

#97

PHARE

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

DOSSIER URGENCES



FERMÉES

Urgences

LE NOUVEAU RÉGIME DES AUTORISATIONS EN SOINS CRITIQUES | QUAND L'HÔPITAL PUBLIC NE SAIT PAS RETENIR SES TALENTS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Dr Emmanuelle DURAND - Présidente CHU - Reims emmanuelle.durand@snphare.fr	CFAR - CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR) - Conciliation et médiation - Commission régionale paritaire Grand Est - Revue PHARE - Trésorière adjointe du cfar - CNP ARMPO - CNP anesthésie-réanimation	Ligne directe : 03 10 73 61 28 Portable : 06 60 55 10 65
Dr Eric LE BIHAN - Vice-Président CHU Beaujon, Paris eric.lebihan@snphare.fr	CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR) - CRP Île-de-France, CNP anesthésie-réanimation - Délégation régionale Ile-de-France - Communication - Relations avec les délégués d'Ile de France - Revue PHARE	Ligne directe : 01 40 87 50 00 BIP 1050 Portable : 06 99 39 20 64
Dr Veronique AGAESSE - Secrétaire gén. 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 HELLAL - Secrétaire gén. adjoint Hôpital André Mignot - SAMU - Versailles anouar.benhellal@snphare.fr	Conseil de discipline (médecine) - Veille Syndicale - Relation avec les urgentistes et autres médecins non-AR Revue PHARE	Ligne directe : 01 30 84 96 00 Fax : 01 39 63 86 88 Portable : 06 73 78 00 46
Dr Matthieu DEBARRE - Secrétaire gén. adjoint CHI Saint-Brieuc matthieu.debarre@snphare.fr	Relation avec les délégués - Communication Commission Régionale Paritaire Bretagne - Revue PHARE	
Dr Morgana JEANTIEU - Secrétaire gén. adjoint CHI du Pays d'Aix morgana.jeantieu@snphare.fr	CRSA - Communication	Portable : 06 72 77 58 31
Dr Francis VUILLEMET - Secrétaire gén. adjoint Hôpitaux civils de Colmar francis.vuillemet@snphare.fr	Permanence des soins - Gardes et astreintes - Risques psychosociaux - Référent des spécialités médicales non anesthésistes-réanimateurs - Retaites - Revue PHARE	Portable : 06 71 86 49 60
Dr Louise GOUYET - Trésorière 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 Jullien CROZON - Trésorier adjoint Groupement Hospitalier Edouard Herriot, Lyon jullien.crozon@snphare.fr	CSN (AR) - CRP - 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 Mathieu BRIERE - Administrateur CHU Nîmes, Hôpital Carremeau mathieu.briere@snphare.fr	CRP - Revue PHARE	Portable : 07 77 92 65 68
Dr Renaud CHOUQUER - Administrateur CH Annecy-Genevois, site d'Annecy renaud.chouquer@snphare.fr	CRP - Revue PHARE	Portable : 06 82 65 56 95
Dr Georges ESTEPHAN - Administrateur CHU - Hôpital européen Georges Pompidou - Paris georges.estephan@snphare.fr	Revue PHARE	Portable : 06 64 71 49 81
Dr Anne GEFROY-WERNET - Administratrice 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 Bruno GREFF - Administrateur CHU - Hôpital Robert Debré - Paris bruno.greff@snphare.fr	Webmaster - Revue PHARE	Portable : 06 64 74 62 66
Dr Laurent HEYER - Administrateur Hôpital de la croix rouge - Lyon laurent.heyere@gmail.com	Secrétaire général du Collège National Professionnel Anesthésie-Réanimation - CNP anesthésie-réanimation - CSN (AR) Secrétaire général adjoint CFAR - Conseil de Discipline (AR) - FEMS	Portable : 06 31 18 57 61
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 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

EXPLICATION DE TEXTE

Le nouveau régime des autorisations
en soins critiques..... 4

LE POINT SUR

Reclassement et autres contentieux.....7

LE POINT SUR

IADE et pratiques avancées : une réflexion
spécifique est nécessaire8

INTERVIEW

Focus sur le Conseil National Professionnel
d'Anesthésie-Réanimation et Médecine
péri-opératoire (CNP ARPO).....11

EN PRATIQUE

Unification du statut de praticien hospitalier...14

DOSSIER URGENCES

Fermeture des Urgences : un été sous tension....16

Les propositions du SNPHARE pour
les urgences sont connues de longue date.....18

Les urgences : ce qu'en pensent les PH.....20

INTERVIEW

Quand l'hôpital public ne sait pas
retenir ses talents !.....24

ERRATUM

Prime de solidarité territoriale25

ÉLECTIONS PROFESSIONNELLES

Pourquoi faudra-t-il voter
aux prochaines élections professionnelles.....26

LU POUR VOUS.....27

ON N'EST PAS QUE DES PH

Anesthésiste-réanimateur et humanitaire :
comment est-ce possible ?..... 28

PETITES ANNONCES.....29

L'HÔPITAL, C'EST VOUS

Quand on a réussi, à force d'acharnement, à faire le mieux pour nos concitoyens et à leur apporter une réponse sanitaire quel que soit le moment ou l'endroit et que l'on a commencé à relever la tête, on s'est aperçu que beaucoup d'entre nous avaient mis un genou à terre.

Alors on ne s'est pas reposés.

On s'est relancé dans la bataille de la défense de cet hôpital public qui est capable de tant de prouesses. Et avec sa défense, celle de ceux qui le font vivre et qui veulent continuer parce qu'ils pensent que l'offre de soin de qualité et de sécurité accessible à tous est un modèle de démocratie.

Aujourd'hui l'hôpital vit un tournant dans son histoire et ceux qui sauront ce dont il a besoin pour se reconstruire, ce sont bien nous tous qui travaillons sur le terrain.

C'est quasiment une page blanche qui nous est offerte avec les élections législatives et avec elle l'opportunité de faire pencher le gouvernement vers ce que l'on estime être indispensable pour chacun d'entre nous qui portons l'offre de santé publique.

La mobilisation des hospitaliers a été exemplaire dans la crise sanitaire comme dans le travail de revendications et de propositions sur lesquelles les députés pourront s'appuyer comme l'a fait la commission d'enquête du Sénat en début d'année dont le rapport « Hôpital : sortir des urgences » est très juste.

Par ailleurs, c'est en 2023 que les élections professionnelles auront lieu et c'est encore grâce à votre mobilisation que nous irons porter vos idées auprès des législateurs.

Le SNPHARE est présent partout où il doit l'être, il a une plateforme construite, il a su obliger le ministre de la Santé à s'engager par écrit pour la sécurité de l'anesthésie grâce au nombre des praticiens qu'il représente.

Alors c'est encore en force que le SNPHARE va continuer de défendre la place de l'hôpital, grâce à vous et pour vous.

*Emmanuelle Durand,
Présidente du SNPHARE*



ISSN : 2729-1928

Présidente du comité de rédaction :
Emmanuelle Durand

Comité de rédaction :

Anouar Ben Hellal - Renaud Chouquer -
Jullien Crozon - Matthieu Debarre, Georges
Estéphan - Bruno Greff - Eric Le Bihan, Francis
Vuillemet - Anne Wernet

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

Le nouveau régime des autorisations en soins critiques :

reprise en main par une régulation centralisée ou réponse aux enjeux de santé des territoires ?

Le 26 avril 2022, deux décrets relatifs à l'activité de soins critiques ont été publiés au Journal Officiel (Décrets n° 2022-690 et 694). Ces décrets sont l'aboutissement d'un travail initié en 2018 par la Direction Générale de l'Offre de Soins avec les représentants de spécialités médicales (cardiologie, pneumologie, néphrologie, neurologie...), des deux spécialités de soins critiques (Anesthésie-Réanimation-Médecine Périopératoire et Médecine Intensive Réanimation) et des fédérations et conférences.

L'objectif de ces nouvelles dispositions, présentées le 10 mars 2022 par le cabinet du ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran, est de placer sous un même régime national des autorisations l'ensemble de l'activité de soins critiques. Il s'agissait d'une part de « moderniser les différentes obligations que doivent satisfaire les soins critiques [...] », et d'autre part « de définir une gradation claire entre les différents niveaux de soins critiques, de définir les cas et les différents types de patients qui relèvent de chaque niveau [...] ». Ces décrets entreront en vigueur le 1^{er} juin 2023, et devront être appliqués au plus tard le 1^{er} novembre 2023.

Par ailleurs, les décrets apportent des esquisses de réponses à l'enjeu majeur du renforcement des équipes paramédicales et médicales des soins critiques, avec leurs dimensions de formation à cet environnement de travail et la constitution d'une réserve soignante, souligné par les différents rapports d'analyse de la réponse organisationnelle des soins critiques face à la pandémie produits par l'IGAS (<https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-017r.pdf>) et la Cour des comptes (<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-09/20210922-132-3-1-rapport-soins-critiques.pdf>, <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-03/20210318-04-Tomel-reanimation-et-soins-critiques-en-general.pdf>). Ces décrets ne donnent qu'un cadre réglementaire nouveau. En quoi celui-ci risque-t-il d'affecter l'organisation de l'environnement de travail des soignants ?

Le nouveau cadre fixe principalement un changement de périmètre avec la notion de soins critiques, de son

organisation avec deux niveaux d'activité, réanimation ou soins intensifs, un renforcement des équipes soignantes et une régulation territoriale avec une mise en réseau ou filières graduées.

Le nouveau périmètre et les structures des soins critiques

Le décret regroupe les activités anciennement dénommées réanimation, soins intensifs (SI) de spécialités et unités de surveillance continue dans un même périmètre des soins critiques. Il précise que « l'activité de soins critiques consiste en la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance ».

Il n'existe dorénavant plus que 2 niveaux de soins critiques adultes : réanimation et SI (les USC disparaissent). Ces derniers sont déclinés de la façon suivante chez l'adulte :

- SI polyvalents contigus à la réanimation.
- SI de spécialité ou d'organes (cardiologie, neurovasculaire, hématologie).
- SI polyvalents dérogatoires (sans réanimation sur site ou non contiguë à une réanimation).

Il est attendu que l'unité de réanimation et au moins une unité de SIP contiguë se regroupent pour constituer des plateaux de soins critiques, favorisant ainsi les regroupements tant sur le plan architectural que fonctionnel, pour permettre la permanence des soins

avec des médecins spécialistes des soins critiques (médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) ou médecins intensivistes réanimateurs (MIR)). Ainsi, les SIP dérogatoires sont des unités isolées dont les ressources ne permettent pas de remplir ces conditions.

La réanimation assure la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance.

Les SI polyvalents (SIP) contigus assurent la prise en charge, au sein d'une unité dédiée, des patients qui sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu leur pronostic vital ou fonctionnel, et pouvant impliquer de façon transitoire le recours à une méthode de suppléance, dans l'attente le cas échéant d'un transfert en réanimation. C'est dans ce cadre, avec la présence sur site d'une réanimation et selon les besoins, que pourront se maintenir ou se constituer des USIP de spécialité, notamment de néphrologie, de gastro-entérologie ou de pneumologie.

Les SI de spécialité ou d'organe (cardiologie, neurovasculaire, hématologie) assurent la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë liée à la pathologie de l'organe de la spécialité concernée.

Concernant la pédiatrie, trois niveaux sont conservés avec la réanimation pédiatrique de recours, la réanimation, les SI. Les patients de moins de 18 ans sont pris en charge dans les unités de soins critiques pédiatriques, mais à titre exceptionnel et de manière temporaire, en l'absence de lits disponibles en soins critiques pédiatriques, les patients à partir de 15 ans peuvent être pris en charge en soins critiques adultes sur le site [..].

Le terme « réanimation pédiatrique de recours » remplace le terme « réanimation pédiatrique spécialisée » du décret de 2006 ; elles prennent en charge les enfants dont « l'affection peut requérir des avis et des soins particuliers, du fait de sa rareté ou sa complexité ». Les réanimations pédiatriques et pédiatriques de recours doivent justifier d'un volume d'activité de 200 et 400 enfants par an respectivement (nouveau-nés exclus).

Ce nouveau périmètre implique d'arbitrer le devenir des USC isolées, non contiguës ou non adossées à une réanimation. Leur bascule comme unité de SIP, même dérogatoire, va imposer un investissement

Concernant la pédiatrie : les modalités sont définies de la façon suivante :

- Réanimation de recours et SIP +/- SI de spécialité.
- Réanimation et SIP +/- SI de spécialité.
- SIP dérogatoires.
- SI d'hématologie.

Les patients de moins de 18 ans sont pris en charge dans les unités de soins critiques pédiatriques. En l'absence de place en soins critiques pédiatriques, les patients âgés de 15 à 18 ans peuvent être pris en charge de façon exceptionnelle et à titre transitoire dans les unités de soins critiques adultes.

matériel, mais aussi soignant. Les deux points critiques sont l'organisation de la permanence médicale des soins et l'insertion de ces unités dans une filière territoriale graduée. L'alternative sera d'évoluer vers les futures unités de soins renforcées, dédiées aux patients stables avec des soins complexes ou lourds exempts des obligations d'un soin critique, que cela soit sur le plan de l'équipement ou d'une permanence médicale des soins. Un autre arbitrage concernera la déclinaison de certaines USIP en SI de spécialité ou d'organe, comme USIP de néphrologie, de gastro-entérologie ou encore de pneumologie. Ces USIP devront disposer d'une réanimation sur site, mais avec la possibilité d'une organisation de la permanence médicale des soins.

L'évolution des équipes soignantes des soins critiques

Le décret fait évoluer les équipes soignantes avec plusieurs avancées. D'abord, il intègre formellement dans les équipes des soins critiques des nouvelles professions comme des psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes... Une fonction de coordinateur de l'unité est clairement identifiée. Ensuite, le décret fait évoluer le cadre paramédical antérieur avec un calcul des ratios d'IDE ou AS sur le nombre de lits ouverts en place du nombre de patients complété par un temps d'adaptation à l'environnement de 8 semaines. Enfin, il impose pour assurer l'activité médicale de jour, la présence d'au moins deux médecins seniors, MAR ou MIR, dans une réanimation ou un plateau de soins critiques.

