec une garantie capital « perte de profession » (secondaire à une maladie ou un accident) basée sur un barème d'invalidité adapté à 100 % à votre profession qui permettra d'adapter votre vie et votre activité le cas échéant.*
- **Des garanties en cas de décès** avec au minimum un capital égal à deux ans de salaire brut. **Ce capital étant doublé en cas d'accident.**

Chacun, selon sa situation, peut opter pour des garanties telles que :

- Une rente éducation en cas de décès/études des enfants,
- Un capital décès supplémentaire,
- Une pension de conjoint assurant un revenu viager à son conjoint en cas de décès,
- Une couverture totale ou partielle du revenu des gardes et/ou astreintes.

QU'EST-CE QUI VA CHANGER DANS LES ANNÉES QUI VIENNENT ?

L'annonce par le gouvernement d'un projet de mise en place d'une prévoyance et/ou d'une garantie complémentaire frais de santé obligatoire pour la fonction publique hospitalière interroge. Il n'y a aucune précision à l'heure actuelle ! S'agit-il uniquement d'un projet ou d'une réelle volonté de mise en place d'une prévoyance à destination des infirmières, aides-soignantes ? Nous n'avons pas connaissance d'un projet élaboré pour les Médecins et Pharmaciens hospitaliers qui ne partagent avec la fonction publique que l'indice d'augmentation des salaires. Il est important dans la période actuelle de se poser la question du financement, les caisses étant vides.

Charles-Christian Miellet, Christian Erb

Le CGOS, à quoi ça sert ?

Le Comité de Gestion des Œuvres Sociales des Établissements hospitaliers est un organisme créé par l'État (association loi 1901), qui gère l'action sociale en faveur des personnels hospitaliers, sociaux et médico-sociaux de France métropolitaine depuis 60 ans. Vous y avez droit ! Comment en bénéficier ?



Les établissements publics de santé financent l'action sociale du CGOS via une contribution annuelle à hauteur de 1,5 % de la masse salariale. 2 265 établissements adhèrent au CGOS, ce qui représente 981 701 agents hospitaliers. L'APHP, les hôpitaux ultramarins et d'autres établissements n'adhèrent pas au CGOS et ont leurs propres « œuvres sociales ». L'ouverture de l'action sociale aux médecins est nouvelle, car s'ils ont un statut public, ils ne relèvent pas de la fonction publique hospitalière.

DU NOUVEAU

Depuis le 1^{er} Juillet 2021, les médecins ont accès aux offres du CGOS : billetterie, loisirs, avantages à la consommation¹. Par ailleurs, vous aurez accès à la complémentaire retraite des hospitaliers. Pour bénéficier de ces avantages, vous devrez vous inscrire et obtenir votre numéro personnel CGOS que vous conserverez toute votre carrière, même si vous changez d'établissement. Ensuite, il vous faudra créer votre espace personnel et demander l'ouverture de vos droits (à renouveler chaque année).

Après des négociations avec le ministère de la santé, cette offre sera étendue à l'ensemble des prestations du CGOS.

Par exemple, une mesure serait bienvenue pour les jeunes parents internes, chefs de clinique et jeunes praticiens hospitaliers : les prestations familiales (scolarité, garde d'enfant...). Mais ces prestations restent sous condition de ressources et ne sont pas encore appliquées.

¹ - CGOS personnel médical : Accueil Personnel médical
<https://www.cgos.info>

Les prestations logement, les aides en cas de difficultés financières et le conseil juridique sont encore réservés au personnel non médical.

Enfin, une prestation maladie visant à couvrir une partie de la perte de revenus en cas d'incapacité temporaire de travail, est en cours d'analyse au ministère de la Transformation de la Fonction publique.

Si cette ouverture à prestation sociale est une bonne nouvelle, il faut quand même réserver notre enthousiasme au moment où le CGOS est en difficulté.

PRUDENCE

Le fonctionnement du CGOS a été analysé par la Cour des Comptes en 2018, puis par l'IGAS en 2019. Les rapports en découlant retoquent le caractère inégalitaire de l'accès aux prestations et aux soins gratuits, une remise en question de la prestation maladie sur le plan juridique, ainsi que le caractère fragile de ses finances par augmentation des demandes. Le financement est également mis en péril depuis le projet de loi obligeant l'employeur public à financer une partie de la complémentaire santé de ses employés.

En conclusion, n'ayez pas de réticence à profiter des avantages commerciaux offerts par le CGOS. Les syndicats, dans le cadre d'éventuelles négociations, doivent être vigilants à la bonne utilisation du pourcentage de la masse salariale attribuée au CGOS en évitant de se focaliser sur les spécificités des besoins de prestations sociales des médecins, qui sont très variés selon leur statut dans l'établissement.

Emmanuelle Durand, vice-présidente du SNPHARE

Seniorisation : en anesthésie-réanimation

La réforme du 3ème cycle met en place les « docteurs juniors », ni tout à fait internes, ni tout à fait seniors. Le SNPHARE avait réalisé en 2018 une enquête sur la seniorisation « sauvage » qui existait jusqu'alors. Ce travail a été repris par le CNP qui a missionné un groupe de travail auquel ont participé notamment Eric Le Bihan pour le SNPHARE et Vincent Compère pour le collège des enseignants.

Docteurs juniors : d'une pratique sauvage à une pratique sécurisée ?

DU CÔTÉ DE LA LOI

La réforme du troisième cycle des études médicales a créé une année d'autonomisation pour les internes, appelée phase d'approfondissement. Pour une spécialité médico-technique comme l'anesthésie-réanimation, l'acquisition de l'autonomie s'est toujours faite par le compagnonnage dans les services de soin. Les praticiens hospitaliers encadrent les internes au quotidien, leur laissant un degré d'autonomie adapté à leurs capacités, tout en étant présents pour veiller à la sécurité des soins.

L'arrêté du 6 novembre 1995 autorisait que des internes fassent des gardes de senior avec des conditions assez restrictives mais la pénurie d'anesthésistes-réanimateurs, en CHG, a conduit nombre d'établissements à dépasser le cadre réglementaire, et à inscrire des internes en fin de cursus sur des listes de gardes y compris en CHU. Les médecins seniors sur place étaient alors potentiellement responsables des complications survenues lors d'actes d'anesthésies ou de réanimation conduits par ces internes.

DU CÔTÉ DU SNPHARE

Fin 2018, le SNPHARE a mené une enquête nationale auprès de ses adhérents, mais aussi des internes, afin de faire un état des lieux. Les résultats ont été communiqués lors de l'assemblée générale de janvier 2019 : la seniorisation des internes hors cadre légal était répandue et les conditions disparates,

dans les services d'anesthésie comme de réanimation. Dans certains cas, la supervision et les recours offerts aux internes en cas de difficultés n'étaient pas satisfaisants.

Le CNP d'Anesthésie Réanimation a réagi à notre enquête, et un groupe de travail a été formé pour encadrer les conditions d'exercice des futurs internes en phase d'approfondissement. Ce groupe présidé par le Pr Compère, réunissait représentants syndicaux, universitaires et internes : il a élaboré un document de recommandations pour les docteurs juniors d'anesthésie réanimation¹. Il est demandé une intégration progressive de l'interne, avec des objectifs à atteindre avant l'autonomisation. En anesthésie, le travail sur plusieurs salles ou sur un site isolé est proscrit. En réanimation, le nombre de lits par interne doit faire l'objet d'une concertation locale. L'occasion de remettre à plat les seniorisations en dehors du cadre réglementaire, a malheureusement été manquée. Elles sont pourtant vouées à disparaître, la coexistence avec le statut de docteur junior paraissant difficilement soutenable dans nos services.

Eric Le Bihan, secrétaire général du SNPHARE

¹ - <https://snphare.fr/fr/blog/posts/docteurs-juniors-en-anesthesie-reanimation--reglementation-et-formule-des-recommandations-pour-notre-specialite>

Docteurs juniors : protéger l'interne, le PH et le patient

PHARE : La réforme du troisième cycle envisage de manière raisonnée la seniorisation des internes, qui se faisait auparavant de manière « sauvage » : est-ce selon vous une réponse à la pénurie des MAR ou une étape de formation à l'autonomie et à la responsabilité du futur MAR ?

Vincent Compère : Évidemment, cela ne peut être qu'une étape de formation à l'autonomie et à la responsabilité du futur MAR et en aucun cas une réponse à la pénurie. Le groupe de travail sur l'autonomie supervisée que j'ai co-piloté avec Dominique Chassard, s'était réuni sous l'égide du CNP d'Anesthésie-Réanimation, présidé par Laurent Heyer. Le CNP avait souhaité que ce groupe de travail prenne en compte l'ensemble de la spécialité, donc le SNPHARE était représenté, les structures libérales, publiques et les internes. Ce groupe avait pour objectif de permettre d'anticiper la réforme et la mise en place du statut de « Docteur Junior », en sachant qu'au fur et à mesure, la réflexion a été nourrie par les textes qui paraissaient. L'enquête du SNPHARE nous a permis d'avoir une base, afin de formaliser les conditions d'accès au statut d'autonomie supervisée. 69 % des internes ont eu un compagnonnage, même si le statut n'était pas formalisé, les collègues d'anesthésie-réanimation avaient, dans de nombreux établissements, déjà structuré les choses.

PHARE : Ce groupe de travail a permis de faire émerger des propositions pour contrôler les risques pour le patient, pour l'interne seniorisé et pour le médecin senior responsable. Comment ce document va-t-il être désormais transmis aux internes ? aux PH ? aux HU ?

Vincent Compère : Nous avons discuté entre HU et l'ensemble des enseignants d'anesthésie-réanimation s'est concerté pour savoir comment accueillir nos jeunes collègues de la manière la plus sécurisée possible. Ce document émet des recommandations mais il y a des décrets de lois qui existent pour sécuriser la pratique de nos docteurs juniors. Ces décrets sont connus, nous y apportons des éléments de sécurité. Personnellement je les ai diffusés au sein de mon environnement. Nos internes d'anesthésie-réanimation sont beaucoup moins anxieux que la majorité des autres disciplines, qui elles n'ont pas fait ce travail de seniorisation et de réflexion antérieure. En anesthé-

sie-réanimation, la seniorisation des internes est mise en place depuis des années, alors pas dans toutes les structures et pas toujours comme il l'aurait fallu, mais nous avons cette expérience que beaucoup de disciplines n'ont pas.

PHARE : Est-il prévu d'évaluer l'apport de ce document auprès des internes seniorisés et des médecins seniors ? Est-il prévu de faire évoluer ce document ?

Vincent Compère : Il m'apparaît important de reproduire un travail d'évaluation un peu en miroir de celui qui a été fait sur la seniorisation. À titre personnel, nous allons travailler sur un programme de formation qui répond aux difficultés qui ont été énoncées par les internes en position de seniorisation. Ils disent avoir une double difficulté lorsqu'ils sont en autonomie supervisée, d'abord le raisonnement médical avec la prise de décision et l'interaction dans l'environnement avec les équipes soignantes, une question de leadership plutôt.

Propos recueillis par Saveria Sargentini

Séniorisation des internes : les mesures clés

- Durant la phase numéro 3, dite phase de consolidation, l'interne change de statut et devient « Docteur junior ».
- Elle dure un an pour les spécialités médicales, deux ans pour les spécialités chirurgicales et n'existe pas encore pour les généralistes.
- Le salaire sera revalorisé avec ce nouveau statut.
- L'étudiant thésé devra obligatoirement s'inscrire au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins sur une liste spécifique.
- Les actes pourront être réalisés en autonomie supervisée, avec une volonté de progression des actes pendant la phase.
- Les gardes seront réalisées sur la ligne de garde des internes, puis dès que le chef de service, l'étudiant et le coordonnateur sont d'accord, sur la ligne de garde des seniors.

Le concours de Praticien Hospitalier 2022

« nouvelle mouture »

Dans l'avant-dernier numéro de PHARE (numéro 92), nous abordions le sujet du [concours de PH](#). Les nouvelles modalités pratiques viennent d'être définies. Il y a du nouveau et on vous l'explique.

SEUL ET UNIQUE

Par une série de Décret et Arrêtés publiés le 27/09, le concours de PH 2022 est enfin ouvert à candidature. La période de dépôt des dossiers a été courte : du 27 septembre au 29 octobre 2021.

« Il n'y a désormais plus qu'un seul type de concours et le distinguo entre concours type I et type II disparaît ».

Les nouvelles modalités de ce concours décrites dans les textes officiels publiés sont conformes aux relevés de décisions du groupe de travail du Ségur auquel les représentants du SNPHARE avaient participé (cf. PHARE 92). Il n'y a désormais plus qu'un seul type de concours et le distinguo entre concours type I et type II disparaît, du fait de la suppression du critère d'ancienneté d'exercice et de la distinction entre diplômes européens et diplômes non européens (les candidats à diplômes non européens doivent cependant avoir effectué tout le parcours nécessaire à l'obtention du plein droit d'exercice de la médecine en France et être inscrits au Conseil de l'Ordre).

ET LES MODALITÉS

Les Docteurs Juniors en dernière année de cursus, peuvent s'inscrire au concours et ainsi être potentiellement nommés sur un poste de

PH dès la fin de la « phase de consolidation » de l'internat.

Les modalités de dépôt de concours sont simplifiées : plus besoin d'envoyer des dossiers en plusieurs exemplaires. Tout se fera sur une plate-forme en ligne à laquelle auront accès les membres du jury, notamment les rapporteurs chargés d'évaluer le dossier « parcours projet et professionnel », qui remplace les deux dossiers techniques précédents « titre et travaux » et « services rendus ». Un modèle pour constituer ce dossier est disponible sur le site du CNG.

Le jury est toujours composé de 4 personnes : 2 PH et 2 H-U. Le concours a lieu en présentiel. Un binôme (PH et H-U) est rapporteur de la moitié des dossiers. L'autre binôme se chargeant de l'étude de l'autre moitié des dossiers. Le dossier « parcours projet et professionnel » est noté sur 100 points après discussion des 4 membres du jury.

L'épreuve orale d'entretien avec le jury est aussi notée sur 100 points. Le maximum de points est donc de 200 points et les candidats ayant au moins 100/200 sont admis. C'est donc en pratique un examen et non pas un « concours ».

À PROPOS DU DÉROULEMENT

Il est intéressant de noter que précédemment, pour le concours type I, l'épreuve de dossier comptait pour les deux tiers de la note alors que le concours type II (destiné aux diplômes non européens et aux praticiens européens n'ayant pas encore exercé 2 années pleines) il



Il y avait en plus une épreuve orale de connaissance médicale (petit cas clinique assez simple). Le « poids relatif » de l'épreuve orale devenait alors prépondérant (60 % de la note totale) pour l'ancien concours type 2.

« L'esprit des grilles de notation est de recruter de futurs collègues, compétents, fiables et désireux de s'investir dans l'hôpital public. »

Le nouveau concours unique est un peu un mix des deux précédentes formules :

- 50 % des points pour l'épreuve de dossier
- 50 % pour l'épreuve orale.

L'épreuve orale dure 30 minutes maximum (10 minutes de présentation par le candidat

de son parcours et de ses motivations ; puis 20 minutes d'entretien avec le jury). Il n'est pas prévu d'évaluation des connaissances médicales mais, s'il le souhaite, le jury « peut prévoir des mises en situation du candidat ».

Concernant les grilles de notation : les textes officiels sont suffisamment flous pour que chaque spécialité construise ses propres modèles de grilles de notation en fonction de ses priorités et de ses exigences en termes d'expérience clinique et/ou d'excellence scientifique. L'esprit étant généralement de recruter de futurs collègues, compétents, fiables et désireux de s'investir dans l'hôpital public.

Raphaël Briot

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>



Un futur interne... pas comme les autres

Étudiant en médecine à l'Université d'Angers, champion de France du 10 km marche, Gabriel Bordier a passé le concours de l'internat en juin dernier avant de s'envoler à Tokyo pour les Jeux olympiques. À partir du 1^{er} novembre 2021, il sera interne au CHU d'Angers et il a accepté de répondre aux questions de la rédaction, sur son parcours atypique : ses études de médecine, sa passion du sport et les compétitions à venir...

PHARE : Pourquoi avoir choisi un cursus aussi difficile que les études de médecine alors que vous étiez déjà sportif de haut niveau ? Avez-vous toujours voulu être médecin ?

Gabriel Bordier : Il se trouve que je faisais déjà du sport de manière assez intensive au lycée. J'ai atteint le haut niveau en deuxième année de médecine. Je suis entré dans les études de médecine comme j'ai intégré le sport de haut niveau, c'est-à-dire sans trop me poser de questions, juste avec une bonne organisation et beaucoup de motivation. Je m'en sors plutôt bien jusqu'à aujourd'hui.

PHARE : Vous avez concilié la vie de sportif de haut niveau et celle d'étudiant en médecine surtout l'externat et les ECN, comment vous êtes-vous organisé ?

Gabriel Bordier : Premièrement, j'ai pu bénéficier d'aménagements pour les cours obligatoires, je pouvais donc m'entraîner quotidiennement grâce à ça. Évidemment, le rythme est assez soutenu, mais quand on est externe on est en stage sur une demi-journée, ce qui laisse du temps pour le sport ou d'autres activités. Par exemple, je pouvais me libérer pour partir à l'étranger m'entraîner, etc. Pour préparer le concours, j'ai gardé le même rythme et tout s'est très bien passé.

PHARE : Pourquoi avoir choisi la rhumatologie ?

Gabriel Bordier : Le côté « locomoteur » m'attire beaucoup. C'est une spécialité assez vaste et transversale, avec de l'infectieux, de l'inflammatoire et de la traumatologie. Je voulais intégrer une spécialité qui me permette de faire du sport, donc on peut dire que la rhumatologie est un compromis. Si j'avais choisi l'anesthésie-réanimation, ou une autre spécialité à gardes, j'aurais dû faire l'impasse sur le sport.

PHARE : La crise COVID a-t-elle été difficile à gérer ? En tant que sportif et en tant qu'étudiant en médecine ?

Gabriel Bordier : J'avais fait en sorte d'aménager l'année 2020 pour me préparer aux JO de Tokyo, de février à juillet. Tout a été chamboulé par la pandémie. Il a fallu tout réorganiser. C'était la crise comme partout, mais nous n'avons pas été réquisitionnés à Angers, donc j'ai continué mon stage à l'hôpital en gériatrie. Côté sportif, ça a été compliqué pendant le premier confinement et puis, il y a eu des aménagements pour les sportifs de haut niveau.

PHARE : Comment se sont passés les JO ? Quelles leçons en tirez-vous ?

Gabriel Bordier : Ça s'est plutôt bien passé. Le contexte COVID était évidemment compliqué à gérer, les mesures sanitaires étaient très strictes. Pour ce qui est de la course, nous étions délocalisés au nord du Japon, nous étions isolés de l'ambiance olympique. Je suis un peu déçu du résultat que j'ai obtenu (la 24^{ème} place), sûrement dû à la fatigue accumulée durant l'année, mais je suis vraiment très fier d'y avoir participé.

PHARE : Comment voyez-vous votre avenir ? Avec les JO de Paris qui arrivent et votre carrière médicale ?

Gabriel Bordier : J'espère pouvoir faire mon internat de façon aménagée en consacrant également du temps au sport, comme j'ai pu le faire jusque-là. Je vais appréhender chaque année l'une après l'autre, je ne suis pas du tout stressé à l'idée d'aborder tout ça. L'année prochaine il y a les championnats du monde d'athlétisme, ce qui va me permettre de me préparer doucement pour les JO. Je verrais tout ça au fur et à mesure.

Propos recueillis par Saveria Sargentini

**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



LE CHRU DE TOURS RECRUTE UN/UNE MÉDECIN ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR

Temps plein ou temps partiel - Tout statut étudié.



Un cadre de vie privilégié à une heure de Paris !

CADRE D'EXERCICE POLYVALENT OU SPÉCIALISÉ AU SEIN D'UN PÔLE TRANSVERSAL DANS UN CHU

- Regroupant l'ensemble des spécialités chirurgicales adultes réparties sur deux sites hospitaliers principaux (Bretonneau et Trousseau) avec 46 salles de bloc.
- Un hôpital pédiatrique avec un plateau de 9 salles d'opération (Clocheville),
- Une maternité de niveau 3 avec un bloc de gynécologie-obstétrique avec 6 salles (Olympe de Gouges).
- Avec des équipements (robots) et des protocoles (fast-track, RAAC) pour des prises en charge de pointe (forte activité de transplantations notamment).
- Plus de 70 lits de soins critiques répartis sur 4 unités de réanimation chirurgicale (polyvalente, chirurgicale cardiovasculaire, neurochirurgicale, traumatologique et brûlés).
- Dans un collectif avec 68 praticiens séniors et 32 internes en poste.

INTÉGRER LES ÉQUIPES DU CHU DE TOURS

- C'est rejoindre un hôpital de recours au plan régional et sur le Grand Ouest.
- Au cœur d'une agglomération de 300 000 habitants, ville étudiante, économiquement dynamique et culturellement animée.
- À moins d'une heure de Paris (sans ses inconvénients) et bien desservie en transport (TGV, aéroport, tram).
- Dans un cadre de vie attrayant en Val de Loire (loisirs, nature).

LES PLUS DU CHU

- Maquettes d'organisation en temps continu avec un décompte du temps de travail additionnel avantageux, permanence des soins organisée en garde sur place ou en astreinte opérationnelle par secteur.
- Attention particulière accordée aux perspectives individuelles d'évolution de carrière en interne avec le soutien de nombreux projets transversaux et innovants et le développement d'activités de recherche et d'enseignement (télé-médecine, simulation, hypnose...).

CRITÈRE INDISPENSABLE : Titulaire d'un DES d'anesthésie-réanimation inscrit à l'Ordre des médecins.

PERSONNES À CONTACTER

Pr Marc LAFFON, Chef du Pôle Anesthésie-Réanimation
laffon@med.univ-tours.fr | 02 47 47 38 10

Dr Fabien ESPITALIER, Adjoint au Chef de Pôle Anesthésie-Réanimation
f.espitalier@chu-tours.fr | 02 47 47 38 10



LES CANDIDATURES SONT À ADRESSER

à la Direction des Affaires Médicales :
secretariat.dam@chu-tours.fr | 02 47 47 87 37

Pour plus d'infos, rendez-vous sur le site internet : www.chu-tours.fr

CONTEXTE D'OUVERTURE DU POSTE

- Pour compléter l'équipe médicale des urgences Adultes en place.
- SAU adultes - SMUR - UHCD avec possibilité UPU - PASS - USN1.

TYPE DE CONTRAT PROPOSÉ

- Selon le profil.
- Poste éligible à la Prime d'Engagement dans la Carrière Hospitalière (20 000€).

TEMPS DE TRAVAIL ET CONDITIONS D'EXERCICE

- Poste à Temps plein ou temps partiel.
- Activité mixte possible avec l'UPU, l'Unité Sanitaire de Niveau 1 ou la PASS.

PRÉSENTATION DE L'HÔPITAL NORD-OUEST (HNO)

Site d'exercice : Le Centre Hospitalier de Villefranche-sur-Saône est situé à 30 km de Lyon (30 minutes par l'A6) et dispose de 668 lits et places : 331 lits de médecine, 63 lits de chirurgie, 41 lits de gynécologie-obstétrique, 12 lits de réanimation, 6 lits de soins continus, 8 lits d'USIC et 8 lits d'USIN. Il dispose aussi 8 salles de blocs et d'un plateau d'imagerie complet. 1 500 sorties SMUR (essentiellement sorties primaires).



COMPÉTENCES MÉDICALES

Inscription à l'Ordre obligatoire.

CONTACT

Dr Frédéric Verbois, Chef de pôle
04 74 09 65 22 | fverbois@lhospitalnordouest.fr
L'HOPITAL NORD-OUEST VILLEFRANCHE
Plateau d'OUILLY - Gleize BP 80436 - 69655 VILLEFRANCHE-SUR-SAÔNE



Le Groupement Hospitalier des Portes de Provence (site de Montélimar) recherche :

MÉDECINS ANESTHÉSISTES RÉANIMATEURS

pour le bloc opératoire et/ou pour la réanimation (12 lits réa+8 lits SC. Durant la crise covid passage à 16/18 lits de réanimation)



Pour venir renforcer son équipe de praticiens au bloc et en réanimation.
Possibilité de travailler si souhait du praticien sur les 2 unités, bloc et réanimation.
Activité de qualité organisée en temps continu en 44H hebdo. Basée sur une garde et deux jours hebdomadaires. Temps additionnel possible. Congés annuels et RTT statutaires.
Locaux neufs.
Prime d'engagement dans la carrière hospitalière (PECH) de 30 000 euros.
Ce poste est à pourvoir par mutation ou contrat (possibilité statut Clinicien). Facilités de logement.
Possibilité de faire un essai dans le cadre d'un remplacement.

Description des activités de l'hôpital :

Le Groupement Hospitalier Portes de Provence (722 lits et places) est l'établissement support du GHT Sud Drôme-Ardèche et de nombreuses spécialités sont en cours de développement ou de renforcement. C'est un établissement en plein essor, référence sur le territoire. Il dispose de 5 salles de bloc opératoire avec un bloc d'endoscopie dédié et une offre chirurgicale importante (viscérale, urologique, orthopédique, ORL, plastique et maxillo-faciale, gynéco-obstétrique (maternité de niveau 2A avec salle de césarienne dédiée) et ophtalmologique. Il dispose d'un plateau technique complet (2 IRM et 2 scanners).

Le service de réanimation est récent et offre d'excellentes conditions de travail : plateau technique performant avec un nouveau parc de respirateurs, Glide Scope et d'épuration extra rénale ; équipe de kinésithérapie à temps plein ; équipe infirmière formée, autonome ; mais aussi la préservation d'un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, et une politique de développement des compétences (prise en charge de formations, participation à des programmes de recherches).

Montélimar se situe dans une région agréable à proximité de nombreuses zones touristiques et à égale distance des Alpes et de la Méditerranée. C'est une ville agréable, dynamique, située à 1h30 de Lyon, Montpellier, Grenoble et Marseille, en Drôme Provençale.
<https://www.gh-portesdeprovence.fr/recrutement/travailler-au-ghpp/>

Personne à contacter :

Dr SCHOEFFLER (Chef de pôle et RUM) :
mathieu.schoeffler@gh-portesdeprovence.fr
Candidatures à adresser à
direction@gh-portesdeprovence.fr



LE CH DE MÂCON

recrute, en temps continu



✓ Anesthésie-réanimation (DES)

Ancien interne DES ou ancien Chef de clinique assistant.
(Possibilité d'être sur l'anesthésie et la réanimation).

COMPÉTENCES

Anesthésie obstétricale (Maternité niveau 2B).
Connaissance en ALR sous échographie.
Anesthésie pédiatrique au-delà d'1 an.
Anesthésie pour chirurgie bariatrique.
Affectation dans le Pôle Permanence des Soins, dans le service d'anesthésie, le praticien anesthésiste fera partie d'une équipe de 7 à 10 anesthésistes-réanimateurs, participant à la permanence des soins 24h/24h de l'activité médicale : Bloc opératoire / maternité / consultations.
Activité de 6500 actes d'anesthésie dont plus de 1500 ALR, Maternité de niveau 2B avec 1500 naissances en 2020.

STATUT

Praticien Hospitalier temps plein :
Temps de travail en temps continu.
Praticien Hospitalier temps partiel.
Clinicien hospitalier.

Organisation de la permanence sur place :

1 anesthésiste de garde en permanence dans le cadre de l'organisation du travail en temps continu.

✓ Réanimateur médicale

(Possibilité d'être sur l'anesthésie et la réanimation).

COMPÉTENCES

DIU échographie cardiaque.
DIU dans différentes compétences relevant de la réanimation : Infectiologie, nutrition, etc.
Le praticien en réanimation fera partie d'une équipe composée de 5 PH et 1 assistant, participant à la permanence 24h/24 de l'activité médicale en réanimation.

STATUT

Praticien Hospitalier temps plein : Temps de travail en temps continu.
Praticien Hospitalier temps partiel.
Clinicien hospitalier.

Organisation de la permanence sur place : 1 réanimateur de garde en permanence dans le cadre de l'organisation du travail en temps continu.

CONTACT

derome@ch-macon.fr
03 85 27 50 01

CENTRE HOSPITALIER DE MÂCON
Boulevard Louis Escande - 71018 MÂCON cedex

www.ch-macon.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE MÂCON RECRUTE MÉDECIN URGENTISTE

PROFIL RECHERCHÉ

Urgentiste polyvalent, esprit d'équipe, leadership, esprit d'initiative, volonté de participer à la vie du service et de ses groupes de travail (Accueil, SMUR, Groupe réa, IOA...) intérêt en recherche et innovation.



CONTACT :

Monsieur Denis ROME
03 85 27 50 01 | derome@ch-macon.fr

Le Centre Hospitalier de MÂCON s'inscrit au sein d'une ville de 35 000 habitants, agglomération de 80 000, zone d'influence 180 000.

- Distances : à 1h15 de Dijon, 45 mn de Lyon, 1h10 de Genève, 2h00 de Chamonix.
- SMUR : 1 ligne 1500 sorties dont 95 % de sortie primaire.
- Site pivot Bourgogne Méridionale, 414 lits MCO, 14 lits de réanimation, 8 lits USIC.
- Spécialités médicales : Cardio, pneumo, gastro, rhumato, Med. Interne, maladie infectieuse, néphro, médecine polyvalente, gériatrie, dermato.
- Spécialités Chirurgicales : Digestif, orthopédie, vasculaire, OPH, ORL, stomato.
- Maternité 2B.
- Pédiatrie générale, néonatalogie.
- Plateau technique : Scanner, IRM, Écho, Radiologie interventionnelle, cardiologie interventionnelle, biologie, Bloc opératoire, Téléconsultation neurologie (Chalon Dijon) neurochirurgie (Dijon).
- SAU 42700 passages (117 passages/j) : Urgences Adulte et traumatologique enfant. 3 boxes circuit court, 1 SAUV, 7 salles polyvalentes, 1 box isolement psy, 7 box ZHTCD.
- SMUR : 1500 passages dont 95 % de sorties primaires. SAMU de référence : Chalon-sur-Saône.
- UHCD : 10 lits.
- Un effectif cible à 22.5 ETP.
- Organisation temps de travail : 4 lignes la matinée, 5 lignes en journée (dont MAO), 3 le soir, 2 en nuit profonde. Organisation sur la base de 39h00 de temps de travail clinique.



LE GROUPE HOSPITALIER CENTRE BRETAGNE RECRUTE UN MÉDECIN ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR

Temps plein
Poste à pourvoir
au 1^{er} octobre 2021
Statut : Clinicien - CDI

Le Centre Hospitalier Centre Bretagne (955 lits et places), établissement support du GHT du territoire Centre Bretagne dessert un bassin de population de 142 000 habitants en plein cœur de Bretagne avec :

- Son offre de soins complète : médecine, chirurgie, USC, obstétrique, SSR, USLD, EHPAD, plateau technique complet et performant.
- Un établissement multi-sites sur deux départements (22 et 56).
- Des locaux neufs, bien équipés, un bloc opératoire de 7 salles et une SSPI de 12 places.
- 32 000 passages aux urgences et 800 sorties SMUR par an.
- 4 600 interventions chirurgicales.
- 900 accouchements par an - Maternité de niveau 2A (une salle de césarienne dédiée aux urgences et un bloc obstétrical...).
- 129 000 actes et consultations externes.

CONTACTS

Docteur Michèle KELLER, Cheffe de service - michele.moinaud-keller@ch-centre-bretagne.fr - 02 97 79 02 76
Madame Carole MARIE, Directrice des Affaires Médicales - carole.marie@ch-centre-bretagne.fr - 02 97 79 00 67

L'établissement enregistre une activité chirurgicale (hospitalisation complète ou ambulatoire) importante et diversifiée : orthopédie/traumatologie, digestive/viscérale et bariatrique, ORL, gynécologie, vasculaire, chirurgie carcinologique, au sein d'un département de chirurgie de 38 lits et d'une unité de chirurgie ambulatoire de 12 places. Partenariat avec le CHU de Rennes.

CONDITIONS

- Activité anesthésie/USC.
- Travail en équipe.
- Activité sismographie possible.
- Temps de travail : 45 heures.
- Garde sur place.
- Aide à l'installation.
- Rémunération selon statut.



<http://www.ch-centre-bretagne.fr/>



CONTACTS

Mme MASSENET Valérie (Directrice générale)
valerie.massenet@avec.fr
 Mme CHAUPIN Magali (RRH)
06 27 05 75 59 - magali.chaupin@avec.fr

MÉDECIN ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR (H/F)

VOS MISSIONS

Vous vous consacrerez à l'ensemble des tâches liées à l'activité d'anesthésiste-réanimation et assurerez la permanence des soins.

À ce titre, vos principales missions seront les suivantes :

- Intervention au bloc opératoire sur toutes les activités opératoires (chirurgie viscérale, vasculaire, orthopédique, ORL, stomatologie ophtalmo, gastro, neurochirurgie...).
- Actes diagnostiques invasifs : Écho-endoscopies voie haute, endoscopies digestives et bronchiques.
- Anesthésie ambulatoire.
- Surveillance du réveil en salle post-interventionnelle avec évaluation de la douleur postopératoire et élaboration d'un protocole adapté.
- Visites postopératoires et visites pré-anesthésiques.
- Consultations externes d'anesthésie.

RÉMUNÉRATION

- Rémunération fixe appréciée selon expérience + astreintes + prime annuelle.
- Prévoyance et mutuelle d'entreprise.
- Congés formation.
- Avantages groupe AVEC.

Le médecin intégrera une équipe de 5 anesthésistes et notre clinique médico-chirurgicale de 100 lits, avec 70 % d'activité ambulatoire, sans réanimation, ni maternité.

avec



LE GROUPE HOSPITALIER EST RÉUNION RECRUTE

Situé dans l'Est de l'île de La Réunion, et bénéficiant d'une implantation récente dans des locaux modernes, le Groupe Hospitalier Est Réunion (GHER) dispose d'une capacité totale de 277 lits et places de MCO, avec notamment 6 salles de bloc opératoire et 27 lits de chirurgie en hospitalisation complète et 16 places de chirurgie ambulatoire.

En direction commune avec le CHU de La Réunion, le GHER rassemble 800 professionnels hospitaliers dont 90 personnels médicaux pour un budget de 80 M€.

Disciplines réalisées au bloc opératoire du GHER : ORL et chirurgie cervico-faciale, Orthopédie, Stomatologie et dentisterie ambulatoire, Gastro-entérologie, Chirurgie digestive, Gynécologie, Chirurgie plastique et esthétique, Ophtalmologie.

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

La maternité de niveau 2 réalise 1500 accouchements par an.



1 MÉDECIN ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR

Pour son service d'Anesthésie
 Poste à pourvoir dès que possible

1 MÉDECIN RÉANIMATEUR

Pour son Unité de Surveillance Continue
 Poste à pourvoir dès que possible

Conditions et Profil

Diplôme de Médecin Anesthésiste-Réanimateur (MAR) ou de Médecin intensiviste-réanimateur (MIR) pour l'USC.

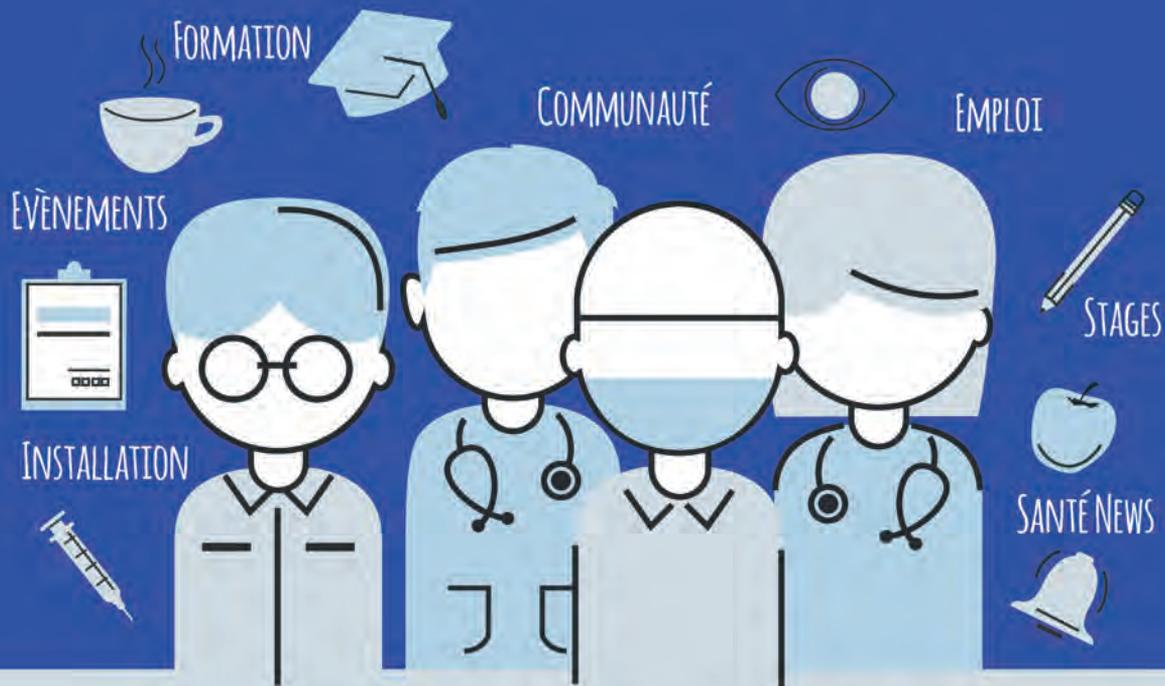
Inscription à l'Ordre des médecins en France obligatoire.

Statut

PH titulaire, praticien contractuel ou assistant spécialiste.
 Poste éligible à la prime d'engagement de carrière hospitalière (PECH) de 30.000€ pour les praticiens contractuels et les assistants MAR et de 20.000€ pour les praticiens contractuels et les assistants MIR.
 Rémunération attractive (majoration DOM de 40%),
 Prise en charge du billet d'avion, aide à l'installation.

Les candidatures sont à envoyer à la Direction des Affaires Médicales
 Mme Odile HOAREAU, Responsable des Affaires Médicales
affaires.medicales@gher.fr
 Tél. : 02 62 98 80 05





RÉSEAU PRO SANTÉ

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



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE

resah.idf
Réseau des Assistants Hospitaliers d'Ile-de-France

e
pôle emploi

UniHA
UNION NATIONALE DES ASSISTANTS HOSPITALIERS

FEHAP
FEDERATION EUROPEENNE DES ASSISTANTS HOSPITALIERS
PRIVES NON LUCRATIFS

01 53 09 90 05 CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode

