

# PHARE

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

**Nouvelle année, nouveaux statuts,  
nouveau variant,  
nouvel avenir de l'hôpital ?**

**Le SNPHARE vous présente  
ses meilleurs vœux pour 2022.**



# CONSEIL D'ADMINISTRATION

<b>Dr Anne GEFROY-WERNET - Présidente</b> 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
<b>Dr Emmanuelle DURAND - Vice-Présidente</b> 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
<b>Dr Eric LE BIHAN - Secrétaire Général</b> 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
<b>Dr Jullien CROZON - Trésorier</b> 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
<b>Dr Louise GOUYET - Trésorière adjointe</b> 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
<b>Dr Veronique AGAESSE - Secrétaire gén. adjointe</b> 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
<b>Dr Anouar BEN HELLAL - Secrétaire gén. adjoint</b> 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
<b>Dr Laurent HEYER - Secrétaire général adjoint</b> 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
<b>Dr Grégory WOOD - Secrétaire Général</b> Hôpital Charles Nicolle, CHU Rouen gregory.wood@snphare.fr	CSN (AR) - Rédacteur en chef de la revue PHARE Site web <a href="http://www.snphare.fr">www.snphare.fr</a> et communication Commission Régionale Paritaire Normandie	Ligne directe : 02 32 88 17 36
<b>Dr Ezéchiél BANKOLE - Administrateur</b> 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
<b>Dr Raphael BRIOT - Administrateur</b> 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
<b>Dr Matthieu DEBARRE - Administrateur</b> Centre hospitalier de Saint-Brieuc matthieu.debarre@snphare.fr	Relation avec les délégués - Communication	
<b>Dr Morgana JEANTIEU-NERISSON - Administratrice</b> CHI du Pays d'Aix morgana.jeantieu@snphare.fr	CRSA - Communication	Portable : 06 72 77 58 31
<b>Dr Yves REBUFAT - Administrateur</b> CHU - Hôpital Laënnec - Nantes yves.rebufat@snphare.fr	Conseil de Discipline (AR) - Site web <a href="http://www.snphare.fr">www.snphare.fr</a> et communication - Intersyndicale Avenir Hospitalier - APH	Ligne Directe : 02 40 16 51 47 Portable : 06 86 87 62 76
<b>Dr Francis VUILLEMET - Administrateur</b> Hôpitaux civils de Colmar francis.vuillemet@gmail.com	Permanence des soins - Gardes et astreintes - Risques psychosociaux - Référé des spécialités médicales non anesthésistes-réanimateurs - Retaites	Portable : 06 71 86 49 60
<b>Dr Patrick DASSIER - Administrateur honoraire</b> Hôpital européen Georges Pompidou - Paris patrick.dassier@snphare.fr	Contentieux Retraites	Ligne directe : 01 56 09 23 16 Portable : 06 03 69 16 63
<b>Dr Claude WETZEL - Administrateur honoraire</b> claude.wetzel@snphare.fr	Chargé de Mission Affaires Européennes	Portable : 06 60 55 56 16
<b>Dr Ségolène ARZALIER-DARET - Chargée de mission</b> 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 : STATUTS ..... 4

- Statuts : ce qui change
- La modernisation du statut de PH
- Le nouveau praticien contractuel

## URGENCES... .....12

- Les urgences : la Loi Matras.
- Vers un changement de paradigme

## ENQUÊTE .....14

- Y aura-t-il un médecin de garde à Noël ?

## SÉMINAIRE DU SNPHARE .....15

- Une volonté d'agir pour un combat juste et essentiel

## ACTUS INTERSYNDICALES..... 16

- Actualités Action Praticiens Hôpital

## ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

## DU SNPHARE .....16

## ON N'EST PAS QUE DES PH.....17

- Bruno Greff, volontaire en association de réduction des risques

## PETITES ANNONCES .....19

# Donner envie !

Une mandature s'achève : le Ministre de la Santé a quasiment terminé « son » Ségur, comme s'il s'agissait de rendre la copie finalisée d'un devoir avant mai 2022. L'hôpital a, selon lui, toutes les clés pour être sauvé.

Malheureusement, la réalité du terrain est en totale déconnexion avec ce constat. L'hôpital est en grande souffrance. Les vagues successives entraînent avec elles le moral des soignants, leur résilience, leur capacité à lutter contre les injonctions paradoxales... Une spirale négative dont il faut absolument sortir.

Comment ? En aidant la médecine de ville, pour que tout ne soit pas orienté, et souvent « trop tard », sur les urgences et les services d'hospitalisation. En ayant de la reconnaissance pour les soignants plutôt qu'en affichant du mépris. En ne détruisant pas le statut de PH qui fait notre fierté. En restaurant l'attractivité hospitalière pour les professions médicales et paramédicales. En faisant des annonces rapides, pour des mesures immédiates et pour une vision à long terme d'un système de santé qui nous donne de l'espoir.

C'est possible. Cela demande de l'argent, mais aussi de la créativité, et de l'audace politique. Mais les solutions, elles, sont connues. Les professionnels de santé, de tous les métiers, en ville et à l'hôpital, ont des propositions. Le SNPHARE a des propositions, qui ne pourront pas être ignorées encore bien longtemps : temps de travail, permanence des soins, santé au travail, sanctuarisation des équipes, temps dédié aux activités de réflexion sur le travail d'un service, sur ses projets... et pour commencer, remercier les PH pour leur fidélité à l'hôpital public : nous attendons toujours nos 4 ans d'ancienneté !

L'hôpital public, ouvert à tous et à toute heure, pour une qualité et une sécurité des soins constantes, c'est un objectif essentiel pour notre système de Santé. Il y a urgence à « donner envie » d'y travailler et d'y rester.

2022 sera-t-elle l'année de la santé et de l'hôpital public ? Nous l'espérons. Le SNPHARE vous adresse ses meilleurs vœux pour 2022. Que chacun puisse s'épanouir dans son métier, dans son hôpital, et puisse profiter d'une vie en dehors de l'hôpital.

*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 :** Shutterstock, Istock

# Statuts : ce qui change

**L**e statut de praticien hospitalier a été créé en 1984. À côté de lui existent de multiples statuts : les praticiens contractuels, attachés, attachés associés, assistants... Tous ces statuts ont été customisés au fil des années, mais sans réforme profonde.

Ces dernières années, on entendait dire que « le statut de PH avait vécu », et nombreux sont ceux qui souhaitent sa disparition pure et simple, afin d'évoluer vers un « tout contrat » qui, d'une part est contraire aux principes du service public, et d'autre part, tend vers un concept de « praticien kleenex » dont on ne se sert que lorsque l'on en a besoin et dont on se débarrasse un peu comme on veut. Cette application d'une politique ultra-libérale ne peut, à nos yeux, se concevoir dans la conception du soin à l'hôpital public, ouvert à tous et à toute heure.

Grâce à l'action de l'ensemble des syndicats, le statut de praticien hospitalier a été conservé : accès par un concours, qui reste national, et nomination, qui reste nationale, gérée par le Conseil National de Gestion. Ce combat n'a pas été simple, mais nous l'avons gagné. Nous préférons gagner des combats qui améliorent nos conditions de travail, il faut déjà nous battre pour conserver nos acquis...

La fusion des statuts temps plein et temps partiel, pour les PH comme pour les contractuels, est une demande qui date. Par ailleurs, l'exercice mixte ville-hôpital est une demande des plus jeunes de nos collègues. Cela devait converger vers deux « statuts uniques », l'un titulaire, l'autre contractuel. À la suite du plan « Ma Santé 2022 », ces projets ont été mis en musique dans le cadre de négociations à partir de 2019, avec un court passage dans le Ségur (simple inscription dans le protocole d'accord, sans aucune négociation à ce moment-là), et la reprise de discussions à l'automne 2020.

Pendant un an, on n'en a plus entendu parler. À l'approche de la fin de la mandature, les textes nous ont été soumis, sans marge de négociation, dans un contexte de vagues successives COVID et d'échec d'application possible de l'article 33 de la loi Rist concernant l'intérim.

Comme tous les textes concernant la vie professionnelle, ceux-ci ont été soumis au Conseil Supérieur des Professions Médicales, où votent d'un côté la FHF (Fédération Hospitalière de France – représen-



**« Nous aurions tant aimé voter des textes qui améliorent nos statuts. »**

tation des directeurs et des présidents de CME – 7 sièges) et de l'autre les organisations syndicales représentatives (le SNPHARE étant représenté par Avenir Hospitalier / APH), réparties en trois collèges : collège 1 (hospitalo-universitaires – 5 sièges), collège 2 (PH – 5 sièges), collège 3 (non titulaires, dont les CCA-AHU – 5 sièges).

Ces textes paraîtront au 1<sup>er</sup> janvier 2022, sous réserve de l'aval et d'éventuelles modifications par le Conseil d'État. Nous aurions tant aimé voter des textes qui améliorent nos statuts. Cela ne nous a pas été possible, à l'exception de quelques rares mesures... mais certains l'ont fait pour nous.

Lisez plutôt...

## La modernisation du statut de PH

Le statut de praticien hospitalier a été créé en 1984. C'est le seul statut de titulaire non universitaire pour les médecins, odontologistes et pharmaciens à l'hôpital public, accessible uniquement par concours, destiné à sécuriser un exercice hospitalier qui ne soit plus « vacation à l'hôpital le matin et activité libérale l'après-midi ». Il a fait ses preuves, et beaucoup séduit pendant un temps, au point qu'il fallait se battre pour atteindre ce Graal (obtention de diplômes complémentaires, notamment de recherche scientifique, lettres de recommandations, etc.).

Ce statut fait l'objet de deux décrets, l'un pour les « praticiens hospitaliers temps plein » et l'autre pour les « praticiens des hôpitaux à temps partiel », publiés dans le Code de Santé Publique. Il concerne tous les praticiens de l'hôpital, quelle que soit leur spécialité, quel que soit leur établissement d'exercice. C'est notre force : nous appartenons à un corps, et c'est ce qui permet de nous défendre collectivement. C'est la force de l'hôpital : le modèle du praticien qui travaille à l'hôpital est un praticien titulaire, temps plein.

### La fusion des premiers échelons et le reclassement

Ces mesures ont été actées en septembre 2020, vous le savez tous. L'avantage donné aux plus jeunes s'est accompagné d'un mépris ouvert de la DGOS pour les PH déjà investis dans l'hôpital public depuis quelques années ou bien davantage.

Avec l'intersyndicale APH, nous avons déposé un recours en Conseil d'État dès la publication du décret, pendant que chacun d'entre nous a fait un recours individuel contre son reclassement.

Les mémoires entre nos avocats et ceux du ministère continuent à s'échanger, nous espérons une audience courant 2022.

### PH UN JOUR, PH TOUS LES JOURS

Le statut modernisé inscrit le statut de PH titulaire dans un engagement total dans l'hôpital public. Ainsi, lorsqu'on est PH, on ne pourra plus être PH à temps partiel et faire des remplacements en tant que contractuel dans un autre établissement. Mais on pourra être PH multi-site... (cf. infra)

### FUSION DES TEMPS PLEINS ET DES TEMPS PARTIELS

La fusion de ces deux statuts où seule la quotité de travail changeait nous paraissait cohérente. De cette simple cohérence, la DGOS a réussi à définir un statut en pratique hypercomplexe ! À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022, il n'y a plus de temps partiel, mais des PH à quotité de temps variable, de 50 à 100 % : il faut travailler au moins à 50 % à l'hôpital pour pouvoir être PH (exception faite des actuels temps partiels à 40 %, lesquels ne sont pas concernés par cette obligation). Au cours de sa carrière, le praticien pourra faire varier cette quotité de temps de travail, sous réserve de demande préalable (directeur, PCME...).

Oui, mais...

- Les postes ne seront plus publiés à temps plein (100 %) ou à temps partiel (60 %) mais dans une quotité qui va de 50 à 100 %. On peut imaginer désormais des services sans aucun temps plein, avec des praticiens à 50, 60, 70 %...
- Il pourra être difficile de justifier une augmentation de quotité de travail. La DGOS refuse même de répondre à la question : un praticien à 80 % qui augmente son activité et travaille 12 heures par jours, 4 jours par semaine, peut-il passer à 100 % du seul fait qu'il fait 48 heures par semaine ? De même, il pourra être difficile de réduire sa quotité de travail « pour nécessité de service » dans des services en état de pénurie...
- Le temps réduit (par exemple, un 80 % pour élever ses enfants) n'existe plus. Au 1<sup>er</sup> janvier 2022, les PH temps réduits basculent sur un poste de PH à 80 % : la récupération d'un poste à 100 % n'est plus « de droit ». Nous avons signalé cet écueil à la DGOS, il s'agit d'une décision qui va à l'encontre de tous les aménagements du décret en faveur de la parentalité, cela n'a pas de sens : ce n'est pas de l'attractivité pour les plus jeunes !

## Statut unique de PH

Quotité	PH quotité 100 % (ex-temps plein)				PH 80-90 % (ex-temps partiel/temps réduit)				PH 50-70 % (ex-temps partiel/temps réduit) (+ actuels PH 40 %)				PH < 50 %		
Public/libéral	100 % activité publique (possibilité 2DJ AIG, 1 DJ valence extraclinique)		80 % activité publique (possibilité 2DJ AIG, 20 % (2DJ) ALIH)		Activité publique exclusive (possibilité 1DJ AIG)		Activité publique exclusive à l'hôpital (possibilité 1DJ AIG) + ALEH <b>Clause de non concurrence</b>		70/80 % activité publique <b>10 % 1DJ ALIH</b>		Activité publique exclusive		Activité publique à l'hôpital + ALEH <b>Clause de non concurrence</b>		→ Praticien contractuel
Modalités	Activité sur un établissement	Activité partagée dans le GHT	Activité sur un seul établissement	Activité partagée dans le GHT	Activité sur un seul établissement	Activité partagée dans le GHT	Activité hospitalière sur un seul établissement	Activité hospitalière partagée dans le GHT	Activité sur un seul établissement	Activité partagée dans le GHT	Activité sur un seul établissement	Activité partagée dans le GHT	Activité sur un seul établissement	Activité partagée dans le GHT	
Missions de service public dans l'EPS d'affectation	10 DJ	6 à 9 DJ	8 DJ	< 8 DJ	8 à 9 DJ	4-5 à 7-8 DJ	8 à 9 DJ	4-5 à 7-8 DJ	7 à 8 DJ	4-5 à 6-7 DJ	5 à 7 DJ	1? à 6 DJ	5 à 7 DJ	1? à 6 DJ	

DJ = demi-journée, AIG = activité d'intérêt général, ALIH = activité libérale intra-hospitalière, ALEH = activité libérale extra-hospitalière, GHT = groupement hospitalier de territoire

On aurait souhaité un ratio minimal de **praticiens titulaires** dans chaque service. On aurait souhaité un ratio minimal de **praticiens temps plein** dans chaque service. Pour la continuité des soins, pour la dynamique d'équipe. Que nenni.

Ainsi, ce désir logique de statut unique s'est transformé en **une première marche de vente à la découpe** du statut, au péril de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients.

près. Mutualiser la pénurie n'a aucun intérêt pour la prise en charge des patients !

En revanche, il devient **impossible**, quand on est un PH à quotité < 100 %, d'aller faire des remplacements en tant que praticien contractuel dans un autre établissement... « PH un jour, PH tous les jours »

Nous voilà donc dans le PH-pion que l'on pourra balader un peu partout...

**Deuxième marche de la vente à la découpe.**

### L'ACTIVITÉ INTRA-HOSPITALIÈRE

Désormais, l'activité intra-hospitalière pourra être partagée sur plusieurs sites. Elle l'était déjà, *via* l'exercice territorial, dont la prime aurait dû être relevée (ces textes sont toujours en attente... ou aux oubliettes ?). En revanche, les praticiens pourront exercer sur les divers sites du GHT. Encore une fois, la garantie d'un praticien « toujours présent » sur un même site n'existe plus.

En outre, ce qui était une pratique formellement « illégale » - aller faire des remplacements quand on est praticien hospitalier temps plein - devient une pratique financièrement encouragée, *via* une prime d'exercice territorial « renforcée » que la FHF a fait renommer « prime de solidarité territoriale ». Il s'agit d'une incitation à travailler au-delà de ses obligations de service, non pas dans son propre service ou établissement (tarif TTA), mais dans d'autres établissements publics (tarif incitatif). Si le SNPHARE s'est déjà exprimé sur les risques à court, moyen et long terme de l'abus de TTA (interne et externe), il nous semble que déshabiller Pierre pour habiller Paul n'aura pour effet que de déstabiliser davantage des équipes qui survivaient à peu

### L'EXERCICE LIBÉRAL

Actuellement l'activité libérale intra-hospitalière est ouverte exclusivement aux PH temps plein : maximum 20 % (2 DJ) du temps de travail (2 DJ) et 50 % des actes. Avec le nouveau décret, elle s'étend :

- aux PH à 80 et 90 % : qui auront droit à 1 DJ d'activité libérale par semaine,
- au GHT : l'activité libérale pourra s'exercer indifféremment dans l'établissement où le praticien est nommé et/ou dans un (ou plusieurs) autre(s) établissement(s) du GHT.

Préparez vos valises...

Quant à l'activité libérale extra-hospitalière, elle peut s'exercer sur la quotité restante des PH à 50-90 % (« exercice mixte »). L'IESPE n'est pas versée dans ce cas. La clause de non-concurrence - qui existe déjà lorsqu'un PH quitte l'hôpital (rayon de 10 km, pendant 2 ans) pourra s'appliquer, au gré de la décision du directeur : rayon de 10 km autour de l'établissement. Le SNPHARE s'insurge contre cette opposition à la liberté du travail, et sur l'absence de compensation

financière dans cette clause – comme cela est le cas dans toutes les clauses de concurrence de droit privé. Cette mesure pourrait faire peur aux jeunes qui souhaitent avoir une activité mixte... et les inciter à aller d'emblée vers une activité libérale à temps plein. Où est l'attractivité hospitalière ?

### ACTIVITÉS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL, VALENCES NON CLINIQUES

La modernisation du statut ne touche pas aux activités d'intérêt général, et les ouvre aux PH à 80-90 %, 1 DJ

#### Qu'est-ce qu'une activité d'intérêt général ?

Article R6152-30 : Les praticiens hospitaliers à temps plein peuvent, après accord du directeur de l'établissement de santé, sur proposition du chef de service ou du responsable de la structure interne et après avis du chef de pôle, consacrer deux demi-journées maximum par semaine en moyenne sur le quadrimestre à des activités d'intérêt général **externes à l'établissement d'affectation à condition qu'elles présentent un caractère d'intérêt général au titre des soins, de l'enseignement, de la recherche, d'actions de vigilance, de travail en réseau, de missions de conseil ou d'appui auprès d'administrations publiques, dont les établissements publics de santé, auprès d'établissements privés habilités à assurer le service public hospitalier, auprès d'un hôpital des armées ou auprès d'organismes à but non lucratif présentant un caractère d'intérêt général et concourant aux soins ou à leur organisation.** Le praticien hospitalier qui exerce à raison de huit ou neuf demi-journées par semaine peut réaliser une activité d'intérêt général limitée à une demi-journée par semaine en moyenne sur le quadrimestre. Cette activité peut donner lieu à rémunération.

Une convention entre l'établissement d'affectation et les organismes d'accueil définit les conditions d'exercice et de rémunération de cette activité et prévoit, le cas échéant, le remboursement, total ou partiel, des émoluments versés par l'établissement de santé.

par semaine. Elle crée en outre des valences non cliniques, pour les praticiens à temps plein, uniquement : 1 DJ de droit par semaine (lorsque nous en demandions deux depuis des années : c'est une demi-victoire !) et 1 DJ soumise à validation de la CME – ce qui n'a pas de sens. Bref, une petite avancée...

#### Qu'est-ce qu'une valence non clinique ?

Art. R.6152-826 - Dans le cadre de ses obligations de service et des missions qui lui sont confiées, les praticiens des sections 1 et 4 bis peuvent exercer des activités non cliniques dénommées valences. Elles sont définies en cohérence avec le projet d'établissement, le projet de pôle et le projet de service. Elles permettent la contribution à des **travaux d'enseignement et de recherche, l'exercice de responsabilités institutionnelles ou managériales, ainsi que la participation à des projets collectifs et la structuration des relations avec la médecine de ville.** Elles s'exercent sous réserve des nécessités de service.

- Dans la limite d'une demi-journée par semaine en moyenne sur le quadrimestre, le praticien exerçant à hauteur de dix demi-journées par semaine à temps plein peut proposer l'exercice de ces valences au chef de service ou par défaut, au chef de pôle. Ces valences sont accordées de droit pour les praticiens hospitaliers.
- Au-delà d'une demi-journée par semaine, les valences sont attribuées pour une période définie, sur proposition du chef de service ou du responsable de la structure interne après avis du chef de pôle, ou pour des activités ne s'exerçant pas au sein du service ou de la structure d'affectation, sur proposition du président de la commission médicale d'établissement.
- Les missions exercées dans le cadre des valences font l'objet d'une évaluation a minima annuelle, dans le cadre de l'entretien professionnel.

### LES ENTRETIENS PROFESSIONNELS

La mise en place systématique d'entretiens professionnels est inscrite au statut.

D'une part, des entretiens pendant la période proba-

toire (à 6 mois et à un an) en vue de sécuriser la titularisation ou évoquer les risques de non-titularisation. D'autre part, des entretiens annuels, qui ne sont pas des évaluations, réalisés avec le n+1 (chef de service, chef

de pôle...). Le but est d'étudier les projets en cours et les souhaits pour l'évolution de la carrière de chaque praticien dans son service. Des expériences spontanées existent déjà, le décret les formalise ; nous avons cependant pointé le souci de la confidentialité, car le document semblerait être archivé non pas dans le service mais à la direction des affaires médicales...

## Qu'est-ce que l'entretien professionnel annuel des PH ?

Art.R.6152-825 - Les praticiens bénéficient d'un entretien professionnel annuel qui donne lieu à compte rendu. Cet entretien est conduit par le chef de service ou par le praticien responsable de la structure interne d'affectation, ou à défaut par le chef de pôle. Il est assuré par les chefs de pôle pour les chefs de service ou responsables de structures internes, et par le président de la commission médicale d'établissement pour les chefs de pôle, ainsi que par le doyen de l'université lorsqu'ils relèvent de l'article L. 6151-1 du code de la santé publique.

- Le praticien qui conduit l'entretien en fixe la date ; elle est communiquée au praticien au moins huit jours à l'avance.
- Cet entretien porte principalement sur les points suivants :
  - 1° le bilan des missions cliniques et non cliniques assurées par le praticien, compte tenu de l'organisation et du fonctionnement du service ;
  - 2° l'expression par le praticien de ses souhaits d'évolution professionnelle ;
  - 3° Les objectifs relatifs aux missions cliniques et non cliniques pour l'année à venir ;
  - 4° les projets de formation du praticien, en fonction du projet médical de l'établissement et de la structure d'affectation ainsi que des besoins du praticien.
- L'entretien donne lieu à un compte rendu établi et signé par le praticien ayant conduit l'entretien. Il est conduit dans des conditions permettant d'en garantir la confidentialité.
- Il est communiqué au praticien, qui le complète le cas échéant de ses observations et le signe.
- Le chef de pôle, ou à défaut le président de la commission médicale d'établissement, peut être saisi par le praticien d'une demande de révision du compte rendu de l'entretien professionnel.

## AVANCÉES DANS LE DROIT SYNDICAL ?

Le droit syndical est reconnu du bout des lèvres dans le statut. Il fait l'objet d'un décret différent. Pour les représentants syndicaux, des autorisations spéciales d'absence permettent de participer aux réunions syndicales (maximum 10 à 20 jours par an) ou aux convocations de l'administration.

## DÉTACHEMENT DU CORPS DES PH VERS LE CONTRAT DE CLINICIEN : C'EST FINI !

Les cliniciens basculent dans le statut de « nouveau praticien contractuel ». Les PH ne peuvent plus opter pour un contrat de clinicien. Le SNPHARE n'a jamais soutenu ce contrat, qui devait initialement disparaître totalement. Mais là, c'est incompréhensible...

## CE QUI N'A PAS ÉTÉ ABORDÉ.

C'est le statut ! Comme vous le voyez, ce qui a été proposé comme « avancées », comme « attractivité de la carrière de PH » consiste d'une part à permettre aux PH de mettre du beurre dans les épinards en ayant une activité libérale, intra- ou extra-hospitalière, d'autre part d'être un PH-valise sans port d'attache. Cela, à notre sens, s'oppose à toute dynamique d'investissement dans un projet d'équipe et dans un sentiment d'appartenance du PH à son établissement. L'avenir nous dira si nous avons tort – mais nous avons rarement tort...

Malgré des demandes incessantes de notre intersyndicale lors des négociations – mais nous étions bien seuls : ni les autres intersyndicales, ni la FHF n'ont poussé dans ce sens – il n'a pas été possible d'évoquer :

- Le sujet du temps de travail : demi-journée ou temps continu, durée de la demi-journée, décompte du temps de travail – qui pourtant s'avère plus que nécessaire à l'heure où l'on découpe le travail du PH en tranches de 10 %... et durée du temps de

travail du PH (10 DJ – 48 h maximum, est-ce bien raisonnable ? le TTA à outrance, est-ce bien raisonnable ?).

- Le sujet de la permanence des soins : cela fait près de 20 ans que le SNPHARE demande que ce chantier soit réouvert : 5<sup>ème</sup> demi-journée, valorisation de la garde et de l'astreinte – nos astreintes de sujétion sont ridicules, et prise en compte de la pénibilité.
- La définition d'une équipe, de son effectif-cible à la désignation de son responsable, en passant par sa composition et la sanctuarisation du temps dédié au travail en équipe (staffs, transmissions, RMM, etc.).
- Le sujet de la formation continue des PH : sanctuarisation de temps et de financement ; la seule réponse à ce sujet est la constitution d'une nouvelle usine à gaz appelée « certification périodique »...
- La santé au travail : alors que nous travaillons un nombre d'heures bien supérieur à la moyenne, des périodes de stress permanentes dans les spécialités dites « à risque », que nous travaillons la nuit, que nous sommes exposés à l'épuisement professionnel... sauf demande expresse de notre part, nous ne voyons pas la médecine du travail !

Tous ces sujets sont exclus des concertations du Ségur, que nous sommes fiers de ne pas avoir signé. Ces sujets, nous continuerons à exiger qu'ils soient mis sur la table de négociation digne de ce nom.

### LE VOTE...

Il nous paraît important de vous indiquer en toute transparence les votes sur ces textes. En ce qui concerne le vote sur le statut unique, seul le collège des praticiens hospitaliers était convié au vote (avec la FHF), tandis que pour les autres dispositions, l'ensemble des collèges votait. Le SNPHARE est représenté par l'union syndicale Action Praticiens Hôpital (APH).

AW

	Statut unique, exercice mixte		
	Pour	Contre	Abst.
<b>APH - JM</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
<b>INPH - SNAM-HP - CMH</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>FHF</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

		Activité libérale			Valences cliniques, entretiens professionnels*		
		Pour	Contre	Abst	Pour	Contre	Abst
<b>Collège 1 (HU)</b>	<b>APH - JM</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>		
	<b>INPH - SNAM-HP - CMH</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>Absents au vote</b>		
<b>Collège 2 (PH)</b>	<b>APH - JM</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
	<b>INPH - SNAM-HP - CMH</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Collège 3 (non titulaires)</b>	<b>APH - JM</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
	<b>INPH - SNAM-HP - CMH</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>FHF (directeurs + PCME)</b>		<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

\* le vote ayant eu lieu tard, certains votants n'ont pu être disponibles et voter

## *Le nouveau praticien contractuel*

Contrairement au statut de PH, où tous les PH basculent au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le statut modifié, le statut actuel de contractuel n'est pas totalement abandonné : le « stock » va continuer à vivre et évoluer sur les anciens décrets, ce qui signifie, pour certains contrats, jusqu'à leur retraite.

La DGOS a donc introduit un nouveau chapitre dans le code de Santé Publique, qui s'intitule le statut de nouveau praticien contractuel (NPC) unique.

Unique... mais en pratique, ce statut regroupe 4 modalités contractuelles qui n'ont aucun lien les unes avec les autres. Leur seul point commun : exit les grilles salariales avec échelons, les rémunérations seront calculées entre un plancher et un plafond, négociées avec la direction.

**Il va falloir apprendre à nos jeunes collègues à négocier dès leur plus jeune âge, donc... est-ce bien là le sens du service public hospitalier ?**



**1<sup>ère</sup> MODALITÉ : LES EXERCICES MIXTES**

Il s'agit des exercices mixtes dans le cadre de coopérations ville-hôpital ou le cumul emploi retraite. La quotité de travail est inférieure à 50 % : c'est ce qu'on appelait autrefois « faire des vacances à l'hôpital ». Ce sera possible jusqu'à 50 % (5 DJ par semaine). Rémunération minimale 19 698,38 euros/an, maximale 33 870,13 euros/an.

**2<sup>ème</sup> MODALITÉ : EN ATTENDANT SON POSTE DE PH**

Il s'agit d'un statut qui permettra aux internes d'attendre leur poste de PH, sur une quotité de 50 à 100 %. En effet, la réforme du statut de PH devait permettre de devenir PH dès l'internat terminé.

Pour des problèmes de logistiques (en 2021...), il est apparu impossible au Centre National de Gestion d'organiser un concours de PH dans des temps compatibles avec une prise de poste de PH probatoire dès l'issue de l'internat.

En conséquence, en attendant de pouvoir passer le concours de PH, et de pouvoir prendre un poste de PH, les jeunes praticiens auront comme seul choix, s'ils veulent travailler à l'hôpital public, d'opter pour ce statut, dont les rémunérations se négocieront entre un plancher de 39 396,76 euros/an\* et un plafond maximal « en référence à l'échelon qui serait détenu en tant que PH ». Qui pourrait jeter la pierre à un collègue qui au bout de 10 ou 11 ans d'études, a le choix entre ce type de rémunération et des remplacements à l'hôpital public, ou surtout, dans le privé ? Le risque est grand que, attiré vers d'autres modes d'exercices aux

conditions de travail et aux rémunérations plus dignes, ils ne reviennent jamais vers une carrière hospitalière...

**3<sup>ème</sup> MODALITÉ : RÉSERVÉE AUX SITUATIONS PONCTUELLES**

Il s'agit d'un statut permettant de répondre à des « situations ponctuelles » : accroissement temporaire d'activité, remplacement d'absence pour raison de santé... avec une durée initiale de 6 mois. La quotité de travail va de 10 à 100 %. Rémunération minimale 39 396,76 euros\*, maximale 67 740,25 euros\*.

**4<sup>ème</sup> MODALITÉ : L'ANCIEN STATUT DE CLINICIEN**

C'est l'ancien statut de clinicien, qui devait pourtant disparaître. Ces postes sont soumis à validation par l'ARS. La rémunération comprend une part fixe (entre 39 396,76 et 67 740,25 euros/an\*) et une part variable négociée annuellement : la limite maximale de la rémunération est la rémunération d'un PH 13<sup>ème</sup> échelon + IESPE, soit 119 130 euros bruts annuels\*.

Nous n'avons pas participé à ces votes. Le projet de décret a été rejeté par l'ensemble des inter-syndicales du collège 3 « non titulaires ». Ce vote étant consultatif, il ne s'oppose pas à la parution du décret...

AW

\* chiffres communiqués par la DGOS en décembre 2019

**NOUVEAUX STATUTS : ÉPILOGUE**

Nous sommes assez déçus par les évolutions réglementaires des statuts, notamment le statut de praticien hospitalier. Selon le SNPHARE, il s'agit d'une vente à la découpe du travail que nous fournissons à l'hôpital public, qui risque de perdre tout son sens pour la continuité des soins et la dynamique d'équipe. En pratique, où est l'attractivité promise aux praticiens ?

L'attractivité des carrières médicales est ailleurs. Le Ségur a fait une erreur majeure en refusant de traiter en profondeur les sujets du travail des praticiens hospitaliers : qu'est-ce que le travail clinique, non clinique, quel temps de travail, et bien sûr, le sujet du travail pendant la permanence des soins. Ces chantiers sont les vrais chantiers de l'attractivité : ce n'est qu'avec de courageuses mesures sur ces aspects du statut que l'on comblera les 30 à 40 % de postes de PH vacants et que l'on pourra redonner du sens à notre métier.

# Les urgences : la Loi Matras.

## Vers un changement de paradigme

La loi Matras, votée récemment, semble opérer un changement de modèle de prise en charge des patients en pré-hospitalier. À l'initiative du député LREM, Fabien Matras, ancien pompier volontaire, la Loi a été votée le 27 mai 2021 à l'Assemblée, puis le 23 septembre au Sénat, avec un texte finalisé en octobre par la Commission mixte paritaire. Cette Loi, initialement prévue pour consolider le modèle de sécurité civile et valoriser le volontariat en offrant un meilleur statut aux pompiers volontaires, propose un certain nombre de mesures sans lien avec la valorisation du volontariat.

### LES ENJEUX

Deux visions s'opposent sur la prise en charge pré-hospitalière des patients. La première, le modèle actuel en France depuis plus de quarante ans : une régulation médicale la plus précoce possible réalisée par les SAMU afin d'évaluer la gravité des patients et d'adresser, si la situation le nécessite, le moyen le plus adapté à la situation clinique. C'est-à-dire l'envoi, soit d'un médecin, soit d'une ambulance, des secouristes pompiers ou d'une équipe médicale SMUR. Le second modèle est une vision secouriste de la prise en charge des patients. Elle est non médicalisée, sur le modèle anglo-saxon du « *scoop and run* », c'est-à-dire une prise en charge du patient faite par des secouristes avec un transport rapide vers les urgences de l'hôpital.

### QUATRE MESURES POSENT QUESTION

- Un numéro de secours unique : le 112.
- Les sapeurs-pompiers vont pouvoir effectuer des soins d'urgence.
- La réforme de la garde ambulancière.
- Le temps de travail des sapeurs-pompiers volontaires.

#### 1. Un numéro de secours unique : le 112

Pour toute urgence, plus qu'un seul numéro à composer : le 112. C'est une vieille revendication des pompiers qui va être expérimentée pendant deux ans. Trois configurations vont être mises à l'épreuve pour cette mutualisation des services dans les départements. Le premier modèle réunira police, gendarmerie, pompiers et SAMU. Le deuxième, SAMU et pompiers. Le troisième, SAMU et permanence des soins. Beaucoup de questions à propos de ce numéro unique. Les urgentistes

sont très défavorables à cette mesure car la centralisation des appels de nature différente sur une même plateforme ressemble plus à une usine à gaz qui allongera inévitablement les temps de prise en charge des patients, avec un préjudice notable pour les patients les plus graves. Pourtant, ces dernières années, beaucoup de mesures ont été mise en place sur le terrain entre les SAMU et les pompiers : l'interconnexion des services avec une traçabilité partagée des interventions, des dotations en outils de communication, l'interopérabilité des systèmes d'information. Cette mesure supplémentaire de simplification par un numéro d'urgence unique est en fait une fausse bonne idée. Les situations cliniques sont complexes, un secouriste est moins qualifié qu'un médecin pour évaluer et décider des soins à apporter aux patients. Cela peut aboutir rapidement à une inflation inadaptée du nombre de transport vers les urgences et, à terme, induire une désorganisation des hôpitaux dans un système de santé déjà éprouvé. Médicaliser les prises en charge le plus tôt possible est une action qualitative et sécuritaire pour les patients, elle permet d'identifier les patients les plus grave et de les orienter vers la filière de soin critique la plus adaptée (réanimation,USIC, USINV, Réveil). Démédicaliser, c'est une perte de chance pour les patients et cela introduit une confusion dans les missions de chaque service. Des interrogations persistent également sur la gestion des données médicales de la population par cette plateforme. Autre aspect non négligeable, la dimension technique. Nous l'avons vu récemment, les incidents techniques qui ont perturbé les numéros d'urgence en juin 2021 ont fait plusieurs morts. Avec un numéro unique, nous pouvons être en situation de vulnérabilité en cas de panne, les conséquences peuvent être catastrophiques si aucun service n'est joignable (SAMU, Police, pompiers) lors d'une défaillance technique ou d'une cyberattaque.

**« Médicaliser les prises en charge le plus tôt possible est une action qualitative et sécuritaire pour les patients. »**

## 2. Les sapeurs-pompiers vont pouvoir effectuer les soins d'urgence.

L'activité principale des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) est le secours à personne, elle représente 84 % de leurs interventions. On comprend aisément que la maîtrise du processus décisionnel du début à la fin de la chaîne de prise en charge des patients est un enjeu majeur, voire vital pour les SDIS. Il est important de préciser qu'un secouriste n'est pas un soignant, il n'a pas le statut de professionnel de santé, il n'a ni la formation, ni la compétence d'un soignant. Paradoxe de notre temps, la loi Matras va permettre aux sapeurs-pompiers d'effectuer des actes thérapeutiques et recueillir des informations cliniques ou paracliniques. Cela a encore moins de sens quand on sait que 80 % des sapeurs-pompiers sont volontaires. Ils n'auront probablement jamais de formation diplômante adéquate, et cela loin des standards anglo-saxons où les « paramédics » ont une formation qui dure quatre ans. Une fois de plus, les glissements de tâche deviennent la règle. Le soin est galvaudé, loin des standards de qualité et de sécurité que chaque patient est en droit d'attendre.

## 3. Réforme de la garde ambulancière

La question des transports ambulanciers est un point d'accroche fréquent entre les SAMU et les pompiers. Les SDIS parlent de carences ambulancières lorsqu'ils estiment que le transport du patient fait par les pompiers n'est pas une urgence et est du ressort d'une ambulance. Le caractère « urgent » est un sujet de désaccord fréquent entre les médecins du SAMU et les secouristes pompiers. Les raisonnements sont différents, d'un côté les hypothèses diagnostiques, les antécédents et les complications éventuelles des patients et, de l'autre, l'absence de détresse vitale immédiate. Le SAMU demande couramment l'engagement des équipes secouristes pompiers pour du secours à personne. Une intervention est qualifiée de « carence » par les pompiers lorsqu'ils estiment que cette intervention est non urgente et quelle aurait dû être faite par une ambulance. Quand une intervention est qualifiée de « carence », elle ouvre le droit à un recouvrement de 124 euros actuellement et prochainement 200 euros.

Les sommes cumulées par ces carences peuvent

atteindre plusieurs millions d'euros selon les départements. Elles sont payées par l'établissement où se situe le SAMU.

Jusqu'à présent, la carence est « *a priori* ». La Loi permet de requalifier une intervention *a posteriori*, ce qui promet une inflation de la note auprès de nombreux hôpitaux déjà déficitaires.

## 4. Le temps de travail des sapeurs-pompiers volontaires

La future bataille concernant les pompiers volontaires se jouera au niveau européen. Le député Matras souhaite que les pompiers volontaires ne soient pas reconnus comme « des travailleurs » afin de ne pas rentrer dans le champ de la directive sur le temps de travail. En effet, ils ne pourraient alors plus être d'astreinte après leur journée de travail. C'est un paradoxe de plus, une opposition complète entre une volonté d'être reconnu comme soignant mais considérer ce temps de travail comme une activité qui doit sortir du cadre légal du droit du travail. Cela est en contradiction avec une décision de la Cour de justice de l'Union européenne, datant du 21 février 2018, l'arrêt dans l'affaire Matzak, où la Cour considère que « *Le temps de garde d'un travailleur à domicile, obligé de répondre aux appels de l'employeur dans un délai bref, doit être considéré comme temps de travail* ».

## POUR CONCLURE

Cette loi votée dans une période pré-électorale est une source de nombreuses questions et d'inquiétudes. On peut craindre un changement de stratégie de prise en charge des patients en pré-hospitalier, vers une démedicalisation du soin et des décisions. Les services d'urgences des hôpitaux, déjà fragilisés, ne résisteront pas à une augmentation des flux de patients. L'hôpital, dans son ensemble, subira cette dérégulation.

Avec le numéro unique, on peut craindre des erreurs d'orientation et des retards de soins urgents pour les patients les plus graves.

La confusion entre la fonction de secouriste et de soignant est assumée dans cette loi et cela est inacceptable.

**Le SNPHARE reste plus que jamais vigilant vis-à-vis des décrets à venir liés à cette loi et alertera les Français autant que nécessaire, à propos des éventuelles dérives.**

Dr Anouar Ben Haella,  
Secrétaire général adjoint du SNPHARE

# Y aura-t-il un médecin de garde à Noël ?

Le SNPHARE a reçu en novembre et début décembre un nombre inhabituellement élevé de sollicitations, via le formulaire « contact » du site (réservé aux adhérents !), concernant des listes de gardes à trous et des pressions subies pour dépasser le nombre de gardes habituel. Cela, ajouté à l'épidémie de fermeture de services de médecine aiguë (urgences, blocs opératoires, cardiologie, neurologie – AVC) ces dernières semaines, nous a conduit à faire un sondage express sur l'état des lieux de la permanence des soins (PDS) à Noël.

Le questionnaire était très court, et s'est déroulé sur 4 jours, autour d'un week-end ; il a été diffusé aux praticiens hospitaliers via le fichier et les réseaux sociaux du SNPHARE, et via les listes de diffusions des syndicats de notre intersyndicale Action Praticiens Hôpital, que nous remercions. 1539 réponses sont exploitables – c'est bien sûr un biais majeur lorsqu'on compare ce résultat au nombre total de PH – ce qui oblige à être prudent sur les résultats que nous décrivons ici. La répartition des réponses était : médecins anesthésistes réanimateurs et intensivistes-réanimateurs (MAR-MIR - 36 %), médecins urgentistes (MU - 19 %), les autres spécialités (AS - 45 %) comportaient un panel très large : notamment pédiatrie, gynécologie obstétrique, gériatrie, psychiatrie, cardiologie, chirurgie, etc.

## Listes à trous`

26 % des médecins interrogés avaient début décembre une liste de garde et/ou d'astreinte incomplète. De manière notable, il existe une grande différence entre les médecins urgentistes (62 % de listes incomplètes) et les autres (20 %). Pour combler ces listes, il est fait appel à des médecins thésés d'autres services, intérimaires, et des internes.

Pour compléter les listes de gardes et astreintes, il y a eu une pression managériale dans 31 % des cas (13 % par l'administration et 18 % par la gouvernance médicale). Cette pression est bien plus importante en médecine d'urgence (40 %) que dans les autres spécialités.

## Volume horaire prévisible sur 7 jours glissants

82 % des praticiens vont dépasser 48 heures par semaine. Rappelons que la directive européenne du temps de travail limite le temps de travail à 48 heures par semaine, moyennés au quadrimestre. 23 % travailleront plus de 72 heures... et près de 30 % en anesthésie-réanimation et médecine intensive-réanimation. Tout ceci indépendamment du sexe et de la tranche d'âge. Cela nous semble naturel, habituel en temps de vacances... sommes-nous vraiment raisonnables ?

	TOTAL	MAR/MIR	MU	AS
Moins de 48 h	18 %	16 %	19 %	17 %
Plus de 48 h Mais moins de 72 h	58 %	55 %	62 %	59 %
Plus de 72 h	24 %	29 %	19 %	23 %

Ces résultats ont été obtenus avant l'invasion de la 5<sup>ème</sup> vague et l'arrivée fulgurante de la 6<sup>ème</sup> vague due au variant omicron, qui ont/vont augmenter les lignes de permanence des soins. Ils mettent en relief l'écueil de la pénurie de praticiens à l'hôpital et du nécessaire recours à l'intérim médical. Ils mettent en évidence que l'hôpital public n'est plus du tout « auto-suffisant » pour accomplir son ultime mission de service public, la permanence des soins : ce n'est qu'avec des mesures fortes pour l'attractivité de l'hôpital public, compensant la pénibilité de la permanence des soins.

AW

## VOUS L'AVEZ DIT...

« Je viens de faire 96 heures en 7 jours. Impression de fonctionner au ralenti, risques sur la route etc. ! »

« Pas de pression externe pour le fait de travailler plus, mais un sentiment de devoir envers nos patients. »

« En fait 12 gardes [en un mois] mais votre enquête ne permet pas de mettre plus de 10. »

« À temps partiel, on m'a obligé à faire des heures supplémentaires. »

« Ras-le-bol de ce manque de médecin, surtout pendant les fêtes ou les vacances. »

	TOTAL	MAR/MIR	MU	AS
Médecins des autres services de l'établissement	18 %	30 %	28 %	25 %
Médecins thésés intérimaires	15 %	21 %	50 %	11 %
Docteurs Juniors	21 %	35 %	56 %	20 %
Jeunes internes	8 %	15 %	10 %	11 %

## Une volonté d'agir pour un combat juste et essentiel

Cette année, le conseil d'administration du SNPHARE a eu la chance de pouvoir se retrouver en présentiel au cours d'un séminaire qui s'est déroulé à Sète du 6 au 8 octobre 2021.

Nous y avons trouvé un peu de sérénité afin de réfléchir sur l'avenir du SNPHARE et de ses missions. Après avoir mis l'accent sur ce qui rassemble les médecins de l'hôpital public, nous avons fait la liste de ce que l'on devra exiger pour l'avenir.

De nombreux médecins d'autres spécialités nous ont rejoints car ils partagent les mêmes convictions et valeurs que le SNPHARE. Si les anesthésistes réanimateurs ont beaucoup fait évoluer leur exercice, cette diversité est une force supplémentaire pour appréhender les enjeux des années à venir. Nous comptons bien nous appuyer sur toutes les expériences pour enrichir nos idées.

**La permanence des soins, la véritable reconnaissance du temps de travail et l'amélioration des conditions de travail restent dans la ligne directrice de notre syndicat** pour que l'hôpital ne se vide pas de ses médecins et recouvre l'attractivité qui lui est due. Mais beaucoup d'autres sujets sont très présents dans nos réflexions tels que la santé des médecins et leur protection sociale, l'articulation vie professionnelle et vie privée, et le pouvoir d'achat.

Bientôt le statut de praticien hospitalier va beaucoup changer. De nouveaux équilibres devront se construire.

**La notion d'équipe, de mission de service public sont mis à mal par ces textes.** Nous en ferons l'objet des débats autour d'une table ronde à notre Assemblée Générale. La certification périodique, quant à elle, est présentée comme la possibilité donnée aux médecins de maintenir leurs connaissances dans les règles de

l'art. Le SNPHARE pense qu'elle devra répondre à nos besoins et ne pas compléter la nébuleuse bureaucratique du DPC à laquelle personne ne comprend rien.

**Un autre combat, et non des moindres, est de faire vivre un vrai dialogue social pour les médecins à l'hôpital.** Nous savons que le meilleur moyen de communiquer avec nos adhérents et de les soutenir c'est d'être présent au plus près avec des délégués locaux. L'objectif des prochaines années est de faire remonter au maximum ce qui se passe en région : les dérives managériales, les maltraitances administratives et les décisions non réglementaires concernant les gardes et le temps de travail. Parallèlement nous voulons mettre en place une communication forte grâce à la rapidité des réseaux sociaux mais aussi nos newsletters et le journal PHARE qui donne le temps de se poser sur certains dossiers. Notre site est en constante évolution et est ouvert à tous.

**Porter la parole des praticiens hospitaliers est un enjeu essentiel auprès des différentes instances où sont décidés l'avenir de l'hôpital et du métier.** Le SNPHARE y est présent et y restera engagé tant qu'il sera porté par les résultats des élections professionnelles au sein de son intersyndicale Action Praticiens Hôpital (réunion de Avenir Hospitalier et de la Confédération des Praticiens Hospitaliers).

En conclusion, le conseil d'administration a fait vivre un séminaire très riche et plein de dynamisme, ce qui lui a permis de consolider et d'actualiser les combats. Beaucoup d'idées novatrices en sont sorties et surtout la volonté d'agir pour un combat juste et essentiel : l'hôpital ne peut pas exister sans médecins.

*Emmanuelle Durand, Vice-Présidente du SNPHARE*



# Actualités

## Action Praticiens Hôpital

### RENDEZ-VOUS AU MINISTÈRE

APH a pu rencontrer Jérôme Marchand-Arvier, directeur de cabinet du ministre de la Santé et des Solidarités le 23 novembre dernier. Il était accompagné par Madame Katia Julienne, directrice générale de l'offre de soins et de Sébastien Delescluse, conseiller au cabinet du ministre. Pour APH, étaient présents Jean-François Cibien, Carole Poupon, Yves Rébufat, Marie-Jo Cortes et Anne Wernet.

L'objectif de cette rencontre était d'échanger sur les difficultés de l'hôpital public, en particulier sur les ressources humaines médicales. APH a décliné ses doléances, résumées en quatre points :

- La revalorisation immédiate de la permanence des soins, gardes et astreintes.
- L'accès au décompte horaire du temps de travail pour ceux qui en feraient la demande.
- L'attribution de 4 ans d'ancienneté pour l'ensemble des praticiens hospitaliers nommés avant le 1<sup>er</sup> octobre 2020.
- Le rétablissement du dialogue social entre les représentants des praticiens hospitaliers et les tutelles.

Nous avons été poliment écoutés, comme nous en avons l'habitude, mais pas forcément entendus. À la question qui nous a été posée de savoir quelle était pour nous la mesure la plus urgente à mettre en place, nous avons bien sûr répondu toutes.

La vidéo des auditions au Sénat est accessible ici :

[http://videos.senat.fr/video.2657345\\_61b1fd2b7d136.audition-commune-de-representants-de-praticiens-et-des-personnels-soignants](http://videos.senat.fr/video.2657345_61b1fd2b7d136.audition-commune-de-representants-de-praticiens-et-des-personnels-soignants)

### AUDITION PAR LA COMMISSION D'ENQUÊTE SUR "LA SITUATION DE L'HÔPITAL ET LE SYSTÈME DE SANTÉ EN FRANCE"

APH a été auditionnée le 9 décembre par la commission d'enquête sénatoriale sur "La situation de l'hôpital et le système de santé en France", à la demande du groupe Les Républicains ([https://www.senat.fr/commission/enquete/2021\\_sante\\_et\\_hopital.html#c668454](https://www.senat.fr/commission/enquete/2021_sante_et_hopital.html#c668454)).

Jean-François Cibien, président d'APH et Carole Poupon, vice-présidente d'APH ont pu s'exprimer sur les difficultés de l'hôpital public aujourd'hui, abordant les problèmes du financement, des ressources humaines tant médicales que paramédicales, de l'attractivité des carrières médicales et de l'insuffisance du « Ségur de la santé » ainsi que de la gouvernance. Le spectre de nos difficultés a été largement balayé par nos représentants. Il ne pouvait échapper aux sénateurs présents une certaine résonance avec les propos des représentants du CIH qui ont été aussi auditionnés. La vidéo de cette séance est publique et peut être visionnée sur le site du Sénat. La passe d'arme entre les deux fédérations FHF et FHP, public et privé, est intéressante ainsi que la position de la FEHAP. Nous encourageons chacun à analyser les raisons du mal-être des professionnels de santé et à chercher les similitudes dans les déclarations qui ont été faites. Édifiant !

Yves Rébufat,

président exécutif d'Avenir Hospitalier, membre d'APH

## ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SNPHARE

Le SNPHARE tiendra son assemblée générale annuelle

**le vendredi 14 janvier 2022**

FIAP Jean Monnet – Salle Lisbonne  
30 rue Cabanis – Paris 14<sup>ème</sup>

Au programme :

- Les bilans annuels moral et financier du syndicat.
- La minute PH-Services.
- 2 thématiques avec des invités prestigieux :
  - Exercice mixte, contractualisations : comment sécuriser l'exercice mixte ?
  - L'équipe, un concept d'avenir ?

# Bruno Greff, volontaire en association de réduction des risques

**Q**uand Bruno Greff n'est pas anesthésiste-réanimateur en pédiatrie et délégué du SNPHARE à l'hôpital Robert Debré, on peut parfois le croiser dans certaines soirées pour faire de la prévention au sein d'une association de réduction des risques liés à la prise de produits psychoactifs. Au-delà des clichés, il nous livre un témoignage aussi intéressant que nécessaire sur son engagement et la relation de celui-ci avec son métier de médecin..

**PHARE : Pouvez-vous nous parler de votre engagement en dehors de l'hôpital ?**

**Bruno Greff :** Après avoir passé des années à participer à des soirées à Paris, en tant que public et parfois en tant qu'organisateur, j'ai réalisé il y a à peu près 3 ans que la question de la consommation de produits psychoactifs en contexte festif était très peu traitée sur le plan de la santé publique.

En effet, le sujet des produits psychoactifs est considéré soit sous un angle purement sécuritaire qui s'intéresse aux trafics et à l'ordre public, soit sous l'angle médico-social qui traite de l'addiction et de la précarité. Mais concernant ce mode de consommation plus ou moins occasionnel, les soirs de week-end, par une population socialement parfaitement insérée, il y a une sorte d'angle mort. La raison de cet angle mort est bien sûr le contexte légal, qui rend le sujet quasiment tabou. En effet, tout discours autre que celui qui condamne directement la prise de produits peut être assimilé à de l'incitation, et la population concernée n'est pas réceptive à ce discours, perçu comme moralisateur et infantilisant. Les quelques chiffres dont nous disposons malgré tout montrent d'ailleurs l'inefficacité de cette politique, avec l'exemple le plus visible qui est celui du cannabis. Une autre approche est donc nécessaire pour adresser les risques liés à ces modes de consommation, qui sont réels.

Il existe cependant des associations dédiées à ce sujet, qui peuvent agir dans le cadre d'un décret. J'ai donc intégré l'une d'entre elles, appelée l'Amicale, en tant que volontaire.

**« J'espère pouvoir participer à la création d'une action de santé publique plus coordonnée et digne de ce nom. »**

**PHARE : Comment avez-vous connu l'Amicale ?**

**Bruno Greff :** Par des amis d'amis qui en faisaient partie. Comme la plupart des participants à des festivals ou à des soirées, j'ai pu être témoin de situations compliquées en rapport avec la prise de produits psychoactifs. Je me suis tourné vers cette association mais il y en a d'autres, avec chacune son terrain de prédilection : Techno + a une grande expérience dans le milieu des *free parties* par exemple, Plus Belle La Nuit se situe à Marseille, Consentis se concentre sur la question des violences sexuelles et sexistes en milieu festif... Je voulais contribuer à sécuriser ce milieu mais je n'avais pas envie de rejoindre une équipe de premiers secours et de faire à l'extérieur de l'hôpital ce que j'y fais à l'intérieur. Là, il s'agit de quelque chose de différent, avec d'autres acteurs, une ouverture sur d'autres problématiques, et ça m'oblige à déconstruire certaines idées reçues. C'est très intéressant.

**PHARE : Pouvez-vous nous expliquer en quoi consiste votre action au sein de l'association ? Que faites vous concrètement ?**

**Bruno Greff :** Comme je le disais, le but est de réduire les risques liés à la consommation de produits psychoactifs chez une population peu réceptive au discours strictement préventif. Concrètement, cela passe le plus souvent par un stand sur le lieu de la soirée avec de la documentation, des flyers, de l'info sur les risques des différents produits, les mélanges et les techniques de prise à absolument éviter. Le stand sert aussi de point de repère pour les gens qui ont besoin d'être pris en charge lors d'effets inattendus ou trop intenses, il s'agit le plus souvent de simple réassurance ou d'accompagnement le temps que les effets passent. S'il y a un risque médical, nous assurons le lien avec l'équipe de premiers secours. Sur certains gros événements, il est parfois possible de réaliser une collecte d'échantil-



lons de produits pour les faire analyser et ainsi avoir une cartographie de la consommation des produits, sujet sur lequel les données sont quasi inexistantes.

Le lien de confiance est primordial dans ce type d'intervention : le public ne va pas se tourner vers l'équipe de sécurité en cas de problème, ni vers les premiers secours. Les associations de réduction des risques répondent ainsi à un vrai besoin.

**PHARE :** Est-ce que la prise de produits stupéfiants est le seul thème que vous abordez en termes de réduction des risques ?

**Bruno Greff :** Outre la prise de produits stupéfiants, l'autre grand sujet est celui des violences sexuelles et sexistes, d'autant plus dans un contexte de consommation de produits psychoactifs. On note une réelle évolution à ce niveau là depuis quelques années, grâce à « *me too* » et les travaux sur la culture du viol qui ont gagné en visibilité depuis, permettant de recentrer le problème sur les agresseurs et non plus sur les victimes.

En soi, c'est un sujet énorme et qui nécessite d'être traité de manière globale, mais chaque avancée est bonne à prendre là où on peut l'obtenir.

**« Les associations issues du public sont les seules « instances » vers lesquelles le public va se tourner en cas de besoin. D'où la nécessité d'être présents et de le faire savoir. »**

**PHARE :** Votre formation et votre métier vous sont-ils utiles quand vous officiez au sein de l'Amicale ?

**Bruno Greff :** Oui et non. Oui car ma formation me permet de connaître la pharmacocinétique et les voies métaboliques des produits, ou d'apprécier rapidement la potentielle gravité clinique d'une situation. Non car l'idée est vraiment de faire autre chose que de la médecine, de faire quelque chose d'utile mais d'une manière différente. Je le vois plus comme une forme d'engagement citoyen.

*Propos recueillis par Saveria Sargentini*

# ANNONCES DE RECRUTEMENT



## OFFRE D'EMPLOI

## MÉDECIN ANESTHÉSISTE

### RENSEIGNEMENTS

#### PÔLE URGENCES - RÉANIMATION

Atanas YAVASHEV

Responsable service anesthésie  
atanas.yavashev@hopitaux-jura.fr

Yannis BOUHAKÉ

Responsable service réanimation  
yannis.bouhake@hopitaux-jura.fr  
03 84 35 60 00

#### AFFAIRES MÉDICALES

Céline GIGANON

Directrice  
03 84 35 60 02  
celine.giganon@hopitaux-jura.fr



**Le Centre Hospitalier Jura Sud est l'établissement de référence de la communauté hospitalière du Jura, situé à Lons-le-Saunier, capitale et préfecture du Jura.**

Cet ensemble représente 558 lits et places de MCO et 158 lits de SSR.

Le site de Lons-le-Saunier dispose de 7 salles de bloc, d'une réanimation polyvalente, d'une USIC, d'une USINV, d'une maternité de type 2B.

#### MISSIONS PRINCIPALES

L'activité médicale se déroule en temps continu pour les services d'anesthésie, de réanimation et aux urgences. Possibilité d'une activité mixte entre anesthésie et réanimation. Le service d'anesthésie : l'anesthésiste intervient sur 6 salles de bloc. Toutes les spécialités chirurgicales sont pratiquées (sauf neurochirurgie, chirurgie cardiothoracique et colonne). Plateau technique complet dont IRM et scintigraphie. Forte pratique de l'anesthésie loco-régionale échoguidée.

Le service de réanimation : le service de réanimation accueille des patients de réanimation polyvalente (8 lits) et dispose d'un plateau technique conséquent (5 machines d'hémo-filtrations permettant également les échanges plasmatiques et l'épuration de CO<sub>2</sub>, un échographe et une sonde d'ETO, 12 respirateurs...).

Projet de développement d'unité de Surveillance Continue.

#### APTITUDES REQUISES

Titulaire du DES Anesthésie-Réanimation ou DESC de Réanimation Médicale, Inscrit à l'Ordre des Médecins.

Sens du relationnel et travail en équipe. Organisation et rigueur. Dynamisme et réactivité.

- Adaptabilité et assiduité. Maîtrise de l'outil informatique et des logiciels.
- Respect du livret du médicament et des bonnes pratiques. Discretion professionnelle.

#### HORAIRES DE TRAVAIL

Horaires de journée, gardes sur place. Possibilité de réalisation de temps non clinique.

#### DESCRIPTION DU POSTE

Au sein d'une équipe dynamique et d'un établissement à taille humaine, vous aurez pour mission d'assurer la continuité clinique tout en assurant une collaboration étroite avec les services médicaux et administratifs.

La grande variété des pathologies prise en charge et la collaboration étroite avec le CHU permettent une activité intéressante tout en garantissant un parcours de soin optimal pour le patient. Vous pourrez participer à la mise en place de nombreux projets au sein de l'établissement.

L'hôpital a de plus la chance de s'inscrire dans une région alliant parfaite équilibre entre ville et nature.

Le nouveau Centre Hospitalier Ouest Réunion recrute :

## 1 Médecin Anesthésiste Réanimateur (remplaçant)

Le Centre Hospitalier Ouest Réunion (CHOR) établissement à taille humaine implanté depuis le 06 mars 2019 dans de nouveaux locaux dans une zone touristique attractive recrute :

#### Médecin Anesthésiste Réanimateur :

- Secteur Soins Critiques composé : 8 lits de réanimation + 6 lits USC.
- Secteur Anesthésie : 6 salles de bloc opératoire.
- Maternité de + 2000 accouchements/an.
- Participation à l'activité de gardes (PDS) du service.

Équipe jeune et dynamique avec bonne ambiance.

Poste de praticien contractuel temps plein 4<sup>ème</sup> échelon + 10 % + 40 % DOM + 10 % précarité, soit 6 078 euros net mensuel hors prélèvement à la source et hors gardes.

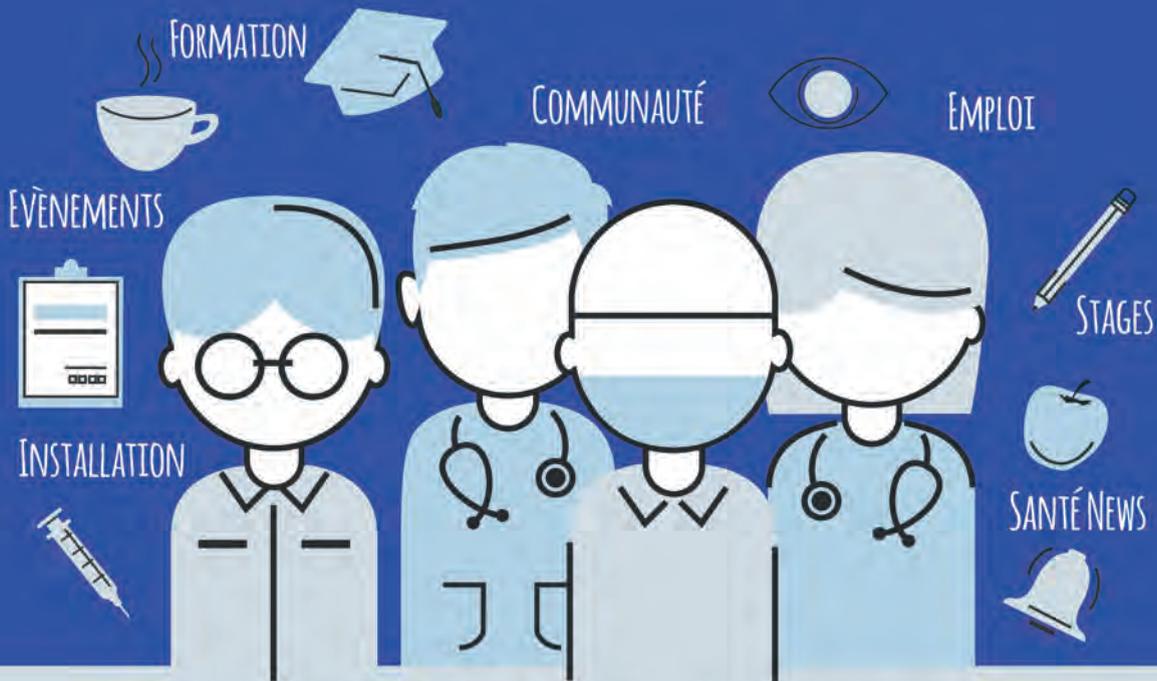
Prise en charge du billet d'avion Métropole-Réunion-Métropole au tarif le plus économique, Forfait de 1800 pour la prise en charge des frais de location de voiture et du logement uniquement pour le 1<sup>er</sup> mois.



#### RENSEIGNEMENTS

Dr Frantz MIRRE – Chef de service Anesthésie et soins critiques :  
fr.mirre@chor.re – Téléphone : 02 62 45 30 30

Les candidatures sont à envoyer à la Direction des Affaires Médicales :  
Mr Patrice VELLAYOUDOM – Adjoint des cadres :  
pa.vellayoudom@gcs-gso.org – Téléphone : 02 62 74 01 00



# RÉSEAU PRO SANTÉ

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



RENDEZ-VOUS SUR [WWW.RESEAUPROSANTE.FR](http://WWW.RESEAUPROSANTE.FR)  
INSCRIPTION GRATUITE

**resah.idf**  
Réseau des Acheteurs Hospitaliers d'Île-de-France

**pôle emploi**

**UniHA**

**FEHAP**  
Fédération Française des Étudiants Hospitaliers  
PRIVE NON LUCRATIF

☎ 01 53 09 90 05 ✉ [CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR](mailto:CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR)

[www.reseauprosanter.fr](http://www.reseauprosanter.fr) est un site Internet certifié HONcode