En revanche, les ratios d'IDE restent inchangés à 2 IDE pour 5 patients en réanimation, bien en deçà de toutes les recommandations nationales ou internationales (les ratios pour les USIP sont ceux des recommandations existantes). Le législateur propose une



évolution vers un ratio d'un IDE pour deux patients sous réserve d'une évaluation qui démontrera dans 18 mois une capacité de formation des IDE suffisante plus la démonstration d'une lourdeur en soins par rapport aux services conventionnels. Comme il est fort peu probable que les difficultés de formation actuellement grevées par un taux d'abandon élevé et qu'une méthode de mesure de la charge en soins soit construite de novo dans le temps imparti, cet arbitrage ne pourra que reposer sur des données factuelles limitées.

Adaptabilité aux besoins des territoires

Le cadre réglementaire ouvre plusieurs leviers permettant d'ajuster l'offre aux fluctuations des besoins des territoires. D'abord la notion de réanimation temporaire avec une réserve sanitaire, et ensuite l'insertion de chaque structure de soins critiques dans des filières territoriales graduées favorisée par des exigences de déploiement du système d'information. Le principe de réanimation temporaire est opérationnel avec l'émergence de plateau de soins critiques, qui combine une unité de réanimation et une de SIP contiguë avec les mêmes conditions d'implantation et de fonctionnement ou d'équipement. Mais aussi avec un plan de flexibilité de l'organisation du capacitaire et des ressources humaines. Ce plan, adossé aux mesures architecturales et fonctionnelles précédentes, a pour but de permettre une adaptation temporelle selon l'activité et les ressources, notamment en cas de surcroît d'activité en réanimation dans un contexte de variation saisonnière ou de situations sanitaires exceptionnelles. Il consiste en la constitution et le maintien des compétences d'une réserve de professionnels de santé, ou « réserve soignante »,

formés pour venir en renfort des équipes de réanimation et de soins intensifs en cas de situation exceptionnelle. La filiarisation territoriale est l'autre levier d'adaptation de l'offre aux besoins de la population. Il est attendu que les plateaux techniques de soins critiques s'inscrivent dans une filière territoriale de soins critiques et participent à sa structuration pour optimiser les parcours de soins, les transferts de patients de soins critiques vers le centre adapté à sa prise en charge et le partage d'une expertise régionale en soins critiques notamment par la télé-santé.

Pour ce faire, outre des obligations de contractualisation, le législateur impose une numérisation minimale des unités de soins critiques avec l'obligation de disposer

d'un dossier numérique patient, des solutions de téléexpertise et d'une interopérabilité minimale avec les systèmes d'information hospitaliers (SIH) comme les Répertoires Opérationnels des Ressources (ROR). Cependant, ce cadre est silencieux sur les modalités d'organisation territoriale, ou comment les liens se construiront entre les établissements. Comment seront articulés les trois déterminants des liens d'un tel réseau et surtout les ressources nécessaires : transfert des patients, circulation de l'information ou de l'expertise ou encore mutualisation régionale des équipes soignantes avec de potentiels exercices en multisites ?

La publication des décrets des soins critiques est une étape clef du chantier de réforme des autorisations. À sa suite vont être produits les cadres réglementaires d'autres structures de soins, comme les unités de soins renforcées, les autorisations de médecine et, non des moindres, le cadre des autorisations des maternités avec ses composantes de néonatalogie, avec encore le renforcement de travail en réseau.

En miroir, ce cadre réglementaire, qui acte une nécessaire filiarisation de ces unités dans un territoire, ne préjuge pas de l'organisation territoriale graduée, de sa régulation et de son animation avec les tutelles régionales ou nationales. Ces éléments devront faire l'objet d'instructions avec leurs cahiers des charges correspondants telles que les définit la « feuille de route soins critiques ». Il n'est pas exclu que ces instructions exploitent pleinement les éléments de flexibilité introduits dans le nouveau statut des praticiens hospitaliers.

Laurent Heyer, administrateur du SNPHARE

Reclassement et autres contentieux : où en sommes-nous ?

Le SNPHARE et son intersyndicale Avenir Hospitalier sont régulièrement contraints de porter des dossiers au contentieux, via la juridiction administrative : tribunal administratif, ou Conseil d'Etat, qui est le « super tribunal administratif » lorsqu'il s'agit de contester des textes réglementaires.

Un recours au Conseil d'État (CE), c'est long : la justice n'a pas la même constante de temps que la médecine. Un délai de 18 mois à 3 ans est la règle pour qu'une décision administrative soit rendue en CE. Durant ce délai, les parties échangent des « mémoires » (argumentaires). Une fois que cette séquence, dite « instruction », est close, une date d'audience est fixée. C'est un gros travail syndical, en collaboration avec les avocats, et donc coûteux : ce sont les cotisations des adhérents qui permettent de réaliser ces actions. Quatre contentieux sont en cours, dont 3 que nous portons via l'intersyndicale APH (et Jeunes Médecins).

Le scandale du reclassement des praticiens hospitaliers restera gravé dans la mémoire de tous les PH. **Pour mémoire, nous contestons la création de deux grilles d'émoluments parallèles**, via le décret du 28 septembre 2020 qui supprime les premiers échelons de la grille sans compensation pour les PH déjà nommés (avant le 1^{er} octobre 2020). Le recours contre le décret a été porté au CE fin novembre 2020 ; un mémoire en défense a été produit – sur injonction du CE, parce que le ministère de la Santé n'avait pas respecté le délai – en juin 2021 auquel nous avons répondu. La date de clôture de l'instruction par le CE serait imminente. **Les recours individuels** que vous avez portés au tribunal administratif seront examinés une fois que le CE se sera prononcé. Si vous recevez de nouveaux arrêtés d'échelon, il faut naturellement les signer, et idéalement les joindre à votre plainte au TA. Ceux qui n'ont pas fait le recours dans les temps à l'hiver 2021 peuvent le faire cette fois-ci. Dans les deux cas, vous disposez d'un délai de 2 mois (procédure sur le site du SNPHARE, alinéa 8 : <https://snphare.fr/fr/blog/posts/pensez-a-faire-votre-recours-au-tribunal-administratif->).

Le contentieux sur le décompte horaire du temps de travail : le travail de la majorité des PH est décompté en demi-journées : c'est dans le statut de PH (le temps continu est une mesure dérogatoire, pour certaines spécialités). La durée de la demi-journée étant mouvante, il n'est pas rare de dépasser la limite légale des « 48 heures maximum, moyennées sur un quadrimestre » (Directive européenne sur le Temps de Travail, 2003), sans que ce dépassement soit intégralement décompté (ex : la garde de 24 h, comptée 4 DJ, ou des journées 8 h – 20 h comptées 2 DJ). **Un arrêt de la cour de justice européenne « arrêt Matzak » enjoint l'ensemble des pays de l'UE à ce que les employeurs tiennent un décompte horaire du temps de travail des salariés.** APH a déposé un recours en 2020 pour application de cet arrêt aux PH, Le Conseil d'État vient il y a quelques jours de rejeter le recours, tout en exprimant l'obligation – déjà existante – pour l'employeur de faire ce décompte horaire ! Nous communiquons

très rapidement sur les suites à donner à ce rejet qui a un goût de victoire.

Le contentieux sur les moyens syndicaux vise à dénoncer la faiblesse de nos moyens, comparativement aux grandes centrales syndicales de la fonction publique hospitalière pour les professionnels non médicaux, ou à des professions « comparables » : directeurs d'hôpitaux, magistrats. Le tant attendu décret sur les moyens syndicaux est décevant, voire insultant sur tous les plans : financement des moyens humains, budget de fonctionnement, locaux, accès aux messageries professionnelles pour la diffusion d'information : la DGOS réprime le dialogue social en limitant nos moyens pour vous représenter et vous défendre. Un recours a été déposé par APH en septembre 2021, ainsi qu'un mémoire en défense du ministère, et le mémoire en réponse d'APH est en voie de finalisation à l'heure où nous écrivons ces lignes.

Enfin, **le contentieux ordinal visant le Pr Maury**, concerne ses propos antidéontologiques, diffusés dans la presse et devant la représentation nationale (commission d'enquête parlementaire), relatifs aux médecins anesthésistes-réanimateurs. Ce contentieux est porté à la fois par le Conseil National Professionnel d'Anesthésie – Réanimation - Médecine Périopératoire et par chacune de ses composantes : les syndicats (SNPHARE, SNARF et SNJAR), la société savante (SFAR) et les enseignants (GNU/CNEAR). La première étape : tentative de conciliation au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, s'est soldée par un échec, le Pr Maury refusant les attendus minimaux de la profession qui permettraient une conciliation. L'affaire a donc été portée au Conseil Régional de l'Ordre des Médecins : intervient alors un magistrat, à qui revient la décision. L'audience a eu lieu le 10 mai 2022 et le délibéré est en attente à l'heure où nous écrivons ces lignes. Fait intéressant et important, le CDOM 75 s'est associé à notre plainte contre le Pr Maury lors de cette séquence régionale.

Nous ne pouvons que déplorer la multiplication des contentieux vis-à-vis des textes officiels parus. C'est une des manifestations, comme les grèves de praticiens, que le dialogue social n'arrive pas à être constructif, faute d'écoute du terrain. Il est de notre mission, pour vous défendre, de faire ces recours, et donc de nous soumettre au temps (long) de la justice... et à des frais d'avocats conséquents, mais nécessaires : nous comptons sur votre soutien !

*Yves Rébufat, SNPHARE,
président exécutif Avenir Hospitalier, APH
Anne Geffroy-Wernet, SNPHARE,
secrétaire générale Avenir Hospitalier, APH*

IADE et pratiques avancées : une réflexion spécifique est nécessaire

Après 30 ans de politique de santé tablant sur la baisse drastique du nombre de médecins pour diminuer les dépenses de santé, la France se trouve confrontée à la multiplication des déserts médicaux qu'elle n'arrive plus à juguler.

Avec un objectif de toujours plus de maîtrise du budget de la sécurité sociale et des dépenses de santé, plusieurs rapports sont commandés pour pallier la pénurie médicale organisée. Sont donc apparus successivement le rapport Berland en 2003, intitulé « *Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences* », repris par la HAS en 2008 « *Délégation, transfert, nouveaux métiers...* » ainsi qu'un article de l'ancien ministre de la Santé, le Dr Olivier Véran, à l'époque où il n'était encore que député de la région Isère sur les déserts médicaux en 2013 intitulé « *Des bacs à sable aux déserts médicaux : construction sociale d'un problème public* ».

C'est dans ce contexte que sort la loi sur la pratique avancée avec l'arrière-pensée qu'entre 3 ans d'études pour les infirmières et 10 ans pour les médecins, il y avait la place pour une profession qui assurerait une part du travail des médecins pour un salaire moindre.

La Loi de 2016 : le principe d'exercice infirmier en pratique avancée (IPA)

L'IPA, agit en toute responsabilité au sein d'une équipe dans un établissement de santé ou en assistance d'un médecin. Dans son activité, hors soins primaires, il peut, dans un domaine d'intervention défini par décret en conseil d'État :

- mener des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage,
- réaliser des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique,
- prescrire des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire.

Lors de l'exercice au sein d'une équipe de soins primaires (médecine générale), le parcours est coordonné par le médecin.

Les décrets d'application qui ont suivi en 2018 sti-



puent que dans son domaine de compétence, l'IPA peut :

- réaliser une consultation avec anamnèse et examen clinique,
- conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage qu'il juge nécessaire,
- adapter les suivis des patients par des actes cliniques et paracliniques en fonction des résultats des examens complémentaires et évaluer les risques liés aux traitements médicamenteux et non médicamenteux,
- prescrire et renouveler certains médicaments et examens biologiques.

Dans ce contexte de chute de la démographie médicale, l'évolution vers la pratique avancée trouve son sens dans les besoins qui manquent cruellement aujourd'hui : la prévention et l'éducation à la santé de chacun d'entre nous, et l'amélioration de l'environnement sanitaire de la dépendance et de la vieillesse.

Le concept d'équipe soignante qui prend en charge le patient dans la continuité de son parcours, le conseille, veille à l'observance des traitements et des règles hygiéno-diététiques, l'accompagne, lui et ses proches, dans les difficultés quotidiennes de la maladie chronique est un concept d'avenir.

Néanmoins, se pose le problème de l'accès direct à l'offre de soins par l'infirmière qui n'a pas encore été mûrement réfléchi et qui, dans l'urgence de la situa-

tion, est envisagé par les législateurs. Les médecins ont pourtant mis en garde les tutelles sur les risques qu'encourent les patients ainsi que les infirmières à vouloir ouvrir un accès aux soins sans passer par la régulation et le diagnostic médical.

Qu'en est-il de l'anesthésie ?

Une première réaction des IADE, voyant l'occasion de faire évoluer leur profession, donne lieu au décret de compétence de 2017 dans lequel ils acquièrent une autonomie d'exercice au sein de la stratégie d'anesthésie plutôt que dans un protocole, et peuvent pratiquer l'anesthésie plus que l'appliquer.

Ces évolutions, portées par les syndicats représentatifs des IADE accompagnés du SNPHARE entre autres, donnent – à l'intérieur du décret de 1994 dit « décret sécurité en anesthésie » – une autonomie d'exercice protégée par la responsabilité du médecin anesthésiste réanimateur, qui ne se voit dans aucune autre spécialité infirmière.

Dans ce décret « sécurité » modifié en 2005, les termes de « contrôle exclusif » par un médecin anesthésiste réanimateur donne au binôme IADE-MAR la force qui les unit en empêchant les médecins n'ayant pas de compétence en anesthésie d'exiger de l'IADE un geste, une prescription ou une programmation sans son accord.

Acculé par la crise sanitaire Covid-19, qui met à mal un système de santé déjà très fragilisé dans son ensemble, le ministre de la Santé pense avoir une solution rapide et décide, avec un agenda très court, de passer tous les auxiliaires médicaux dans le dispositif de pratique avancée, de l'orthoptiste au kinésithérapeute en passant par l'infirmière pour enfin arriver à l'infirmière spécialisée que sont les IADE, les IBODE et les infirmières puéricultrices. Pour ce faire, le ministre commande un rapport à l'Inspection Générale des Affaires Sociales avec une lettre de mission très dirigée pour trouver comment faire entrer les IADE dans la pratique avancée.

Ce rapport IGAS, que nous ne commenterons pas dans cet article tant il a mis le feu aux poudres dans la profession, est un copier-coller des recommandations du **conseil international des infirmières** qui exerce un lobbying énorme auprès des tutelles européennes sans s'attacher aux conditions très différentes d'accès aux soins de chaque pays, ni même aux spécificités des exercices infirmiers. Aujourd'hui, si les IADE réagissent brutalement au dispositif de

pratique avancée, c'est parce qu'ils voient une évolution réglementaire qui donne des prérogatives à des infirmiers qui n'ont pas les mêmes exigences de formation qu'eux. Ils refusent qu'à niveau de formation différent, les compétences et les responsabilités soient identiques. C'est pourquoi l'IGAS avait pour mission de travailler avec le ministère de l'Enseignement Supérieur afin d'uniformiser la formation entre tous les IPA.

Malheureusement, l'universitarisation de la formation des IADE porte en elle beaucoup d'écueils, notamment d'accès à la formation et d'absence de stage professionnalisant qui sont des points d'achoppement pour eux.

Après cette annonce dans un temps contraint par la fin de mandat du ministre de la Santé, le SNPHARE en accord avec le CNP d'anesthésie réanimation médecine périopératoire dépose un préavis de grève afin d'exiger que les décrets de compétence de 2017 et de sécurité de 1994 soient respectés dans les futurs décrets d'application de la loi.

Après avoir obtenu cette assurance que la sécurité des soins ne soit pas dévoyée à la sacro-sainte activité des hôpitaux et au fonctionnement des blocs opératoires dans les petits hôpitaux de proximité des déserts médicaux, les MAR et les IADE ont été « invités » à se concerter au cours de 4 réunions en présence de l'IGAS, de la Direction Générale de l'Offre de Soins et de l'Inspection Générale de l'Enseignement Supérieur. Quatre petites réunions (3 en visio et une en présentiel grâce à l'insistance du SNPHARE), sur l'uniformisation des études essentiellement, ont été organisées par l'IGAS et menées à marche forcée.

Reprise des discussions entre IADE et MAR

Excédés par le manque de discussion sur les sujets qui fâchent, IADE et MAR ont décidé de se rencontrer entre la 3^e et la 4^e réunion de concertation pour éclaircir les volontés de chacun, et trouver un moyen d'avancer et de ne pas se faire imposer les décisions qui bouleversent notre profession par des législateurs qui ont montré leur méconnaissance en la matière.

Le discours est clair : les IADE ont besoin de faire évoluer leur profession parallèlement aux autres



professions d'auxiliaires médicaux de peur de perdre en attractivité.

Cependant, la Loi ne prévoit pas qu'ils puissent garder leurs 4 domaines de compétences et l'universitarisation de leur diplôme leur fait perdre la formation professionnalisante.

Par ailleurs, les décrets d'application listent une série d'actes et non une liste de missions. Si les infirmiers de pratique avancée se sentent plus ou moins à l'aise dans ces listes déterminées, les IADE, eux, sont habitués à une certaine liberté d'action dans leur exercice.

Les MAR quant à eux :

- Ne sont pas d'accord pour laisser la responsabilité de la complication périopératoire à l'IADE seul, car il est inconcevable d'être appelé en catastrophe dans une des X salles qu'ils seront amenés à « superviser ».
- Ne sont pas d'accord non plus pour attendre une législation basée sur la jurisprudence qui déterminerait à partir de combien de minutes on estime que la non-intervention du MAR est considérée comme une non-assistance à personne en danger.
- N'acceptent pas que le nombre des années d'études du Diplôme d'études supérieures d'anesthésie-réanimation médecine péri-opératoire sanctionnées par deux concours, un

contrôle continu, une thèse, un mémoire et 10 semestres de stage à temps plein à l'hôpital ne soient pas considérées comme une plus-value dans le parcours anesthésique d'un patient et que l'on oublie, à la faveur de considérations financières, la masse de connaissances médicales qu'il faut mobiliser, et ce parfois très rapidement autour d'un seul et même patient.

Les décrets de 2018 donnent aux infirmiers anesthésistes des prérogatives qui ne peuvent pas rentrer telles quelles dans l'exercice de leurs missions. **Alors finalement, une fois la pratique avancée reconnue par un chapitre consacré aux infirmiers anesthésistes et à eux seuls dans le Code de la santé publique, viendra le temps des discussions sur les compétences des IADE par l'intermédiaire de leur référentiel métier et de leur maquette de formation.**

Et plutôt que de copier un modèle nord-américain dont personne n'est convaincu de la qualité et qui est source de conflits incessants et délétères entre les infirmiers et les médecins, avant de décréter qu'il est meilleur que celui que l'on pourrait construire ensemble alors qu'il n'existe nulle part ailleurs, la raison voudrait, comme ont su le faire d'autres spécialités, que les professionnels se mettent autour d'une table pour faire évoluer, les uns et les autres, leur métier dans le respect qui leur est dû.

Emmanuelle Durand, Présidente du SNPHARE

Focus sur le Conseil National Professionnel d'Anesthésie-Réanimation et Médecine péri-opératoire (CNP ARMPO)

Le CNP ARMPO est l'organe national et institutionnel de représentation de la spécialité anesthésie-réanimation médecine péri-opératoire. Il associe les différentes composantes scientifiques, syndicales et universitaires de la spécialité. PHARE a interrogé le Pr Pierre Albaladejo, président sortant du CNP ARMPO et président de la SFAR, et le Dr Laurent Delaunay, président actuel du CNP ARMPO et membre du conseil d'administration du SNARF et de la SFAR, sur les travaux passés et en cours.

PHARE : Vous avez pris la présidence du CNP au nom de la SFAR en juin 2021. En quoi la crise COVID a-t-elle renforcé l'anesthésie-réanimation et modifié ses relations avec les MIR ?



Pierre Albaladejo : Pendant la COVID, les propositions et les recommandations ne pouvaient émaner que des sociétés savantes représentant ceux qui étaient sur le terrain, c'est-à-dire la SFAR et la SRLF.

Sur le terrain, la situation était plus complexe. Le seul fait que les capacités

normales des réanimations soient dépassées nous a obligés à une forme de coopération en fonction des situations. La création des réanimations éphémères était nécessaire du fait de la conjoncture, mais a pu poser des difficultés de mise en place et de partage des compétences.

Le principe de réalité nous a obligés à prendre la main sur les tutelles et ainsi la prise en charge a dû être évaluée par les deux sociétés savantes, SFAR et SRLF (par exemple la gestion des médicaments et les recommandations sur la prise en charge des patients COVID).

PHARE : La réforme des autorisations de soins a récemment abouti dans plusieurs filières et très récemment en soins critiques. Les demandes du CNP ont-elles toutes été suivies ? Quelles sont les « victoires », quelles sont les déceptions ?

Pierre Albaladejo : Concernant les demandes exprimées par les CNP, nous nous sommes surtout concentrés sur l'intégration des leçons tirées des réa COVID dans le décret des soins critiques. La première concernait le personnel paramédical - un IDE pour deux patients. Ça a été notre principale revendication pour les MAR et MIR. Cela n'a pas encore pu aboutir du fait de la pénurie de personnel. On a cherché à temporer en faisant déjà reconnaître ces IDE comme des IDE « spécialisés » en réanimation en imposant une formation (Formation d'Adaptation à l'Emploi - FAE) en réanimation.

« Le CNP permet d'avoir une vision à 360° de la spécialité et de comprendre les préoccupations de chacune de ses composantes. »

La revendication d'améliorer les ratios IDE en soins critiques, d'étendre les plateaux de soins critiques en cas de situation sanitaire exceptionnelle, d'améliorer la formation en réanimation et de pouvoir encadrer les paramédicaux en soins critiques a été entendue.

Effectivement, on n'a pas obtenu le ratio d'un IDE pour deux patients, mais on a obtenu qu'il soit écrit que c'était l'objectif principal. Cela nous permet d'envisager la formation des IDE puisque c'est écrit dans le décret.

Concernant les victoires, on a pu structurer les plateaux de soins critiques en imposant des règles de fonctionnement et d'équipement, et de besoins en personnel paramédical. On a également réussi à inclure les kinésithérapeutes et les psychologues dans les équipes de réanimation.

Pour les déceptions, c'est de ne pas avoir obtenu plus en termes de ratio IDE/patients. Concernant la feuille de route des soins critiques proposée par les tutelles, nous sommes déçus que les plateaux techniques, blocs opératoires, salles de déchochage, urgences ne soient pas cités.

Dans une ambiance d'attentat, de guerre en Europe, il était important de mettre en relation les filières de traumatologie, de périnatalogie, mais les tutelles n'ont pas souhaité en tenir compte et donc rien n'apparaît dans la feuille de route des soins critiques.

PHARE : Comment avez-vous géré la problématique de la pratique avancée des IADE ? Comment avez-vous permis que le CNP parle d'une seule voix sur ce sujet aux différentes instances (parlementaires, cabinet du ministre et ministre, inspecteur IGAS missionné) ?

Pierre Albaladejo : Les revendications des IADE sont légitimes. Le problème résidait dans l'écriture de la loi de 2016 sur la pratique avancée qui posait clairement le transfert de responsabilité. Cela a été refusé par l'ensemble de notre profession (syndicat, SFAR, enseignants). C'est à partir de cette position commune que le CNP a pu imposer sa ligne de défense, plébiscitée par tous, à savoir la sanctuarisation de l'acte d'anesthésie, de la consultation jusqu'aux soins de suite postopératoires, comme étant un acte strictement médical.

Lorsque le ministre de la Santé a imposé de faire entrer les IADE en pratique avancée, le SNPHARE a déposé un préavis de grève pour le 2 février 2022, contre la démedicalisation de l'anesthésie. Nous avons pu ainsi obtenir un engagement écrit de la part du ministère indiquant clairement que l'intégration des IADE dans le statut de pratique avancée devait respecter le décret de 1994 et le référentiel sur les IADE de 2017. C'est ce qui a permis aux discussions de démarrer.

Par la suite, les discussions se sont déroulées avec l'IGAS et l'inspection générale de l'enseignement et de recherche (IGERS).

PHARE : Quelle est votre perception du CNP en tant que membre de la SFAR ? Comment faire la promotion du CNP, encore mal connu des anesthésistes-réanimateurs ?

Pierre Albaladejo : Le CNP permet d'avoir une vision à 360° de la spécialité et de comprendre les préoccupations de chacune de ses composantes. Il est vrai que le rôle du CNP est encore peu connu des médecins anesthésistes-réanimateurs, mais il faut du temps. Chaque composante du CNP doit

en faire la promotion et relayer ses informations auprès de leurs membres.

Le CNP ARMPO est arrivé à un degré de maturité qui lui permet de porter sa voix auprès des tutelles, et c'est le CNP qui est maintenant sollicité par les tutelles.

La SFAR retrouve son rôle principal de promotion de l'AR, la formation et la recherche, et les questions professionnelles continuent à être partagées avec les syndicats.

PHARE : Vous venez de prendre la présidence du CNP au titre du SNARF. Avec le dossier de la pratique avancée des IADE, quels sont les chantiers en cours ?



Laurent Delaunay : Un petit mot sur la pratique avancée des IADE pour dire que sous la présidence de Pierre Albaladejo, nous avons déjà bien avancé sur ce sujet. Nous avons trouvé un consensus de la part de tous les intervenants du CNP,

HU, PH et libéraux. Nous reconnaissons que les IADE peuvent être considéré(e)s comme étant en pratique avancée, mais à la condition de rester dans le cadre du décret de sécurité de l'anesthésie et du décret de compétences des IADE de 2017. L'objectif est de sanctuariser l'aspect médical de la pratique de l'anesthésie de la consultation préopératoire à la salle de surveillance post-interventionnelle. Si ces discussions ont permis une avancée sur le statut des IADE, elles n'ont pas permis, pour l'instant, d'aboutir à un texte consensuel avec le ministère.

Concernant les autres chantiers, la refonte des soins critiques est en cours. Nous avons rappelé à plusieurs reprises que les MAR étaient des acteurs incontournables de la filière de soins critiques, comme l'avait bien montré la gestion de la pandémie. Une feuille de route a été proposée aux sociétés savantes impliquées (CNP ARMPO et CNP MIR). Nous avons fait plusieurs propositions d'amendements et nous attendons le retour du ministère.

Parmi les nouveaux dossiers, il y a celui « des soins renforcés ». Ce concept est récent. Il sert à reconnaître une prise en charge infirmière lourde sur certains patients en postopératoire, hors soins continus et réanimation. Cela peut concerner les établissements qui n'ont pas de présence médicale 24h/24,

mais qui font de la chirurgie lourde en cancérologie par exemple. Cela pourrait aussi avoir un intérêt pour les salles de réveil fonctionnant 24h/24, mais qui n'ont pas de reconnaissance spécifique actuellement. Cependant, nous sommes plus dubitatifs sur ce que semble être la vision des tutelles sur ce sujet. Nous craignons que ces soins renforcés soient une façon pour eux de « dégrader » des soins continus dans les établissements non adossés à une « vraie » réanimation.

« Le CNP est un porte-voix et permet de coordonner toutes les composantes de la discipline. »

Un autre chantier en cours concerne les maisons de naissance et les accouchements à domicile. Il y a une volonté d'avancer sur ce sujet à la demande d'une partie de la population. Les différentes spécialités concernées par ces situations (gynéco-obstétriciens, MAR, pédiatres, urgentistes) ont été sollicitées. En pratique, il faut distinguer les maisons de naissance des accouchements à domicile. Pour les maisons de naissance, les discussions avancent. La demande principale des MAR est que ces maisons de naissance soient bien adossées à une vraie maternité. A priori, ce concept est bien acté sur le fond, mais reste à préciser la notion géographique du terme « adossée » (contigu, site commun ?).

L'accouchement à domicile est un sujet plus problématique, car nous n'y sommes pas favorables, et c'est un euphémisme ! C'est le Dr Anne Wernet qui représente le CNP ARMPO sur cette question avec les représentants du Club Anesthésie Réanimation en Obstétrique (CARO).

La question du maintien à tout prix d'hôpitaux de proximité sous la pression d'élus locaux est également sur la table. Le CNP ARMPO va rappeler que l'offre de soins à nos concitoyens doit répondre à l'exigence de qualité et de sécurité sur l'ensemble du territoire.

Un autre sujet très important concerne la médecine péri-opératoire qui, avec l'anesthésie et la réanimation, est la 3^{ème} composante de notre spécialité. C'est un enjeu important. Les différents décrets encadrant notre spécialité, les évolutions techniques et pharmacologiques, la publication de recommandations scientifiquement solides ont permis de réduire d'un facteur 10 la mortalité liée à l'anesthésie. Si les MAR se sont emparés de la réflexion sur l'optimisation préopératoire avec la Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC), il nous paraît indispensable de

développer notre implication sur le postopératoire afin de continuer à progresser sur la prise en charge globale de nos patients.

Une autre piste de travail concerne les MAR qui souhaitent diversifier leur activité notamment dans deux domaines en particulier, la douleur chronique et les pathologies du sommeil. En ce qui concerne la douleur chronique, certains collègues se sont vu refuser l'ouverture d'un service de consultation douleur par le Conseil de l'Ordre. Il faut rappeler que la prise en charge de la douleur fait partie du cœur de métier de l'anesthésie réanimation. Elle est d'ailleurs inscrite dans la maquette du DES. Un courrier a été adressé au CNOM pour le rappeler. D'autre part, il est prévu de faire évoluer la maquette du DES pour lever toute ambiguïté sur ce sujet. En ce qui concerne les pathologies du sommeil, le sujet est plus complexe, car il sort du champ strict de l'anesthésie-réanimation. Le CNP ARMPO s'est positionné sur ce sujet en 2019 en demandant aux MAR, souhaitant mettre en place cette activité, de valider une formation universitaire labellisée par la SFRMS (Société Française de Recherche et Médecine du Sommeil).

PHARE : Le CNP allie l'ensemble des composantes de la spécialité : syndicats, société savante, enseignants. Quelle est la perception du CNP par le SNARF ?

Laurent Delaunay : La vision du SNARF sur le CNP est la possibilité d'amplifier la voix de la discipline. On l'a bien vu avec les discussions sur les IADE, après des discussions transversales, nous avons discuté d'une seule voix auprès des tutelles. Je pense que c'est un plus indéniable. Le CNP est un porte-voix et permet de coordonner toutes les composantes de la discipline.

PHARE : Le CNP a intégré les anesthésistes-réanimateurs militaires à une place particulière. Dans quel but ?

Laurent Delaunay : Le concept du CNP est d'être représentatif de l'ensemble de la spécialité. Les spécificités de la pratique des anesthésistes réanimateurs militaires ont été très utiles dans le cadre de la pandémie récente. Les militaires ont une expérience et des compétences particulières face à des situations à gérer dans l'urgence comportant un afflux de patients. Au sein du CNP nous avons un médecin militaire invité permanent, qui n'a pas de possibilité de vote, mais qui participe aux discussions.

Propos recueillis par Christiane Mura

Unification du statut de praticien hospitalier : une amélioration de l'attractivité ou une accélération de la privatisation du service public hospitalier ?

L'amendement du statut de praticien hospitalier (PH), issu de la fusion des statuts temps plein et temps partiel, fixant une modulation du temps de travail contractuel, dit quotité, entre 50 % et 100 %, est entré en vigueur le 7 février 2022, par la publication d'une salve de décrets du 5 février 2022.

La finalité de cette évolution a été définie par l'article 13 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 « relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ». Ce dispositif a ensuite été complété par l'ordonnance n° 2021-292 du 17 mars 2021 « visant à favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières », instituée par les accords Ségur de la santé de 2020.

Concrètement, par cette fusion des deux statuts, l'exercice exclusif du PH en établissement de santé ne l'autorise à intervenir dans un autre établissement public que par la voie de convention interhospitalière, et, si besoin, par l'augmentation de sa quotité de travail.

Cependant, cette pratique ne peut être exercée qu'en qualité de PH. Du reste, cette révision encadre l'activité d'intérêt général, les activités non cliniques, dites valences, et ajoute des dispositions en matière de positions statutaires. Le volet majeur concerne la création d'un statut unique de PH avec une quotité variable de cinq à neuf demi-journées dans le cas d'une pratique à temps partiel, et de dix demi-journées dans celui d'une pratique à temps plein (C. santé, art. R. 6152-26).

Cette révision viserait, selon le ministre de la Santé et la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), à résorber le manque d'attractivité des carrières médicales en octroyant « plus de souplesse dans la gestion des carrières et du temps de travail des praticiens ». Elle met l'accent sur la diversification des activités des PH et l'assouplissement du régime de cumul d'activités, en admettant l'exercice d'une activité en dehors de l'établissement, et en facilitant la mixité des exercices au sein de plusieurs structures, tout en permettant une alternance entre ville et hôpital.

« Le dispositif de non-concurrence risque de précipiter les jeunes praticiens vers d'autres modes d'exercice hors de l'hôpital. »

Toutefois, les représentants des professionnels de santé pointent deux niveaux de critiques se rapportant à la structure et aux processus impliqués, comme aux conséquences sur les praticiens, leur pratique, et l'évolution de l'attractivité des services publics :

- En effet, d'une part, le décret (C. santé, art. R. 6152-26-1) dispose que la quotité du temps de travail d'un PH est comprise entre 50 % et 100 %. Toute modification de quotité (en particulier le retour à 100 %) est encadrée par une procédure complexe, qui n'est modifiable qu'une fois par an, sauf situation exceptionnelle, et pouvant, en plus, être soumise à un refus motivé par le directeur de l'hôpital. Néanmoins, certains cas peuvent faire l'objet d'une demande de droit de changement de quotité, tel que la situation familiale (congé parental, handicap, etc.) ou personnelle (recherche, études). En réalité, ce mode de fonctionnement assujettit l'organisation au sein des services à la direction, dont les décisions sont d'ordinaire conditionnées par une vision budgétaire globale, méconnaissant la spécificité de chacun des services concernés.
- D'autre part, les représentants des professionnels de santé soulèvent les conséquences multiples contre-productives. En premier émerge la difficulté du maintien d'une cohésion d'équipe avec des praticiens partageant dorénavant leur temps de travail entre l'hôpital et l'extérieur. Le dispositif de non-concurrence risque surtout de précipiter les jeunes praticiens vers d'autres modes d'exer-



cice hors de l'hôpital. Ensuite, surgit le risque d'exclusion des représentants des professionnels de santé ainsi que des partenaires sociaux de la gouvernance, ce qui favoriserait l'individualisme du PH et la cogestion directe du quantum de ses demi-journées avec l'administration.

Ces conséquences ne coïncident donc pas avec l'objectif énoncé par la réforme. D'autant plus que le départ des médecins ainsi que celui des soignants s'accroissent considérablement depuis le Ségur. En outre, ce mode de fonctionnement augmenterait le risque de conflits d'intérêts entre la pratique privée et publique du PH au sein du service, privilégiant une inégalité d'accès aux soins conditionnée par les revenus du patient. Ces antagonismes mettent également en péril la continuité du service, ainsi que la qualité et la sécurité des soins.

Le malaise hospitalier, qui demeure extrêmement profond et qui ne cesse de se dégrader face à la panne d'attractivité et à la pénurie d'effectifs médicaux et paramédicaux, nécessite un « choc d'attractivité » tangible. Celui-ci imposerait de restituer les quatre ans d'ancienneté aux PH nommés avant le 1^{er} octobre 2020, et de redéfinir le temps de travail d'une demi-journée. La comptabilisation des 24 heures en 5 demi-journées reconnaîtrait la durée de travail réelle des PH, et en serait la meilleure illustration.

« Ce mode de fonctionnement augmenterait le risque de conflits d'intérêts entre la pratique privée et publique du PH au sein du service, privilégiant une inégalité d'accès aux soins conditionnée par les revenus du patient. »

Au surplus, cette réforme n'aborde toujours pas les gardes et les astreintes, point crucial des services publics de santé. Un angle qui améliorerait considérablement la valorisation du travail de nuit et des jours fériés, en reconnaissant un seuil de pénibilité au-delà de 30 gardes et astreintes déplacées par an. Des mesures qui favoriseraient l'investissement et la fidélisation des PH au sein de leur service.

Enfin, ces mesures devraient être accompagnées d'une concertation avec les représentants des soi-

gnants pour une « réelle démocratie » dans la gouvernance hospitalière, ainsi que d'un processus de suivi et d'évaluation de l'ensemble de la réforme.

La prise en compte de la position des professionnels de santé et des partenaires sociaux, y compris le SNPHARE, améliorerait l'attractivité des établissements publics, et éviterait que cette réforme ne vise la rentabilité du service hospitalier au détriment du service public à travers une privatisation du système de santé.

TROIS SITUATIONS PARTICULIÈRES

Trois situations particulières PH en activité réduite, à temps partiel ou détaché, nécessitent impérativement une démarche avant l'expiration des délais précédents du 6 février 2023, car tous les PH en poste relèvent du statut unique introduit depuis de l'entrée en vigueur les décrets au 6 février 2022.

1 - PH à temps plein en activité réduite. Ils conservent de droit le retour au plein temps, uniquement, les PH qui bénéficient d'une activité réduite, à la place de l'octroi d'un congé parental ou pour donner des soins à son conjoint, à un enfant à charge ou à un ascendant, atteint d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne ou victime d'un accident ou d'une maladie grave, sous la condition impérative de la présentation d'une simple demande avant le 6 janvier 2023, et pour la recherche et les études avant le 6 décembre 2022. Dès à présent, toute demande de retour à la quotité initiale, après une période de six mois, doit être présentée un mois avant pour les situations familiales et deux mois pour la recherche et les études.

2 - Ancien PH à temps partiel. Il conserve son droit à exercer dans les mêmes conditions jusqu'à la cessation de ses fonctions en cours et jusqu'au terme prévu par son contrat. Il réintègre le statut unique en cas de modification de sa quotité

3 - PH détaché sur un contrat de clinicien. À l'expiration de son détachement, il est réintégré dans son poste de droit si la durée de détachement est inférieure à six mois, ou à un an si le détachement est d'office (C. santé publique, art. 6152-51). Dans les autres cas, il réintègre son poste s'il est toujours vacant ou un autre poste dans la même discipline, et en l'absence de poste disponible il est placé en disponibilité d'office.

Georges Estephan, administrateur du SNPHARE

Fermeture des Urgences : un été sous tension

Nous n'avons cessé d'alerter les Français et notre ministre de la Santé sur la situation critique des services d'urgences de notre pays. Cela fait plusieurs mois que nous parlons « d'épidémie de fermeture de structures d'urgences ». Fin mai, plus de 120 services d'urgences sur 600 ont fermé leurs portes soit complètement, soit partiellement.

Les difficultés concernent l'ensemble des urgences du territoire et le constat est toujours le même : le personnel manque et certains services sont obligés de fermer des plages horaires.

C'est le cas, par exemple, au CHU de Bordeaux, qui a annoncé le 18 mai dernier la fermeture la nuit d'un de ses deux services d'urgences. À travers toute la France, ce sont 14 CHU qui sont en grande difficulté : Amiens, Angers, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lyon, Metz-Thionville, Nice, Orléans, Reims, Rennes et Strasbourg. Les hôpitaux de proximité ne sont pas épargnés, comme à Chinon, Sélestat, Mâcon ou Valence.

Ces fermetures ne cessent d'augmenter sur l'ensemble du territoire, et touchent aussi bien les Centres Hospitaliers Universitaires que les petites structures.

« Cette épidémie de fermeture est une crise sanitaire majeure, structurelle et profonde. »

L'été promet d'être très chaud pour tous les patients car, à n'en pas douter, cette épidémie de fermeture ne va pas s'arrêter spontanément. Il s'agit d'une crise sanitaire majeure sans précédent, structurelle et profonde, qui touche tous les Hôpitaux, mais également la médecine de ville.

Le système de Santé est au bord de l'effondrement.

Nous n'avons cessé d'informer et d'alerter sur le fait que de nombreux médecins et personnels paramédicaux ont quitté l'hôpital depuis plus d'un an. Attention, le mouvement semble s'accélérer. Ils sont davantage épuisés par les défail-

lances structurelles chroniques de l'Hôpital que par la pandémie COVID. Beaucoup de collègues urgentistes et de soignants partent, laminés par des conditions de travail insoutenables et par une mise en danger inacceptable des patients.

Ils n'ont pas été suffisamment écoutés et soutenus par les tutelles, malheureusement, pas à la hauteur de leur investissement. Les équipes médicales et paramédicales sont sous-dimensionnées et basculent dans une situation précaire et dégradée, face à une activité qui ne cesse d'augmenter : plus de 50 millions de patients pris en charge par les SAMU et les SAU chaque année.

« Après des petites structures, les fermetures touchent aussi désormais de grands CHU. »

Les fermetures de SAU ou de lignes de SMUR se multiplient depuis l'été 2021, au grand dam de la population et de beaucoup d'élus locaux, ce qui entraîne des difficultés majeures de prises en charge des patients dans toutes les filières de soins.

L'offre de soins sur tout le territoire est dégradée. Tous les services de soins de l'Hôpital sont touchés, le départ de nombreux médecins de toutes spécialités confondues et d'infirmières a entraîné une réduction de lits significative, avec des services entiers qui disparaissent.

Le pourcentage de fermeture de lits est estimé à plus de 20 % dans certains établissements.

Quand on est dans une structure où les ressources humaines ont diminué, il y a une cascade de conséquences. Le travail se reporte sur d'autres



soignants, qui dépassent de manière chronique leurs obligations de services. Ils s'épuisent et s'en vont à leur tour. Certains changent de métier ou de pays.

Le recours à des intérimaires ne fonctionne pas non plus, on voit bien que cela ne permet pas de couvrir les besoins nécessaires au fonctionnement des services.

Les soins critiques sont également impactés, il y a moins de lits en réanimation, dans les USIC et les USINV. Les patients de soins critiques sont difficilement transférés en médecine, faute à un capacitaire réduit. Les patients les plus graves des SAU peinent à avoir un lit en soins critiques.

« Le départ de nombreux médecins de toutes spécialités confondues et d'infirmières a entraîné une réduction de lits significative, avec des services entiers qui disparaissent. »

De nombreux patients sont hospitalisés pendant plusieurs jours dans les couloirs des SAU. Chaque matin, il reste entre 10 et 70 patients dans les couloirs de chaque SAU.

La situation est grave et dangereuse, le temps est à l'action immédiate et globale.

Les médecins et les soignants ont besoin de perspectives. Toute inertie de décision est jugée coupable. Sans actions d'urgence, désabusés, ils partiront les uns après les autres. Dès lors, l'Hôpital ressemblera plus à l'Hospice qu'à un établissement de soins moderne. La crise est profonde, les moyens doivent être adaptés et conséquents.

Anouar Ben Hellal, Secrétaire général adjoint du SNPHARE

Les propositions du SNPHARE pour les urgences sont connues de longue date

La mission « flash » confiée au Dr François Braun est une mission de courte durée qui prétend trouver en quelques semaines des solutions à des problèmes connus depuis trop longtemps, et sur lesquels beaucoup d'experts se sont déjà penchés ces 5 dernières années. Le SNPHARE a des propositions à mettre en place immédiatement car, pour beaucoup d'entre elles, tout le monde les connaît déjà.

AMÉLIORATION DE LA RECONNAISSANCE DU TRAVAIL

1. Revalorisation massive et immédiate du **travail de nuit** pour l'ensemble des soignants.
2. Revalorisation massive et immédiate de la **permanence des soins** pour l'ensemble des soignants.
3. Revalorisation massive et immédiate des salaires, et en particulier des praticiens hospitaliers « stock » qui se sont vus spoliés de **4 ans d'ancienneté** lors du Ségur de la santé.
4. Prise en compte de la **pénibilité** du travail de nuit et de la permanence des soins dans le déroulé des carrières et la retraite.
5. Congés **formation** sanctuarisés : 15 j pour un médecin TP (sans impact sur le TNC contractualisé).
6. Représentants soignants et médecins avec **pouvoir décisionnel** au sein des instances ARS/CME/Conseils de surveillance.

AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ, DE L'ORGANISATION ET DE LA VALORISATION DES SOINS

AMONT

7. **Réorientation** par l'IOA des patients ambulatoires à partir des urgences (avec l'aide de logiciels ou non) avec convention territoriale : centres de soins non programmés, maisons de santé, SOS-Médecins et les CPTS.
8. Valorisation de l'ouverture de **créneaux de soins non programmés** en MG/CPTS.
9. Développement de la téléconsultation/télérégulation en **EHPAD** associé à des **effecteurs mobiles** médicaux et paramédicaux de territoires : convention territoriale Médecins généralistes, CPTS, etc.
10. Mise en place de **ratios patients/soignants** minimums afin de réduire la charge en soins et redonner du sens aux métiers.
11. **Rattrapage des effectifs soignants**, assistants de régulation médicale et ambulanciers.
12. Adapter la **tarification à la prise en charge qualitative** des patients ainsi qu'à la charge en soins.
13. Généralisation des bed managers 24h/24, 7j/7 dans tous les hôpitaux afin de décharger les médecins urgentistes de cette tâche, avec extension de cette gestion sur le GHT afin d'**optimiser la gestion des lits** sur un territoire.
14. Généralisation dans tous les hôpitaux d'un système de gestion des lits permettant l'**accueil systématique des patients provenant des services d'urgences** (i.e généralisation du besoin minimal en lits journaliers).
15. Généralisation dans tous les hôpitaux d'un système de gestion des lits permettant l'**accueil systématique des patients provenant directement de leur domicile**.

AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ, DE L'ORGANISATION ET DE LA VALORISATION DES SOINS

AVAL

16. **Filiarisation** des prises en charge sur le modèle de la cardiologie et de la neurologie pour d'autres spécialités en lien avec les structures de soin existantes.
17. **Lits réservés/libérés** prioritairement au sein des services de spécialité pour admissions directes (jusqu'à 18h00 en jour ouvré), en particulier les lundis et vendredis +++ (pics prévisibles du week-end et du début de semaine).
18. Lits réservés au non programmé = lits de médecine polyvalente +++ **avec adéquation du % moyen d'hospitalisations quotidiennes** à partir des urgences (toujours prévisibles) avec le capacitaire de l'hôpital.
19. Augmentation du capacitaire lundi et vendredi (pics d'affluence connus) et retour de fériés/périodes de congés : création de **services post-urgences à géométrie variable**.

MISE EN ŒUVRE D'ORGANISATIONS TRANSITOIRES POUR L'ÉTÉ 2022

20. **Inviter les médecins** hospitaliers non urgentistes à participer à la permanence des soins de début de soirée au sein des SAU de leurs établissements et rémunérer l'effort d'entraide de façon attractive, notamment dans les structures où se posent la question du choix entre une ligne de SMUR et une ligne de SAU.
21. Incitation/réquisition par les ARS des **transporteurs privés** afin de permettre les retours à domicile ou en structure d'hébergement des patients ne pouvant rentrer seuls mais ne nécessitant pas non plus d'être hospitalisés
22. Coordination SAU et hospitalisation **public/privé** sur un même territoire afin d'optimiser l'offre de soins et permettre les transferts des patients.
23. Si une structure d'urgence ne peut faire autrement que de fermer, transférer l'activité des équipes restantes sur les structures ouvertes afin de soulager ces dernières.
24. S'il faut choisir entre maintenir une ligne de SMUR ouverte ou maintenir un SAU ouvert, ne pas être dogmatique et s'adapter aux conditions locales (offre et demande de soins) en cherchant avant tout à ne mettre en danger ni les usagers ni les professionnels de santé.

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>

Les urgences : ce qu'en pensent les praticiens hospitaliers

Aux urgences d'Annecy, l'installation dans de nouveaux locaux il y a 3 mois a été l'occasion de repenser la prise en charge des patients. Cette réorganisation plutôt bien pensée se fracasse sur les problèmes de fond des soins non programmés. Entre un afflux croissant de malades et une pénurie de lits d'hospitalisation, les symptômes aigus de cette crise chronique se manifestent particulièrement à un endroit très observé : LA ZONE DE SURVEILLANCE. Le SNPHARE a recueilli les explications et les craintes de trois PH urgentistes.

Aurélia*, PH aux urgences d'Annecy

Alors ces nouveaux bâtiments, ça change la vie ?

Quand on repasse par les anciennes urgences, on se demande comment on a pu travailler dans des locaux si exigus et sombres. Ici c'est grand, neuf et très lumineux. Ça change quand même un peu les choses. Mais ça pourrait aussi donner l'impression aux patients que le service est tranquille, loin d'être débordé. Or, on est débordés, ça n'a pas changé.

Quel est le problème ?

Notre organisation du travail doit s'adapter à cette situation : nous sommes un entonnoir qui reçoit beaucoup à l'entrée et qui débite très peu à la sortie. Les patients restent aux urgences beaucoup plus longtemps qu'il le faudrait. Pendant ce temps-là, on doit prendre en charge leurs problèmes médicaux (notamment les problèmes qui relèvent de la phase d'après les urgences, du temps de l'hospitalisation). On s'occupera aussi de leurs besoins en soins, du nursing (les laver, les amener aux toilettes, refaire leur pansement, donner leur traitement habituel, vérifier leur glycémie...) et bien sûr de l'hôtellerie (les faire manger et les installer pour la nuit, si on peut dire). Dans une séquence de passage « normal » aux urgences, on ne devrait pas avoir toutes ces tâches à réaliser.

De ce fait, accaparés par l'hôtellerie et les soins de nursing, les personnels paramédicaux ne sont plus disponibles pour les soins d'urgences, pourtant leur métier et leur mission !

L'idée de réorganisation, c'est la marche en avant, avec des secteurs bien différenciés. Après avoir été vu par le médecin, le patient est installé dans la zone de surveillance qui est une zone d'attente.

Il était prévu qu'il ne reste pas plus de 6 heures dans cette zone d'attente. Un seul IDE y est posté. Sauf que l'aval ne fonctionne pas mieux qu'avant, c'est

même pire. Les patients restent bien au-delà des 6 heures. Donc ça plante complètement notre organisation, qui pourtant vient d'être mise en place. Le problème de l'aval, c'est le manque structurel de lits mais aussi, depuis cette année, ceux fermés par faute de personnel, dans les services mais aussi dans les EHPAD.

Dans cette zone les patients qui ne devaient être que quelques-uns présents simultanément y sont en moyenne 10 à 15. Le mieux que j'ai vu c'est 5, le pire c'est 20 patients un dimanche à 7h00 du matin. Tu imagines que les collègues du dimanche ont commencé leur journée par un retard de 20 patients avec toute la charge de travail qui va avec. Il y a deux ans, quand il y avait dix patients en attente, on estimait que c'était une catastrophe, que c'était le pire jour de l'année. Maintenant c'est tous les jours, et bien souvent ils sont beaucoup plus que dix.

« La direction n'entend pas qu'il y a de l'attente induite et des besoins de soins en plus. À nous de le prouver. En attendant, les effectifs ne sont pas réajustés. »

Nous sommes constamment en retard, et la nuit entière ne suffit plus à le rattraper. Cette charge mentale décuple la pénibilité de nos journées et nuits de travail et nous épuise.

Dans ces conditions, l'IDE est très largement débordé pour ces 10 à 15 patients et il faut aussi poster un médecin dédié pour voir puis revoir ces patients qui restent des heures.

On le dit à la direction, notamment pour adapter l'effectif paramédical posté chaque jour et chaque nuit, sauf qu'elle ne veut pas entendre qu'il puisse y avoir de l'attente induite ! Autrement dit, il faut le prouver. En attendant, les effectifs paramédicaux ne sont pas réajustés de façon pérenne. On vient de mettre en place un système logiciel pour mettre en évidence le temps d'attente.

Ce retard décale tout et on se retrouve à travailler toute la nuit, y compris ce que l'on appelle la nuit profonde, alors même que le flux de patients entrants diminue enfin à cette heure-là. Maintenant, 100 % de nos gardes sont des nuits blanches, on ne peut plus jamais se poser 2 heures en fin de nuit, ça, on oublie.

Et donc tu es décalquée le lendemain. Et quand c'est une garde de WE ou le mardi, tu n'es pas dispo pour tes enfants ?

Ah non mais de toute façon, c'est beaux-parents obligatoires ! C'est juste impossible d'avoir les enfants un lendemain de garde, sinon je finirais par les taper. Le lendemain, ça n'est ni du repos ni des vacances, c'est de la récupération de sommeil, et encore tout juste. Le lendemain d'une garde aux urgences, c'est une journée noire et maintenant, à mon âge, il me faut 3 jours pour récupérer d'une garde.

Le problème se résume-t-il à cet entonnoir et cette inadéquation des patients entrants et des sortants ?

Non. Les patients sont de plus en plus lourds médicalement. On est loin d'être étouffés par la bobologie.

Mais aussi, ils arrivent inquiets à l'hôpital. Je ne sais pas pourquoi ni comment mais ils sont pris en charge pour tel ou tel problème, ils ont un médecin, ils comprennent leur maladie, prennent leur traitement, mais par leurs discussions, par les réseaux sociaux, par ce qu'ils lisent sur internet, ils en viennent à s'inquiéter de leur prise en charge et leur inquiétude finit par les amener à l'hôpital.

« La nuit et le week-end, c'est là qu'on crame notre vie perso. »

Et tout ça, ces problèmes de médecine lourde qu'on doit gérer ici, les consultations qui relèvent du suivi en ville mais qui sont plus que des bobos, ces soins qui relèvent de l'hospitalisation et qu'on réalise dans nos box, dans nos zones d'attente ou nos couloirs, ça nous tombe dessus la nuit et le week-end. C'est là, à ces moments, qu'on crame notre vie perso. Et les jeunes savent que s'ils ne le vivent pas trop mal aujourd'hui, ils le paieront dans 10 ou 20 ans : épuisement moral, divorce, troubles du sommeil, troubles musculo-squelettiques et même diminution de l'espérance de vie.

Pour en revenir au flux entrant, il semblerait que la « mission flash » va surtout se pencher là-dessus. Qu'en penses-tu ?

La régulation des entrées aux urgences, dans ce contexte de débordement permanent pour des soins non programmés, ça peut s'entendre. Mais qui va prendre en charge ces soins ? Ici, la maison médicale de garde ouvre de 8 heures à 22 heures le week-end. La semaine, c'est de 20 heures à 22 heures, autant dire rien.

La régulation, il va falloir mettre de gros moyens dessus pour que ça marche.

Mais on n'a pas parlé du SAS (service d'accès aux soins).

« La régulation, il va falloir mettre de gros moyens dessus pour que ça marche. »

Le SAS, c'est quoi exactement ?

Le service d'accès aux soins. C'est une plateforme qui centralise les créneaux disponibles chez les médecins de ville pour des soins non programmés, à réaliser sous 48 heures, et qui propose ces rendez-vous de consultation aux patients pour leur éviter d'aller aux urgences.

C'est la solution ?

Oui et non. D'abord, tant que le SAS n'est pas en place ici, on n'a rien à proposer aux malades en semaine et ça c'est un problème très immédiat.

On a quelques retours de Chambéry, qui est centre pilote. Au début, ils avaient beaucoup de créneaux disponibles pour des consultations non programmées, mais il semblerait que tous les RDV proposés ne sont pas honorés. Et donc, même si la prise en charge financière est garantie pour le médecin, il perd des créneaux qui pourraient être utiles à sa propre patientèle.

Le SAS c'est bien mais ça ne répond pas aux besoins des malades qui ne peuvent pas se déplacer (les personnes très âgées ou handicapées).

Il y a aussi un autre aspect, sur lequel les hospitaliers n'ont pas beaucoup de prise, c'est l'absence de contrainte sur la permanence des soins en ville. Il y a les médecins généralistes qui font des gardes et ceux qui n'en font pas. Mais c'est peut-être entendable. Après tout, ici même à l'hôpital, il y a des médecins qui font des gardes et d'autres qui n'en font pas et ça peut se comprendre. Je ne sais si ça doit être régulé, mais c'est une donnée à prendre en compte.

Tu crois que les futurs médecins vont se détourner des spécialités à gardes de nuit et de WE ?

Je ne sais pas, mais on voit déjà que les collègues plus jeunes ne cherchent plus forcément à être titularisés comme PH. Ils cherchent d'abord à prendre des disponibilités.

C'est une tendance nouvelle qui compte aussi dans l'organisation des services.

Béatrice*, PH aux urgences d'Annecy depuis 8 ans

Comment s'est passée ta journée ?

Pas la pire. J'ai pris mon poste à 8 heures ; il y avait 5 malades pas encore vus, dont un qui attendait déjà depuis plus de 3 heures ! Pourtant, les deux collègues de la nuit n'avaient pas chômé. Elles n'ont pas mangé leur repas du soir et ne se sont pas posées de la nuit. Une des deux revient motivée d'une dispo bien méritée. Mais quand elle m'a raconté sa garde ce matin, sa première depuis son retour, je me suis dit qu'elle devait être dépitée.

Cet été, comment ça va se passer ?

Surtout, il faut qu'on garde nos infirmiers. C'est ça qui nous inquiète le plus. Côté médecins, ça commence à craquer. Aujourd'hui on est en sous-effectif. Il manque 10 médecins : plusieurs congés de maternité, un congé de paternité, un départ, etc. On y a réfléchi, on a décidé d'accorder les vacances de chacun au prix de laisser une ligne de médecin de 12 heures à 20 heures non pourvue par manque d'effectifs en l'état. Ce poste, c'est celui du médecin d'accueil et d'orientation, probablement le plus pénible et dont l'absence va se répercuter sur les autres médecins en poste le jour. On ne nous laisse pas vraiment le choix parce qu'on ne nous propose pas de solution. Quand on en parle à la direction, on nous répond que 8 médecins arrivent en novembre. C'est très bien, mais en attendant, ceux qui seront sur le pont au mois d'août, ils vont le sentir passer. Que va devenir le délai avant le premier contact médical ? Cet été sera dur. Mais on sait que ce sous-effectif médical, c'est encore une crise qu'on va probablement pouvoir encaisser sans trop de dommages collatéraux. Du moins on l'espère.

« Les jeunes font leurs heures et basta. D'une certaine façon, ils se protègent d'un système qui ne les a pas encore broyés. »

Le SAU-SMUR d'Annecy a toujours été attractif, désormais, avec ces locaux neufs, pourquoi vous ne craquez pas sous les recrutements ?

On recrute, ce n'est pas que ça le problème. Mais on recrute moins vite que les départs pour épuisement professionnel. Dans ma génération, entre 35 et 45 ans, je vois deux profils de collègues :

- Les dégoûtés de l'inaction hiérarchique et politique.

N'y croyant plus, ils souhaitent l'effondrement du système, seul espoir à leurs yeux.

- Ceux qui sont en voie d'épuisement et se disent, j'essaie encore 6 mois, encore 1 an.

Mais les jeunes urgentistes, ils ne voient pas les choses ainsi ?

Je ne veux pas te choquer ni juger une catégorie, mais on constate que les plus jeunes sont globalement moins investis. Ils font leurs heures et basta. Je ne pense pas qu'ils ne s'intéressent pas, au contraire. D'une certaine façon, ils se protègent d'un système qui ne les a pas encore broyés.

Je veux revenir sur la catastrophe annoncée cet été...

Tout le monde parle de catastrophe, mais pour l'instant ce sont des rumeurs. On aimerait bien qu'on nous dise de quoi il s'agit exactement. On nous parle de 130 lits fermés.

Si c'est le cas, oui, on va exploser. Les patients s'accumuleront dans la zone de surveillance. Tu imagines, l'IDE ne s'en sort pas avec les 15 malades qui y sont actuellement. Rajoutes-en 15, ou plus encore, et ce sera la rupture de soins. Pour le médecin qui devra réévaluer les patients de la zone de surveillance à 8 heures, c'est pareil, il va être mobilisé toute la journée, s'il arrive à tous les réévaluer. Au milieu de ces patients, il y aura quelques cas graves et urgents, ceux pour lesquels l'urgentiste doit être là, et on ne sera pas en mesure de les détecter et de les prendre en charge dans les temps.

Selon toi, il y a un vrai risque de rupture pour cet été.

Oui s'il y a des fermetures d'ampleur. De toute façon, le problème numéro 1 c'est le manque de lits, ce n'est pas la bobologie. Que ce soit dans l'immédiat pour l'été qui arrive ou en général, il manque des lits. Et la bobologie, c'est une réalité qui se rajoute et qui agace. Mais c'est gérable, alors que le manque de lit nous met véritablement en difficulté. Quand on sait que les pouvoirs publics ferment des lits au moment même où ils annoncent le contraire, là, on enrage.

Outre les lits et la bobologie, qu'est-ce qui pèse sur l'amont et l'aval des urgences ?

Quand je suis arrivée ici il y a 8 ans, les malades « lourds » avaient deux spécialistes au maximum. Maintenant, ils en ont quatre et arrivent aux urgences avec un dossier énorme à débrouiller. On nous demande de faire de la médecine polyvalente alors que nous sommes formés et équipés pour l'urgence. La réalité de ces patients lourds et

polypathologiques difficilement maintenus à domicile se heurte à l'organisation hospitalière qui ne connaît que des spécialités. Dès qu'on s'écarte du cœur d'une spécialité, on étiquette le patient « filière médico-sociale ». J'ai vu un patient avec une sclérose en plaques évoluée dont le maintien à la maison n'était plus possible. Il avait trois escarres, un peu de fièvre et d'autres problèmes médicaux. Son plan d'aide devenait insuffisant et, de toute façon, on ne pouvait pas le revoir à la hausse. Il fallait l'hospitaliser. Le neurologue que j'ai sollicité pour son hospitalisation m'a dit : « oui mais ce n'est pas de la neurologie, c'est une filière médico-sociale ».

« L'aval, ce sont aussi les collègues spécialistes au bout du rouleau. »

En fait, c'est de la médecine lourde. Il fallait un lit d'hospitalisation, un matelas anti-escarre et un bilan, mais surtout la prise en charge allait nécessiter une longue hospitalisation. Le collègue le savait. Il était au bout du rouleau. Son téléphone n'arrêtait pas de sonner. Il était en mode survie. L'organisation des soins en filières de spécialités qui manquent cruellement de lits pousse chacun à défendre son pré carré et génère des tensions entre médecins surchargés de travail et épuisés.

Johanna*, PH, aux urgences d'Annecy depuis plus de 10 ans

Comment ça se présente après ce WE ?

C'est étonnamment calme. On a 6 patients qui attendent en zone de surveillance. Ils ont déjà attendu entre 4h30 pour le dernier arrivé et jusqu'à plus de 15h pour le premier.

L'UHCD est pleine bien sûr avec 14 patients, dont 9 ont plus de 77 ans, jusqu'à 92 ans. À noter qu'une patiente âgée est là depuis 3 jours et demi.

Le WE a été marqué par des décès. Mon collègue qui termine son WE de garde a signé huit certificats de décès dans la semaine !

On ne va pas revenir sur les difficultés de l'amont et de l'aval que tes collègues m'ont bien décrites. Cet été, que va-t-il se passer ?

Si les fermetures de lits vont au-delà de ce qui est annoncé, un scénario de rupture de soins est possible. La crise du recrutement est majeure et les secteurs où il n'y a qu'une IDE pour tenir le service inquiètent beaucoup, comme en gériatrie par exemple. La clinique en ville est aussi en grande difficulté et elle accueille aussi des urgences.

Qu'attends-tu de la « mission flash » annoncée par le Président de la République ?

Se poser des questions et trouver quelques solutions immédiates, pourquoi pas, mais ce n'est pas en 3 semaines qu'on pourra trouver les vraies solutions, notamment pour la médecine de ville. Réguler les entrées aux urgences ça peut se concevoir, car il y a clairement des abus de passage aux urgences, mais ce n'est pas le problème principal. Mais si l'idée se résume à ça, ou à des fermetures ciblées de l'accueil, certes, on soulage les équipes, mais pas les patients. Les malades se retrouveront sans solution et avec en plus l'idée qu'ils sont coupables de l'engorgement de l'hôpital.

« Si l'idée de la mission flash se résume à réguler le flux des entrées, on soulage les équipes, mais pas les patients. »

Tu voulais me parler de l'attractivité des urgences

Oui. Nous nous sommes beaucoup réorganisés. On a décalé les horaires de travail sur le soir, et grâce à ça, on a un peu sécurisé l'activité de nuit. Mais la sécurisation de l'activité implique beaucoup de nuits et week-ends.

Ici, un PH 100 % aux urgences fait 4 à 5 nuits/mois, 4 journées élargies de 10 à 22 heures, 2 demi-gardes de 18 heures à minuit et 1 WE sur 2. Certains PH faisaient jusqu'à 3 soirs par semaine au travail, on essaie d'y remédier.

Un nouveau PH tiendra 10 à 15 ans aux urgences. De plus en plus de collègues expriment des difficultés et, pour qu'ils restent, leur activité ou leur temps de travail est aménagé. La direction n'y oppose aucun obstacle, car elle est bien consciente des enjeux personnels et collectifs.

Le recrutement, il nous est délégué et on y tient parce que ça marche. On essaie de proposer des activités mixtes (SAU-SMUR-régulation), mais on ne peut pas mentir aux jeunes. Si tu es urgentiste, tu travailleras la nuit et le week-end et il faudra partager la contrainte. En conclusion, pour être attractifs, on abandonne l'idée d'un temps plein durable aux urgences. Mais en pratique, à 80 %, on fait quand même 40 heures par semaine, avec des nuits et des week-ends, et on n'est même pas protégés contre l'épuisement à long terme. Tous ces constats montrent qu'il manque une réflexion de fond sur l'amélioration des conditions de travail et sur la juste reconnaissance de la pénibilité, notamment des gardes.

Propos recueillis par Renaud Chouquer, administrateur du SNPHARE

* Les prénoms ont été modifiés

Quand l'hôpital public ne sait pas retenir ses talents !

A l'annonce de la demande de mise en disponibilité de 3 PUPH de l'hôpital Beaujon, nous nous sommes interrogés sur les motivations de ce triple départ vers le même établissement privé. Le Pr Xavier Treton a accepté de répondre à nos questions.

PHARE : Vous êtes PUPH dans le service de gastro-entérologie et assistance nutritive de l'hôpital Beaujon (APHP), à Clichy. Pourriez-vous nous décrire votre activité ?

Xavier Treton : Je suis PUPH depuis 2008, mais dans le même service depuis 2003. Nous étions à l'hôpital Lariboisière puis nous avons déménagé à l'hôpital Beaujon il y a 17 ans. Je m'occupe du secteur des maladies de l'intestin et du côlon, essentiellement des MICI (la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique). Deux tiers de mon temps sont consacrés à la clinique (endoscopie, coordination des malades à domicile, travail en hôpital de jour et en salle), et le dernier tiers à l'enseignement et à la recherche clinique et de laboratoire, et à la participation aux réseaux collaboratifs de recherche dans ces domaines.

PHARE : Vous êtes attaché au service public : quels sont selon vous les enjeux principaux de votre pratique de ce point de vue ?

Xavier Treton : Je n'ai connu que le service public jusqu'à aujourd'hui. Ce qui différencie habituellement le service public du privé est l'activité de recours pour les malades les plus réfractaires et les plus sévères. Un deuxième aspect est de faire avancer les connaissances, la recherche et d'innover en termes de traitement et de prise en charge.

« Une des raisons de notre départ est la complexité de la mise en œuvre des projets de recherche d'un point de vue administratif. »

PHARE : Vous avez annoncé prendre une disponibilité pour vous installer dans une clinique proche avec deux confrères hospitalo-universitaires. Quelle activité allez-vous y mener ? Sera-t-elle différente de votre activité publique ?

Xavier Treton : Le projet en construction vise premièrement à améliorer la prise en charge de nos patients, qui a progressivement décliné à l'hôpital, notamment en termes de délais de prise en charge, d'accès aux plateaux techniques. Nous avons donc le sentiment de voir la qualité des soins que l'on pouvait offrir aux patients se dégrader, avec beaucoup de frustration. Notre projet vise à améliorer la qualité des soins, tout en

maintenant une activité de recherche et d'innovation. Ce que l'on va perdre dans un premier temps, c'est l'enseignement, notamment aux plus jeunes. Cependant, nous demanderons l'agrément de l'ARS pour continuer à former les internes dès que possible. Nous souhaitons ne pas perdre ces trois valences de notre activité de toujours (clinique, recherche. et enseignement).

Une des raisons majeures de notre départ est la complexité de la mise en œuvre des projets de recherche d'un point de vue administratif.

PHARE : Nous assistons ces dernières années à un nombre de départs inédits de PUPH vers le privé, dans plusieurs spécialités : quelles en sont les raisons selon vous ?

Xavier Treton : Chaque situation est différente et les difficultés ne sont pas forcément transposables. La triple mission d'un PUPH, avec les soins, l'enseignement et la recherche, demande un très haut niveau d'exigence et un parcours très difficile pour y arriver. On a de plus en plus de difficultés à les assurer car les moyens dédiés aux soins à l'hôpital se popérisent et les missions de recherche sont très compliquées du fait de lourdeurs administratives croissantes et d'un accompagnement insuffisant pour les affronter. L'activité qui reste le moins impactée est l'enseignement, même si la pédagogie ne ressemble pas vraiment à celle que nous avons connue, et est devenue plus technique, voire technocratique.

De plus, nos missions administratives empiètent de plus en plus sur nos 3 activités, avec la participation à des commissions très nombreuses dans lesquelles on passe beaucoup de temps avec des décisions effectives qui ne sont pas toujours celles attendues. C'est assez démotivant, cela prend un temps fou, et s'avère très rarement utile (hors Covid...).

Par ailleurs, et paradoxalement, nous avons tous des exemples de PUPH dont l'activité est modeste et qui ont souvent le même traitement administratif que d'autres plus méritants. Beaucoup de PUPH s'épuisent à essayer de faire de la recherche. Cette recherche rapporte des financements à l'hôpital avec une réelle opacité dans sa redistribution. Nous aimerions avoir un retour, ne serait-ce que pour réinvestir

les financements obtenus pour la création ou le renforcement des équipes de recherche, ce qui est très difficile et anormal.

« La recherche rapporte des financements à l'hôpital pour lesquels il y a une réelle opacité dans sa redistribution. »

PHARE : De même, les jeunes médecins semblent moins enclins à s'engager dans une carrière hospitalo-universitaire, pourquoi ? Que faudrait-il selon vous pour restaurer son attractivité ?

Xavier Treton : Ce que l'on voit tous les jours, ce sont des jeunes internes brillants, attirés par l'hôpital qui s'engagent avec un objectif de carrière universitaire. Une fois qu'ils prennent leur fonction de senior (CCA, assistants) et qu'ils sont directement confrontés aux difficultés quotidiennes de gestion des patients, rares sont ceux qui souhaitent poursuivre. Le modèle qu'on leur montre n'est plus du tout attractif, et l'abnégation et le sacrifice ne sont plus à la mode.

Je pense que la triple mission demandée est trop lourde pour les 24 heures d'une journée. On ne peut pas les mener de front, avec pour chacune la même qualité. Il faudrait donc plus de monde, ou des missions plus ciblées. Au niveau de carrière où nous sommes, nous disposons de moyens ridicules de recherche (peu d'argent public) et il est très difficile de faire émerger une équipe peu connue, même si elle est brillante. Il n'y a plus d'investissement sur les talents.

PHARE : Que faudrait-il aujourd'hui pour vous donner envie de rester à l'hôpital ?

Xavier Treton : Le Covid nous a montré que l'on pouvait faire autrement, on a su prendre des décisions adaptées pour le soin. Il y avait beaucoup plus de souplesse administrative pour une efficacité extraordinaire. Les procédures administratives et les moyens pour conduire des recherches étaient débloqués avec une mise en place rapide, donc c'est possible. Les réunions étaient « efficaces ». Après le Covid, retourner à quelque chose qui ne marche pas c'est très dur et décevant.

Il faudrait trouver un moyen de clairement réduire les tâches et les missions ou les répartir sur plus de personnes.

Nous devrions avoir une certaine revalorisation de notre activité en permettant d'avoir des choix d'investissement dans ce qui nous semble important (faire évoluer les parcours patients, enveloppe de moyens, marge de manœuvre pour un investissement réel dans ce qui nous semble nécessaire).

On devrait pouvoir avoir une revalorisation selon notre niveau d'activité par une redistribution des financements générés par le soin et la recherche (les revenus des points SIGAPS ne sont pas répartis selon les contributions individuelles).

Enfin, il est fréquent de ressentir un manque général de considération. Il est frustrant d'avoir souvent à interagir avec des administratifs juniors, parfois des stagiaires, qui ne maîtrisent pas les sujets ou les projets.

Propos recueillis par Christiane Mura

ERRATUM – PRIME DE SOLIDARITÉ TERRITORIALE

Une coquille s'est glissée dans notre tableau comparant la rémunération de la PST (« TTA externe »), du TTA et de l'intérim (PHARE 96). Voici le tableau corrigé (corrections en jaune dans le tableau ci-dessous). La correction a également été reportée sur la version électronique de la revue : https://snphare.fr/assets/media/pst-phare96_1.pdf.

	PST	PST majorée (+20 %)	TTA	Intérim
Par demi-journée (DJ), en brut				
1 DJ du lundi au samedi matin	293,25 €	351,90 €	½ TTA, soit 160,68 €	1170,04 / 4 soit 292,51 €
1 DJ samedi après-midi, dimanche ou jour férié (JF)	427,35 €	512,70 €	½ TTA 160,68 + indemnité de sujétion soit 267,82€ soit 294,59 € le samedi 428,5 € dimanche et JF	
Par 24 heures, en brut				
Semaine	1441 €	1729,20 €	2 x TTA + 1 IS soit 321,37 x 2 + 1 x 267,82 = 910,56 €	1170,04 €
Samedi	1575 €	1890 €	2 x TTA + 1 ½ IS 642,74 + 1,5 x 267,82 = 1044,47 €	
Dimanche ou jour férié	1709 €	2050,80 €	2 x TTA + 2 x IS = 642,74 + 2 x 267,82 = 1178,38 €	

Pourquoi faudra-t-il voter aux prochaines élections professionnelles : 2^{ème} trimestre 2023

Les élections professionnelles représentent un enjeu de démocratie sociale : elles consacrent, par l'élection de leurs représentants, le droit de participation des professionnels à la détermination des règles individuelles et collectives qui les concernent, et permettent d'établir la représentativité des organisations syndicales à tous les niveaux de la fonction publique.

C'est une reconnaissance du droit syndical pour les médecins qui prend tout son sens au regard des combats que nous avons à mener pour nos conditions de travail, notre protection sociale et l'amélioration de nos rémunérations.

Ces élections sont organisées afin d'élire des représentants des médecins au sein de 3 commissions consultatives, dont les rôles sont bien définis.

Le Conseil supérieur des professions médicales (CSPM)

(décret n° 2018-639 du 19 juillet 2018)

Le CSPM est une instance qui a été créée après un long combat syndical et un recours en Conseil d'État pour faire reconnaître la nécessité d'un dialogue social pour les médecins des hôpitaux. Il dépend du ministère de la Santé et de la Prévention. **Il est saisi pour avis au sujet des projets de lois, des projets de décrets de portée générale relatifs à l'exercice hospitalier et des projets de statuts.** C'est donc un poste stratégique qui nous permet d'être consultés sur les textes qui nous concernent. Il est composé de 15 élus parmi les représentants des personnels médicaux, 7 représentants des établissements publics de santé et 3 représentants des ministres. Le mandat est de 4 ans.

« Le CSPM est un poste stratégique qui nous permet d'être consultés sur les textes qui nous concernent. »

Les membres élus sont divisés en 3 collèges : praticiens hospitaliers titulaires, universitaires titulaires, contractuels.

Pour rappel, les dernières élections professionnelles ont eu lieu en 2019 (cf. résultats dans le tableau).

Nos intersyndicales, Avenir Hospitalier dont fait partie le SNPHARE, la Confédération des Praticiens des Hôpitaux et Jeunes Médecins étaient majoritaires dans les collèges de praticiens hospitaliers et

de praticiens contractuels au Conseil Supérieur des professions médicales.

Les résultats des élections de 2019 :

► 1er collège (personnels enseignants et hospitaliers, permanents et stagiaires)
Nombre de sièges de titulaires à pourvoir : 5

Nom de la liste	Liste déposée par	Pourcentage des suffrages exprimés	Nombre de sièges obtenus
Unis, ensemble pour défendre l'hôpital public	CMH/INPH/SNAM-HP	69,43	4
Avenir hospitalier / Confédération des praticiens des hôpitaux / Jeunes médecins	Action praticiens hôpital et Jeunes médecins	30,57	1

► 2ème collège (praticiens hospitaliers, titulaires et probatoires)
Nombre de sièges de titulaires à pourvoir : 5

Nom de la liste	Liste déposée par	Pourcentage des suffrages exprimés	Nombre de sièges obtenus
Avenir hospitalier / Confédération des praticiens des hôpitaux / Jeunes médecins	Action praticiens hôpital et Jeunes médecins	45,41	3
Unis, ensemble pour défendre l'hôpital public	CMH/INPH/SNAM-HP	42,70	2
AMUF-CGT	Association des médecins urgentistes de France / Confédération générale du travail	6,74	0
SNMH-FO	SNMH-FO	5,14	0

► 3ème collège (praticiens temporaires et sous contrat)
Nombre de sièges de titulaires à pourvoir : 5

Nom de la liste	Liste déposée par	Pourcentage des suffrages exprimés	Nombre de sièges obtenus
Avenir hospitalier / Confédération des praticiens des hôpitaux / Jeunes médecins	Action praticiens hôpital et Jeunes médecins	45,63	3
Unis, ensemble pour défendre l'hôpital public	CMH/INPH/SNAM-HP	42,80	2
AMUF-CGT	Association des médecins urgentistes de France / Confédération générale du travail	7,00	0
SNMH-FO	SNMH-FO	4,56	0

Le Conseil de Discipline

article R. 6152-310 et suivants du code la santé publique

Il dépend du Centre national de gestion (CNG) qui est chargé des nominations nationales des praticiens des hôpitaux.

Il est composé de 6 membres élus parmi les représentants des praticiens hospitaliers pour chacune des sept sections et 6 représentants de l'administration désignés. Le mandat est de 5 ans.

Il est chargé d'émettre un avis lorsqu'un praticien hospitalier fait l'objet d'une procédure disciplinaire statutaire (au-dessus du blâme).

La Commission Nationale Statutaire

article R. 6152-324 et suivants du code la santé publique

Elle dépend du CNG. Elle est composée de 6 membres par collège : un collège des praticiens hospitaliers et un collège des hospitalo-universitaires dans chaque spécialité (AR, médecin, chirurgie et odontologie, psychiatrie, radiologie, biologie, pharmacie).

Six membres désignés représentent l'administration. Elle est présidée par la cheffe de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). Le mandat est de 5 ans.

Elle est consultée pour avis sur les placements en recherche d'affectation, sur les insuffisances professionnelles, sur les avis défavorables de nomination après la période probatoire.

Pourquoi voter ?

Les prochaines élections professionnelles des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques auront lieu au deuxième trimestre 2023.

Élire vos représentants vous permet de porter votre voix auprès des tutelles et de défendre vos intérêts. Chacun d'entre nous est susceptible d'avoir un jour affaire avec le conseil de discipline ou la commission nationale statutaire. Il est important que ce soit des praticiens hospitaliers qui connaissent chaque discipline, les difficultés d'exercice et l'organisation de l'hôpital, qui défendent nos intérêts.

« Élire vos représentants vous permet de porter votre voix auprès des tutelles et de défendre vos intérêts. »

Le CSPM quant à lui porte la voix des représentants les plus nombreux lors des votes. Il est important qu'une majorité puisse s'installer car les divergences existent entre les différentes organisations syndicales, notamment sur le temps de travail, les rémunérations et la reconnaissance d'une parole syndicale pour les médecins auprès des établissements.

Aujourd'hui, l'hôpital est mis à mal par des années de politiques de santé qui l'ont transformé en machine à soins de moins en moins sécuritaires et de qualité. Les équipes sont décimées et les nouveaux statuts risquent d'approfondir le gouffre démographique à la faveur des baisses de quotité de travail pour aller gagner sa vie en libéral.

Les établissements n'auront de cesse d'organiser les soins par de la gestion des ressources humaines, comblant les cases vides dans les GHT sans les accords des praticiens ou en les poussant à travailler au-delà des 48h maximum autorisées. Des pans entiers des soins seront démedicalisés, « supervisés » de loin par un médecin seul pour assurer un accès aux soins même s'ils perdent en qualité et en sécurité. La gouvernance n'a pas gagné en démocratie, les décisions sont toujours aussi verticales et l'avis des professionnels sur leur exercice quotidien encore plus dilué par la mise en place des chefs de service.

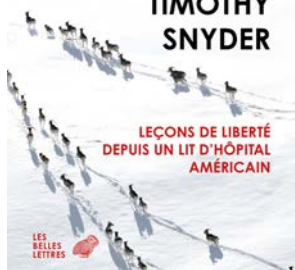
Il est primordial que le dialogue social soit fort pour assurer un contrepois dans les instances qui prennent des décisions qui altèrent sans relâche le sens que vous donnez à votre exercice dans l'hôpital public.

Emmanuelle Durand, présidente du SNPHARE

NOTRE MALADIE

TIMOTHY SNYDER

LEÇONS DE LIBERTÉ
DEPUIS UN LIT D'HÔPITAL
AMÉRICAIN



LU POUR VOUS

Timothy D. Snyder est un historien américain spécialiste de l'histoire européenne contemporaine qui a séjourné en Europe plusieurs mois durant. À l'occasion de la naissance d'un de ses enfants et de problèmes de santé, il a réalisé que la santé pouvait répondre à un modèle bien différent de ce qu'il avait connu jusqu'alors.

De retour aux États-Unis, une grave maladie l'oblige à fréquenter longuement les hôpitaux américains. Au cours de ce séjour, il mène une réflexion profonde sur ce que les politiques de santé d'un pays peuvent apporter de liberté ou en priver les êtres humains.

Sa description d'une santé essentiellement commerciale, dépendante des assurances, poussée à l'extrême, dresse un portrait très critique sur un système de santé qui n'arrive plus à assurer la progression de l'espérance de vie et la démocratie sanitaire sur son territoire. Son analyse de la gestion de la crise sanitaire due au Covid-19 est particulièrement parlante quand il s'agit d'égalité d'accès aux soins.

De surcroît, il porte l'idée que la santé est affaire de soignant et que leur parole est gage de qualité et d'humanisme, rendant une juste reconnaissance à ceux qui veulent prendre soin de leurs concitoyens dans les moments les plus fragiles de leur vie.

Emmanuelle Durand, présidente du SNPHARE

Anesthésiste-réanimateur et humanitaire : comment est-ce possible ?

Patrick David est médecin anesthésiste-réanimateur au CHU de Reims, mais également un humanitaire. Il a accepté de nous parler de son engagement en dehors de l'hôpital.

Patrick David a choisi le métier d'anesthésiste-réanimateur à l'hôpital afin de pouvoir répondre à la polyvalence exigée par les situations de crise. Le métier d'anesthésiste-réanimateur permet, en situation de crise sanitaire, de répondre à tous les aspects des situations rencontrées.

Après avoir été actif dans les luttes sociales en France (comme la grève des foyers Sonacotra dans les années 1980), il s'est tourné vers l'étranger après avoir visionné un reportage d'un médecin qui revenait du Panjshir (Afghanistan). Cela a été très simple, un coup de fil et il était parti...

Pendant sa formation d'anesthésiste-réanimateur, il a assuré 17 missions humanitaires. À partir de 1990 il a pu faire à peu près toutes les missions d'urgence de Médecins du monde, et ce de façon bénévole. Au CHU de Reims, ses collègues l'ont soutenu, ce qui lui a permis, dans un premier temps, de s'organiser au sein du service en prenant des congés sans solde et de garder sa place dans le service.

Puis, il a été 18 ans au conseil d'administration de Médecins du monde et vice-président de 2004 à 2011. Grâce à son statut de PH, 20 % de son temps hospitalier étaient dédiés à Médecins du monde



Afghanistan : salle de réveil où dort également l'anesthésiste. Les galettes en plastique beiges claires près du mur sont des mines antichar chinoises.

dans le cadre de son activité d'intérêt général. L'hôpital et son statut lui ont permis de mener de front son activité de praticien hospitalier et son activité humanitaire. Il témoigne toute sa reconnaissance à ses collègues et à son statut hospitalier.

Ses missions les plus marquantes

- Sa première mission en 1984 en Afghanistan : une des missions qui l'a le plus impliqué du fait de la nécessité d'une immersion totale dans cet univers afghan. Il était primordial d'adopter la culture et les mœurs des Afghans pour bénéficier de leur protection dans cette guerre contre l'occupant soviétique.
- Une mission en Sibérie, chez les populations nomades nord-arctiques : de 1993 à 2010, mise en place d'un programme de soins de santé primaires à travers les brigades de nomades nord-arctiques. Après la dislocation de l'URSS en 1991, l'accès aux soins pour cette population était devenu très onéreux. Au préalable, il avait étudié ce que les USA avaient mis en place en Alaska auprès des populations nomades isolées.

Regarder une population, c'est faire un diagnostic pour pouvoir faire des propositions adaptées.

Aujourd'hui, Patrick David a conservé deux activités : responsable de mission pour la frontière pakistano-afghane (avec un programme pour les 1,5 million de déplacés) et administrateur à Médecins du monde Japon.

Il trouve que les conditions actuelles pour les humanitaires sont plus difficiles du fait d'une crise sécuritaire et des 2 années de crise COVID. Par exemple le Sahel, où il s'était rendu en 2010, est devenu une zone fermée, sans accès possible pour Médecins du monde.

D'après les propos recueillis auprès de Patrick David

**ANNONCES DE
RECRUTEMENT**



Le CH de Rochefort RECRUTE pour son équipe d'anesthésie
à compter de novembre 2022



MÉDECIN ANESTHÉSISTE- RÉANIMATEUR

Recrutement sur statut contractuel
(assortie de la PECH ou sur le nouveau statut de clinicien)
ou Praticien hospitalier par voie de mutation.



PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Membre du Groupement hospitalier de Territoire Atlantique 17, le CH de Rochefort offre un cadre de vie très agréable, en bord de mer avec une qualité de vie remarquable.

Situé à 30 minutes de La Rochelle (avec des trajets faciles au quotidien et la possibilité d'y habiter), à 1h30 de Bordeaux, Nantes et Poitiers, l'hôpital de Rochefort est un hôpital récent très facile d'accès en sortie de départementale D137.

Le Centre hospitalier de Rochefort recherche un anesthésiste temps plein pour intégrer une équipe médicale de 9 ETP.

PRÉSENTATION DU SERVICE

Bloc opératoire de 8 salles (7 salles au bloc central dont une salle dédiée aux urgences obstétricales et une salle pour la chirurgie ophtalmologique). SSPI de 11 postes.

Activité chirurgicale variée : Chirurgie digestive, bariatrique (sleeve et bypass), orthopédique et traumatologique, urologique, stomatologie, ORL, pédiatrique (enfants > 3 ans), endoscopie digestive, ophtalmologique (cataracte principalement), gynécologique. Activité de chirurgie ambulatoire en développement constant.

- 1 MAR pour 2 salles ; 1 IADE par salle.
- Maternité de niveau 2A (1200 accouchements/an) ; 3 salles de naissance.
- Permanence des soins : Garde sur place avec repos de sécurité, 4 à 5 gardes/mois. IADE de garde sur place.

STATUT DE RECRUTEMENT

Seules les candidatures de praticiens inscrits au Conseil de l'Ordre des médecins français seront étudiées.

Quotité de temps : Poste à temps plein.

Possibilité de logement temporaire en début d'exercice.

Poste à pourvoir en novembre 2022.



CONTACT

M. le Dr Raphaël ROUSSEAU,
responsable du service d'anesthésie de Rochefort
raphael.rousseau@ght-atlantique17.fr

M. Fabien CHANABAS,
Directeur des Affaires Médicales La Rochelle/Rochefort
fabien.chanabas@ght-atlantique17.fr
05 46 45 50 87

RECRUTE DES ANESTHÉSISTES- RÉANIMATEURS



ACTIVITÉS

- Prise en charge anesthésique orthopédique et traumatologique, digestif et chirurgie de l'obésité, ophtalmologique et ORL, urologique, gynécologique et obstétricale.
- Réalisation des consultations pré-anesthésiques et visite pré-anesthésique des interventions programmées.
- Mise en place de voie d'abord vasculaire type voie veineuse centrale, MedLine ou PiccLine.
- Prise en charge de l'analgésie obstétricale, avec 4 salles d'accouchement.
- Consultation pré-anesthésique pour tous les patients pris en charge sur le site et/ou les patients adressés à des correspondants collaborateurs hors site, anesthésie générale, anesthésie loco-régionale, analgésie post-opératoire, analgésie obstétricale, hypnose, accompagnement du patient tout au long du séjour hospitalier en chirurgie.
- Consultations programmées dans les locaux dédiés et consultations délocalisées sur les sites de Luxeuil et Lure (1 jour par semaine sur volontariat).



CONTACT

Hélène GAULT

Directrice adjointe chargée des affaires médicales

Tél. : 03 84 96 21 47 - E-mail : dam@gh70.fr

ou Chef de service, Dr Julie Chenut - E-mail : j.chenut@gh70.fr

Service d'anesthésie : Le service d'anesthésie est acteur de l'ensemble du circuit patient en chirurgie : consultations d'anesthésie, hospitalisation de chirurgie ambulatoire, bloc opératoire, salle de surveillance post-interventionnelle, salle d'accouchement.

Possibilité d'avoir au total en fonctionnement : 2 salles d'endoscopie, 2 salles de chirurgie orthopédique/traumatologique, 1 salle de chirurgie ophtalmologique, 2 salles de chirurgie digestive, 1 salle de chirurgie ORL, 1 salle de chirurgie urologique, 1 salle de chirurgie gynécologique, 1 salle de césarienne.

PROFIL RECHERCHÉ

Praticien hospitalier titulaire, temps plein ou partiel.

Praticien contractuel (négociation de salaire).

Assistant.

LE GH SO RECRUTE

UN MÉDECIN ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR

sur le site de Sélestat (H/F) - Poste à temps plein - Disponible de suite

Le Médecin Anesthésiste Réanimateur exerce au sein d'une équipe. La répartition du travail est faite sur la base d'un planning prévisionnel établi sous la responsabilité du Chef de Service.

SES MISSIONS S'EXERCENT :

- Au bloc opératoire et en SSPI où il a la responsabilité des actes anesthésiques, sur deux salles au maximum ou sur une salle uniquement pour une prise en charge de patients dont l'âge est inférieur à 14 ans. Ceci à condition qu'il soit aidé par un Infirmier Anesthésiste Diplômé d'État (IADE) dans chaque salle.
- En salle d'endoscopie ou en radiologie interventionnelle.
- En consultation externe : consultations pré anesthésiques.
- En consultations internes : patients hospitalisés.
- En salle de naissance : pour tous les actes relevant de sa spécialité.



Pendant les périodes de permanence des soins, le Médecin Anesthésiste Réanimateur est de garde sur place pour prendre en charge toutes les urgences, tant au bloc obstétrical qu'au bloc opératoire. Actuellement, il assure également la couverture médicale de l'Unité de Soins Continus. Enfin, il répond aux appels de patients qui étaient hospitalisés en Unité de Chirurgie Ambulatoire, dans le cadre de la permanence des soins. Toute période de garde sur place est suivie obligatoirement d'une période de Repos de Sécurité de 24 heures.

Les personnes intéressées sont priées d'adresser leur candidature avec lettre de motivation à la Direction des Ressources Humaines à l'adresse affaires.medicales@ghso.fr



LE CENTRE HOSPITALIER D'ARLES

Dans une ville riche d'histoire et de culture, au sein d'un environnement géographique privilégié entre Alpilles et Camargue, à 20 minutes de Nîmes, 35 d'Avignon, 50 de Montpellier et à 1 heure de Marseille. Établissement disposant d'un plateau technique complet, ensemble des activités MCO. 394 lits et 244 places - 172 lits et 13 places MCO.

RECRUTE POUR SON SERVICE DES URGENCES / SMUR

TROIS PRATICIENS MÉDECINE D'URGENCE SENIORS

(INSCRITS À L'ORDRE DES MÉDECINS)

Urgences : 37 000 passages par an

SMUR : 1 200 sorties par an

MISSIONS

- Accueil polyvalent médecine et chirurgie-traumatologie, adultes et enfants.
- 4 lits d'UHCD.
- Dans un contexte de présence médicale renforcée (4 praticiens en journée jusqu'à 23 heures, 3 praticiens la nuit).
 - Participation à la continuité des soins.
 - Activité médicale organisée en temps continu.
 - Temps additionnel rémunéré sur la base du volontariat.
 - Présence H24 : réanimateur, anesthésiste, cardiologue, gynécologue-obstétricien.
 - Ces postes sont également ouverts aux assistants (postes éligibles à la prime d'engagement dans la carrière hospitalière).



MERCI D'ADRESSER VOTRE CANDIDATURE À :

Monsieur le Directeur, Centre hospitalier d'Arles - B.P. 80195 - 13637 ARLES CEDEX - Courriel : direction@ch-arles.fr

POUR TOUT RENSEIGNEMENT :

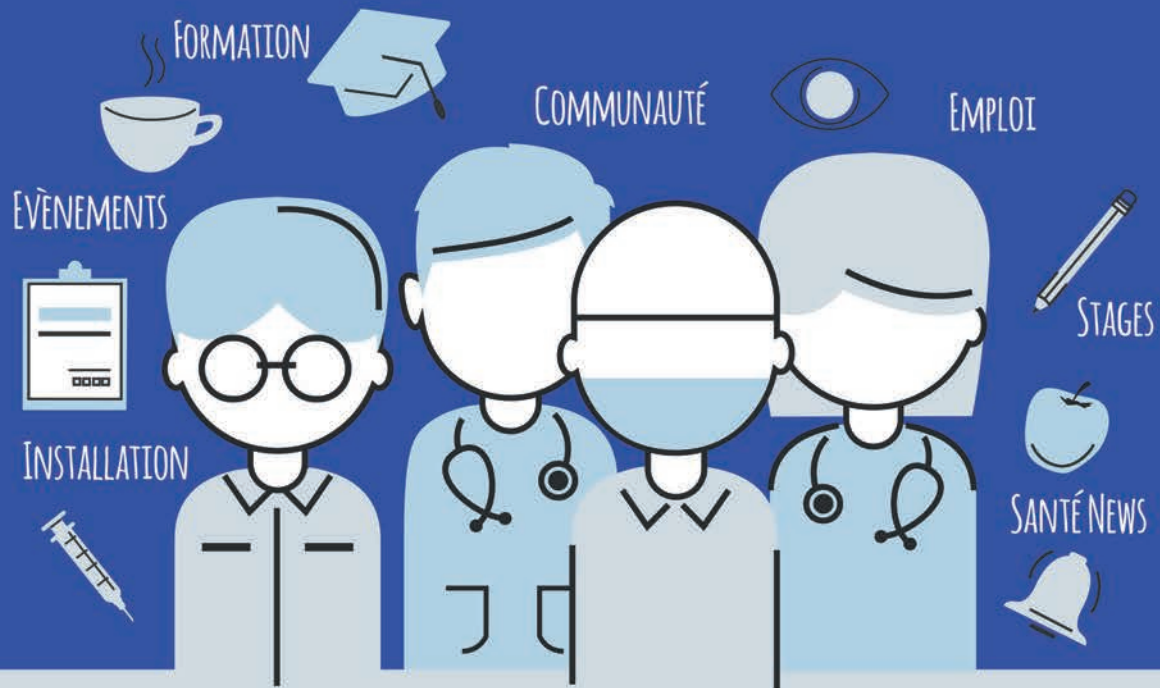
Docteur Karim DEBBAT, Chef du Pôle Urgences/SMUR-Réanimation adultes et Cardiologie - Tél. : 04 90 49 29 27 - karim.debbat@ch-arles.fr

Dr François DALTROFF, Chef du service des urgences - Tél. : 06 29 49 61 53 - francois.daltroff@ch-arles.fr

Docteur Sylvie MICHEL, Présidente de la C.M.E. - Tél. : 06 09 56 22 21

Louis BONIFASSI, Directeur des ressources médicales - Tél. : 04 90 49 29 01





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 Acheteurs Hospitaliers d'Île-de-France

pôle emploi

UniHA
Union Nationale des Hospitaliers d'Île-de-France

FEHAP
FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS À D'AIDE À LA PERSONNE
PRIVÉS NON LUCRATIFS

01 53 09 90 05 CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode

