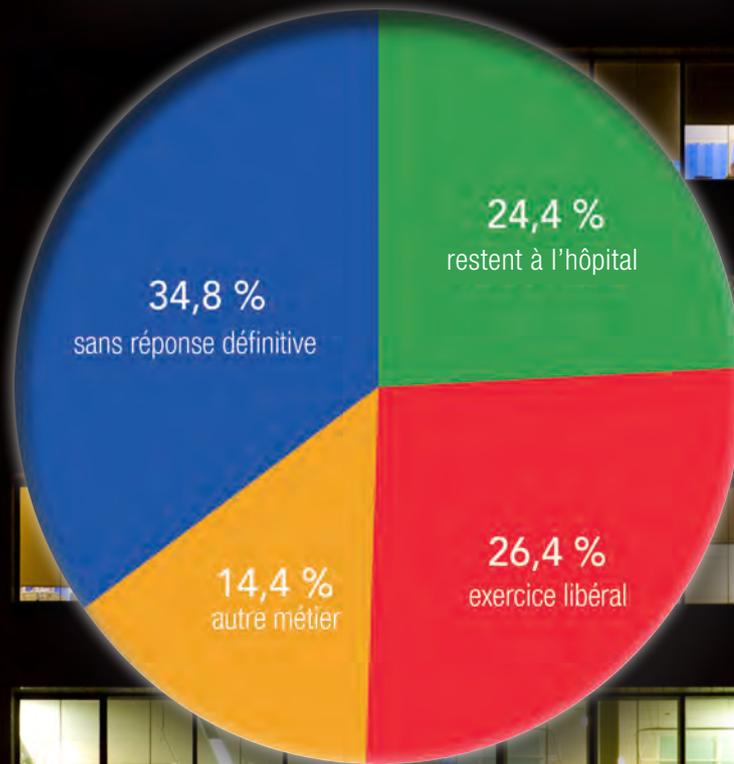


PHARE

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

75 % des médecins susceptibles
de quitter l'hôpital public...



CONSEIL D'ADMINISTRATION

Dr Eric LE BIHAN - 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 Francis VUILLEMET - Secrétaire gén. adjoint Hôpitaux civils de Colmar francis.vuillemet@snphare.fr	Permanence des soins - Gardes et astreintes - Risques psychosociaux - Réfèrent 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 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 Georges ESTEPHAN - Administrateur CHU - Hôpital européen Georges Pompidou - Paris georges.estephan@snphare.fr	Revue PHARE	Portable : 06 64 71 49 81
Dr Anne GEFFROY-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 rousse - 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 Claude WETZEL - Administrateur honoraire claude.wetzel@snphare.fr	Chargé de Mission Affaires Européennes	Portable : 06 60 55 56 16

ENQUÊTE

L'enquête « Nuits blanches » : les résultats concernant les AR et les MIR.....4

URGENCES

Urgences : un été qui passe mal8

LE POINT SUR

Infirmier anesthésiste et pratique avancée : où en sommes-nous ?.....10

ACTUALITÉS

François Braun, ex-président de SUdF, au ministère de la Santé et de la Prévention13

EN PRATIQUE

Les 41 recommandations de la mission flash sur les urgences14

CONTENTIEUX

Décompte du temps de travail des praticiens hospitaliers.....16

FICHE PRATIQUE

Que faire du Compte Épargne-Temps en cas de modification de carrière ?.....17

FOCUS

Gardes et TTA, des mesures exceptionnelles mais illisibles.....18

VU POUR VOUS.....20

PETITES ANNONCES.....21



Hôpital et changement climatique

En cette période de rentrée, on peut remarquer des similitudes entre la situation du service public hospitalier et le changement climatique.

Cet été fut marqué par une sécheresse exceptionnelle, des records de chaleur battus et des phénomènes météorologiques extrêmes dévastateurs. Le constat d'urgence climatique est maintenant admis par la plupart des personnes raisonnables, les idées sont là mais leur application reste insuffisante au regard de la gravité de la situation.

Il en est de même pour l'hôpital, la saison estivale a été critique aux urgences, mais aussi dans tous les secteurs particulièrement ceux concernés par la permanence des soins : déficit d'attractivité pour toutes les catégories de personnel, détérioration des conditions de travail, pénibilité des gardes et astreintes, problèmes de gouvernance...

Les mesures de valorisation de la permanence des soins issues de la mission Flash vont dans le bon sens mais doivent être pérennisées.

Cela ne sera cependant pas suffisant et une vraie démarche pour améliorer les conditions d'exercice à l'hôpital est à concrétiser au plus vite.

Le SNPHARE va transmettre ses propositions lors d'une rencontre au ministère de la santé courant octobre, espérons que le changement de gouvernement aboutira rapidement à des effets concrets.

Éric Le Bihan
Président du SNPHARE

L'enquête « Nuits blanches » :

les résultats concernant les AR et les MIR

Action Praticiens Hôpital a décidé au mois de juin 2022 de lancer une grande consultation nationale auprès des praticiens sur leur pratique de la permanence des soins, l'enquête « Nuits blanches ». Cette enquête avait pour but d'évaluer le vécu et les conséquences de la contrainte de la permanence des soins chez les praticiens, pour donner des réponses rapides à la crise sanitaire actuelle, qui n'est plus une crise de la demande de soins (comme l'était la première vague COVID) mais une crise de l'offre de soins... Il ressort de cette enquête que 75 % des médecins sont susceptibles de quitter l'hôpital public. Tous les praticiens exerçant à l'hôpital (PH, HU, contractuels, CCA, cliniciens et assistants) ont été sollicités pour y répondre. Nous vous présentons ici les résultats concernant les médecins anesthésistes-réanimateurs et les médecins intensivistes-réanimateurs.

Mille-quatre-cent-treize praticiens anesthésistes-réanimateurs (AR) ont répondu à l'enquête APH : de fait, les résultats issus de l'anesthésie-réanimation pèsent beaucoup (près de 20 %) dans les résultats globaux. À ces 1413 s'ajoutent 222 MIR, pour lesquels la majorité des résultats est superposable aux résultats obtenus en AR. Nous avons décidé de regrouper ces deux professions dans la présentation.

Les données démographiques sont représentées dans le tableau 1.

Tableau 1 - Données démographiques		
	AR	MIR
Nb réponses	1413	222
Sexe		
Femme	51 %	30 %
Homme	49 %	70 %
Tranche d'âge		
< 30 ans	1 %	1 %
30 - 34	17 %	14 %
35 - 39	19 %	19 %
40 - 44	16 %	17 %
45 - 49	12 %	11 %
50 - 54	11 %	14 %
55 - 59	10 %	14 %
60 - 64	9 %	9 %
65 ans et plus	5 %	1 %

Les profils des répondants sont représentés dans le tableau 2.

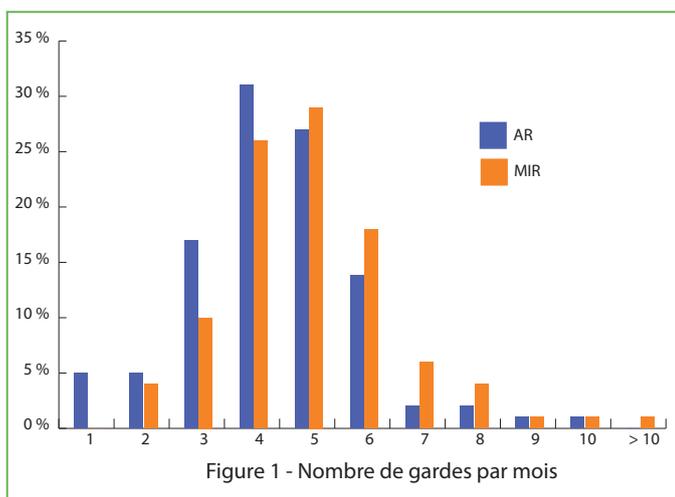
Quatre-vingt-dix-huit pour cent des AR participent à la permanence des soins. Outre leur spécialité, 5 % d'entre eux font des gardes dans une autre spécialité (urgences, SAMU). Quinze pour cent des

praticiens font des gardes dans plusieurs sites ou établissements, sans dispositif particulier de rémunération supplémentaire dans la majorité des cas (54 %).

Tableau 2 - Profils		
	AR	MIR
Statut		
CCA	3 %	3 %
Assistant	5 %	5 %
Contractuel - en attente du concours de PH ou pas	3 %	4 %
Contractuel - en attente poste PH	4 %	3 %
Contractuel (vacations régulières)	0 %	0 %
Contractuel (contrat long)	1 %	0 %
PH	77 %	79 %
Clinicien	3 %	2 %
MCU PH	0 %	0 %
PU PH	2 %	4 %
Temps plein	83 %	93 %
TTA		
Oui, avec contrat	47 %	46 %
Oui, sans contrat	34 %	39 %
Non	13 %	11 %
NSP	6 %	4 %
Activité libérale		
Oui, extra-hospitalière	4 %	2 %
Oui, intra-hospitalière	4 %	0 %
Non	92 %	98 %
PDS		
% PDS	98 %	100 %
% PDS multisite	15 %	10 %

LA MAJORITÉ DES RÉPONDANTS PRENNENT DES GARDES

Généralement, ils prennent 3 à 6 gardes par mois, régulièrement de manière rapprochée (24 heures d'intervalle entre deux gardes, type « vendredi – dimanche ») (Figure 1, Tableau 3). Le décompte du temps de travail est inhomogène : temps continu ou deux demi-journées, mais aussi parfois trois demi-journées (ce qui n'est pas réglementaire). Dix pour cent des répondants ignorent comment est décompté leur temps de travail. L'activité en nuit profonde est systématique ou au moins régulière pour l'ensemble des praticiens. Ceci souligne – nous le savons, mais les tutelles ou la population l'ignorent sans doute – que le terme de « garde » n'est plus une activité de veille « au cas où », mais une période d'activité intense, pénible et éprouvante physiquement. La conséquence en est un niveau de fatigue ayant un retentissement conséquent sur la journée post-garde. Ceci justifie pleinement également le repos de sécurité post-garde, victoire syndicale désormais ancienne du SNPHARE, pour l'ensemble des praticiens.



UNE PETITE MOITIÉ DES RÉPONDANTS FAIT DES ASTREINTES

Ils prennent 3 astreintes par mois en médiane (Tableau 4). Les astreintes des MIR sont des astreintes peu déplacées : nous faisons l'hypothèse qu'il s'agit de renfort de l'équipe de garde, tandis que celle des AR font souvent l'objet de déplacements significatifs. Il est à noter que les modalités de décompte du temps de travail sont très mal connues des praticiens, et que le temps de trajet est loin d'être systématiquement pris en compte.

Tableau 3 - Gardes

	AR	MIR
% des répondants prenant des gardes	96 %	100 %
Médiane	4	5
De garde à 24 h d'intervalle		
Régulièrement/au moins une fois/mois	74 %	80 %
Activité en nuit profonde		
% Systématique	77 %	80 %
% Systématique ou régulière	97 %	100 %
Décompte du temps de travail		
DJ (nuit = 2 DJ)	38 %	43 %
DJ (nuit = 3 DJ)	6 %	6 %
Temps continu	46 %	42 %
NSP	10 %	8 %
Fatigue post-garde		
Importante	72 %	76 %
Moyenne	26 %	23 %
Légère	1 %	0 %
Identique aux autres jours	0 %	0 %

Le repos de sécurité post-astreinte est rarement observé (15 à 25 %), principalement pour des explications organisationnelles, alors qu'il existe un niveau de fatigue post-astreinte non négligeable, même en l'absence de déplacement.

Tableau 4 - Astreintes

	AR	MIR
% des répondants prenant des astreintes	46 %	40 %
Médiane	3	3
Faites-vous plus de 3 astreintes par semaine ?		
Quasiment toujours	7 %	4 %
Régulièrement	19 %	22 %
Exceptionnellement	35 %	28 %
Jamais	40 %	45 %
Décompte du temps de travail en astreinte		
Oui	13 %	31 %
Non	53 %	60 %
NSP	35 %	9 %
Intégration du temps de trajet		
Oui	50 %	37 %
Non	34 %	39 %
NSP	16 %	24 %
Nb déplacement moyen par astreinte		
Exceptionnellement	57 %	93 %
1 à 2	41 %	5 %
> 2	3 %	1 %

Tableau 4 (suite)		
Durée de chaque déplacement en moyenne		
< 1 heure	6 %	13 %
1 à 2 heures	17 %	31 %
2 à 3 heures	32 %	17 %
3 à 4 heures	24 %	20 %
4 à 5 heures	10 %	12 %
> 5 heures	12 %	7 %
Nb appels téléphoniques		
0 à 1	65 %	9 %
2 à 5	32 %	3 %
> 5	3 %	0 %
Repos post-astreinte		
Oui toujours	25 %	15 %
Non (organisation du service)	62 %	68 %
Non (je ne connais pas cette réglementation)	12 %	17 %
Fatigue après astreinte déplacée		
Importante	31 %	23 %
Moyenne	47 %	53 %
Légère	18 %	19 %
Identique aux autres jours	3 %	5 %
Fatigue après astreinte non déplacée		
Importante	0 %	0 %
Moyenne	18 %	13 %
Légère	40 %	35 %
Identique aux autres jours	42 %	52 %

SUPERVISION DES DOCTEURS JUNIORS

La supervision des docteurs juniors (internes en dernière année) (Tableau 5) par un médecin senior est très hétérogène, tant dans ses modalités (astreinte en renfort ou médecin de garde) que dans sa valorisation (rémunération supplémentaire ou pas).

Tableau 5 : Supervision des docteurs juniors pendant les périodes de permanence des soins		
	AR	MIR
Non	46 %	33 %
Oui, astreinte non rémunérée	11 %	23 %
Oui, astreinte rémunérée	8 %	23 %
Oui, garde sans rémunération supplémentaire	34 %	19 %
Oui, garde avec rémunération supplémentaire	2 %	2 %

TROUBLES DU SOMMEIL

Les résultats sur les troubles du sommeil (Tableau 6) et la consommation de psychotropes sont sensiblement identiques à ceux des résultats globaux.

Tableau 6 - Troubles du sommeil		
	AR	MIR
Troubles du sommeil	67 %	67 %
Prise de psychotropes en rapport avec troubles du sommeil	16 %	14 %

ACTIVITÉ DU SAMEDI MATIN

L'activité du samedi matin (Tableau 7) déborde régulièrement sur l'après-midi, et ce débordement est effectué de manière bénévole et transparente dans un quart des cas. 96 % des répondants souhaitent que le samedi matin soit intégré à la permanence des soins.

Tableau 7 : Samedi matin		
	AR	MIR
Débordement sur l'après-midi « bénévole »	22 %	27 %
Samedi matin : à intégrer à la PDS		
Oui si activité non programmée	42 %	40 %
Oui dans tous les cas	53 %	53 %
Non	4 %	7 %

REGARD DES PRATICIENS SUR LA PERMANENCE DES SOINS

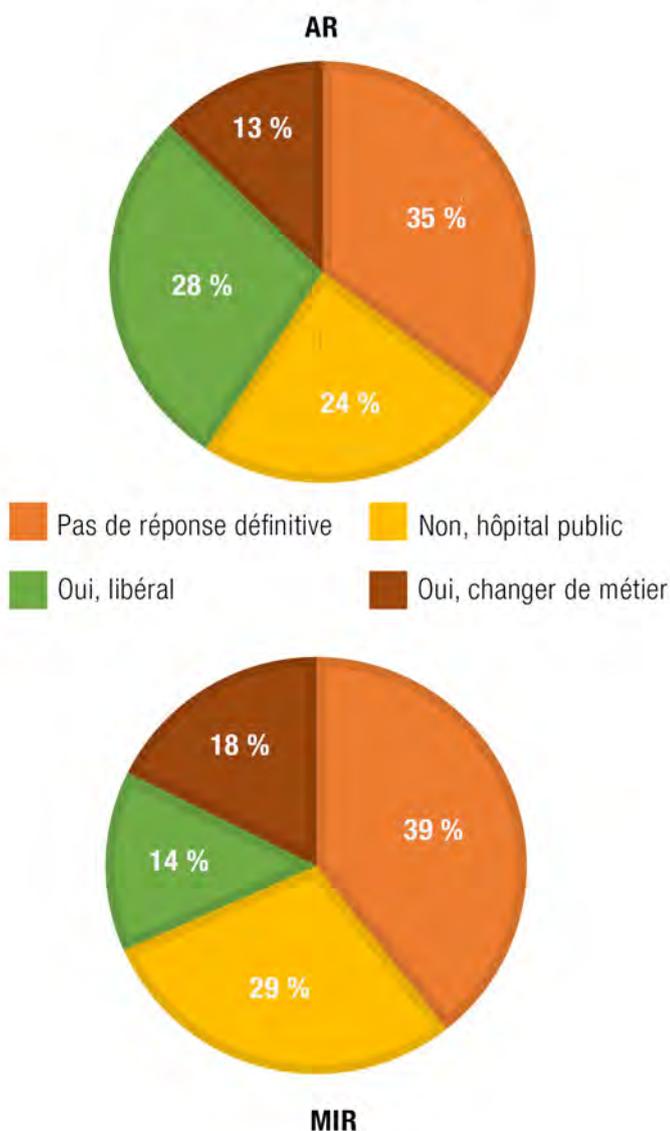
Le regard des praticiens sur la permanence des soins (Tableau 8) est terrifiant : à la quasi-unanimité, la reconnaissance financière est insuffisante ; la moitié des répondants souhaiterait avoir une participation moindre à la permanence des soins, et 30 % d'entre eux le vivent comme une corvée... alors que la moitié seulement des répondants jugent « intéressant » le travail réalisé pendant la permanence des soins.

Tableau 8 – Regard sur la permanence des soins		
	AR	MIR
C'est très bien payé	0 %	0 %
C'est bien payé	3 %	4 %
C'est mal payé	41 %	34 %
C'est très mal payé	61 %	54 %
Je souhaite en faire davantage	1 %	1 %
Je souhaite en faire moins	45 %	51 %
Je souhaite ne plus participer à la PDS	16 %	13 %
C'est un travail intéressant	53 %	59 %
C'est une corvée	31 %	29 %

LA CONTRAINTE DE LA PERMANENCE DES SOINS POURRAIT-ELLE VOUS FAIRE ENVISAGER D'AUTRES MODALITÉS D'EXERCICE DANS LES 5 ANS À VENIR ?

C'est le résultat le plus important de l'enquête, qui justifie son intérêt, et la nécessité d'avancer sur le sujet (Figure 2).

Figure 2 - Autres modalités d'exercice dans les 5 ans à venir



Peu de praticiens seulement pensent rester à l'hôpital pour les cinq années qui viennent malgré la contrainte de la permanence des soins (respectivement 24 % des AR et 29 % des MIR), tandis que 35 à 39 % s'interrogent.

Ces résultats sont identiques aux résultats globaux : la permanence des soins est une contrainte de toutes les spécialités hospitalières.

COMBIEN VAUT UN PRATICIEN ?

Le sujet de la permanence des soins ne se résume pas aux rémunérations, mais c'est un levier qui peut être très rapidement activé par les tutelles : c'est d'ailleurs ce qui s'est passé lors de cet été 2022, à l'issue de cette enquête. Concernant les rémunérations, les PH (tous échelons confondus) estiment la valeur de leur travail, hors garde, entre 8 000 (MIR) et 10 000 euros nets (ce qui est plus élevé que les réponses de l'ensemble des spécialités), et suggèrent un plancher de rémunération des astreintes (toutes confondues) à 200 euros nets, et des gardes à 500 euros nets.

CONCLUSIONS DU SNPHARE

« Le travail de nuit nuit à la santé » dit depuis des années le SNPHARE. Les conclusions de l'enquête Nuits blanches, toutes spécialités confondues, permettent de mettre en évidence l'importance, pour les tutelles, du sujet de la permanence des soins : c'est un sujet crucial désormais de l'attractivité de l'hôpital public.

Face à ces résultats, le SNPHARE ne peut que réitérer ses exigences pour la permanence des soins hospitalière. L'ouverture du chantier de la permanence des soins lors de la « Conférence des Parties Prenantes » (dont nous ne connaissons pas, à l'heure où nous écrivons, ni le contenu ni la méthode) est incontournable : les sujets du juste décompte du temps de travail en garde, mais aussi la durée de la garde, la reconnaissance de sa pénibilité et de ses conséquences sur la santé, l'équilibre entre vie professionnelle et vie familiale, la valorisation pour la retraite et bien sûr la rémunération de la permanence des soins devront y figurer.

Anne Wernet, Administratrice SNPHARE et APH

Urgences : un été qui passe mal

Les fermetures de SAU ou de lignes de SMUR se multiplient depuis l'été 2021, ce qui entraîne des difficultés majeures de prises en charge des patients dans toutes les filières de soins. Ces fermetures ne cessent d'augmenter sur l'ensemble du territoire et touchent aussi bien les Centres Hospitaliers Universitaires que les petites structures.

DES SERVICES PRIS EN ÉTAU

La période estivale n'a jamais été aussi tendue dans les services d'urgences : manque de médecins et d'infirmiers, hausse des besoins de soins, difficultés à trouver des lits pour hospitaliser les patients...

Les alertes et les faits divers se multiplient. Le décès d'un patient aux urgences du Nouvel hôpital civil de Strasbourg le jeudi 1^{er} septembre témoigne du cumul des dysfonctionnements et de l'inadéquation entre les besoins et les ressources. Les services sont pris en étau entre un nombre croissant de patients et des difficultés à trouver des lits.

En effet ce patient, après avoir attendu une vingtaine d'heures sur un brancard, a été retrouvé mort lors des transmissions entre les équipes du matin et de l'après-midi. L'avant-veille du décès, les soignants avaient déposé un droit d'alerte en raison de la situation qu'ils estimaient « intenable ». Le service tournait à plus de 160 % de sa capacité : 50 patients s'y trouvaient, alors qu'il n'y a de la place que pour 30 brancards. Sans parler des SAMU qui ont été mis en difficulté par une hausse de 20 % de leur activité et par les fermetures de nombreuses lignes SMUR sur l'ensemble du territoire.

**« Nous sommes très loin de l'accès
aux soins pour tous
avec des organisations adaptées aux
besoins populationnels. »**

À ces difficultés structurelles des SAU et des SMUR s'ajoutent des difficultés conjoncturelles. Il manque aujourd'hui plus que jamais, des personnels paramédicaux, des infirmiers notamment, et des médecins pour faire tourner correctement les services. Perte de sens, perte d'énergie, perte d'attention,

les difficultés sont multiples. Ce manque de moyens humains et matériels crée de la désorganisation, le tri dans les services d'urgences devient difficile à faire entre les patients urgents et les autres, et on augmente les risques de passer à côté d'un patient grave. Nous sommes très loin de l'accès aux soins pour tous avec des organisations adaptées aux besoins populationnels.

LES CHIFFRES

Un de nos communiqués paru fin mai décrivait des situations critiques avec plus de 120 services d'urgences sur 600 qui ont fermé leurs portes soit complètement, soit partiellement. Les difficultés concernent l'ensemble des urgences du territoire, le constat reste le même : le personnel manque et certains services sont obligés de fermer certaines plages horaires. Depuis fin mai les fermetures ne cessent d'augmenter sur l'ensemble du territoire et touchent aussi bien les petites structures que les Centres Hospitaliers Universitaires. Depuis la mission Flash, le ministère ne communique plus sur le nombre de SAU fermés. Une des mesures de la mission Flash est d'appeler le SAMU avant de se rendre aux urgences. Ce que nous avons senti se réaliser avec des SAMU-Centre 15 sous pression et débordés. Les appels aux Samu ont augmenté « de l'ordre de 20 % » durant la période estivale. La hausse d'activité engendrée n'a pas été suivie d'augmentation de moyens humains. Conséquence : l'explosion du nombre d'appels a entraîné des délais de décrochés supérieurs à plusieurs minutes et des réponses médicales anormalement retardées. Nous sommes loin des standards avec un décroché « bi-niveau » avec l'ARM (Assistant de Régulation Médicale) qui intervient en première intention très rapidement, et oriente soit vers la médecine générale, soit vers la médecine d'urgence. En effet l'ob-



jectif comme un vœu pieu, c'est 99 % des appels décrochés, dont 90 % dans les trente secondes, ce qui correspond aux critères de qualité des meilleurs centres internationaux d'urgences. Et cela ne va pas s'arranger sans une augmentation conséquente de médecins régulateurs et d'ARM. Actuellement 88 services d'urgences en France (sur environ 650, soit 13 %) ont mis en place une restriction d'accès à leur service, dont 67 avec une régulation médicale préalable et systématisée par le Samu-Centre 15 pour autoriser l'accès aux urgences. Cette organisation va probablement se généraliser. Réguler au préalable par le SAMU-Centre 15 les admissions en service d'urgence, c'est prendre le risque de noyer les urgences vitales nécessitant une prise en charge immédiate dans le flot des appels pour des consultations non programmées. Le retard potentiel à la prise en charge des urgences vitales n'est pas acceptable surtout quand on connaît les déficits en Assistant de Régulation Médical et en médecins régulateurs.

**« Actuellement 13 %
des services d'urgences en France
ont mis en place
une restriction d'accès à leur service »**

Sous-effectif chronique, manque de lits d'aval, horaires jugés inadaptés, congés maternité ou maladie non remplacés... Autant de raisons pour lesquelles une partie des médecins et des paramédicaux des urgences quittent l'hôpital. Le manque de lits d'aval, les patients qui attendent des dizaines

d'heures sur des brancards, ajoutent à l'épuisement du personnel. À toutes ces raisons la mission Flash n'y répond pas.

Il est temps que nos tutelles répondent à nos demandes concernant :

- Les conditions de travail des équipes, et notamment leur dimensionnement.
- Le temps de travail des médecins et des soignants.
- L'attractivité des carrières.

Les médecins et les soignants ont besoin de perspectives et non de mesures ponctuelles.

C'est pour cela que le SNPHARE demande pour toutes les spécialités :

- Des mesures d'attractivité immédiates :
 - La revalorisation immédiate, substantielle et pérenne de la permanence des soins : les gardes et les astreintes avec la prise en compte de leur pénibilité pour la retraite.
 - La reconnaissance des 4 ans d'ancienneté dont les praticiens hospitaliers nommés avant 2020 ont été privés.
 - Un vrai décompte de leur temps de travail avec une revalorisation du temps additionnel.
- Des mesures à plus long terme :
 - Un dimensionnement des équipes avec des ratios opposables pour une prise en charge qualitative des patients.
 - Une gouvernance plus horizontalisée pour une participation des professionnels de terrain aux décisions.
 - Une redéfinition de la mission de service public des hôpitaux et son partage avec le système d'hospitalisation privé.
 - Le retour à un dialogue social constructif.

*Anouar Ben Hellal,
Secrétaire général adjoint. du SNPHARE*

Infirmier anesthésiste pratique avancée : où en sommes-nous ?

Le 10 janvier 2022 le ministre de la Santé, sans organiser de concertation entre médecins anesthésistes-réanimateurs et infirmiers anesthésistes, annonçait l'ouverture de la pratique avancée aux infirmiers anesthésistes (IADE). Le SNPHARE fait le point sur ce dossier.

RAPPEL CHRONOLOGIQUE

En 2016, la loi de modernisation de notre système de santé crée le statut d'infirmier de pratique avancée. Les décrets d'application sortis en 2018¹ disposent des domaines de compétences dans lesquels les infirmiers peuvent exercer cette pratique avancée. Ils définissent par ailleurs l'exercice qui permet aux infirmiers de conduire un examen clinique, prescrire et analyser des examens biologiques et radiologiques, adapter des traitements en cours et prescrire des médicaments à prescription médicale non obligatoire. En 2020, suite au Ségur, la députée Stéphanie Rist propose une loi de simplification de notre système de santé par la confiance et la simplification dont les chapitres détaillent la volonté de créer une profession médicale intermédiaire. Un tollé est provoqué par cette dénomination au sein de la communauté médicale qui se souvient des officiers de santé du début du siècle mal formés pour répondre à un besoin populationnel avec des résultats médiocres.

Finalement après moult amendements, la loi sort au JO du 27 avril 2021. Le premier chapitre est consacré à l'exercice en pratique avancée en vue de le déployer à tous les auxiliaires médicaux (des infirmiers aux orthoptistes en passant par les kinésithérapeutes) y compris les infirmiers spécialisés que sont les IADE, les IBODE et les infirmières puéricultrices.

Après avoir annoncé le passage des infirmiers anesthésistes dans la pratique avancée sans autre forme de concertation des professionnels concernés, Olivier Véran missionne l'IGAS (inspection générale des affaires sociales) qui rend un rapport très orienté calqué sur les préconisations sur la pratique avancée des infirmières anesthésistes du conseil international des infirmières écrit par les membres de l'international Fédération des Infirmières anesthésistes présidée par

une *Certified registered nurse anesthetist* de l'association américaine des infirmières anesthésistes², un Français (M. Nico Decock CNP IADE), un Taiswanais et un Éthiopien.

Devant ce rapport, non seulement très orienté, mais surtout réalisé sans avoir consulté les médecins anesthésistes-réanimateurs et leurs représentants élus, **le SNPHARE dépose un préavis de grève afin d'exiger le respect des deux décrets sécurisant l'exercice de l'anesthésie** : décret sécurité de 1994 (diminution par 10 des accidents dus à l'anesthésie) et le décret de compétence 2017 qui liste les 4 domaines de compétences des IADE dont l'anesthésie sous la responsabilité directe du médecin anesthésiste réanimateur. **Un engagement écrit du ministre Olivier Véran concernant le respect des décrets est obtenu grâce à ce rapport de force.**

S'ensuivent 4 séances de concertation conduites par IGAS, IGES (inspection générale de l'enseignement supérieur) et la DGOS (direction générale de l'offre de soins) qui tournent essentiellement autour des évolutions de diplomation qui ne satisfont pas les IADE pour des raisons notamment d'accès aux études, de financement et d'altération de leur caractère professionnalisant. Ils s'insurgent également contre l'idée de ne faire passer que les nouveaux diplômés dans ce nouveau statut. Par ailleurs, le passage à la pratique avancée leur fait perdre *de facto* leurs 4 domaines de compétences (anesthésie, réanimation, urgence, douleur), ce qu'ils refusent unanimement.

- Certains représentants des IADE sont dans l'optique de faire évoluer leurs prérogatives comme indication et pose d'abord vasculaires écho-guidés, indication d'une transfusion si une réservation

¹ https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036515659/2018-07-19/

² https://www.icn.ch/system/files/documents/2021-05/ICN_Nurse-Anaesthetist-Report_FR_web.pdf

a été faite par l'anesthésiste ou gestion de l'antibioprophylaxie selon les protocoles établis.

- D'autres sont pour la création première d'une place dans le code de la santé publique comme auxiliaires médicaux de pratique avancée, ce qui les ferait sortir du corps des infirmiers – tout du moins – de celui des infirmiers en pratique avancée.
- Les enseignants pensent que le modèle américain est l'avenir de la profession.

Le consensus n'est donc pas si simple même entre les IADE.

Enfin, dernier facteur et pas des moindres et qui confère à notre avis de l'erreur, c'est la méconnaissance, par les deux ministères, du métier d'anesthésiste-réanimateur, qui tend à résumer une série d'actes en oubliant la masse de connaissances médicales qu'il faut mobiliser autour d'un seul patient !

AVANT L'ÉTÉ LA SITUATION EST EN SUSPENS

La fin des concertations s'appuie sur une proposition de section consacrée aux IADE dans le code de la santé publique, reconnaissant leur pratique avancée inhérente à leur spécialisation dans le respect des deux décrets suscités.

Les 2 CNP ARMPO et IADE s'engagent à travailler sur l'évolution des compétences des IADE afin de répondre d'une part à l'objectif de création de la pratique avancée : une amélioration de l'accès aux soins selon les besoins populationnels territoriaux, et d'autre part à la demande d'évolution professionnelle des infirmiers anesthésistes.

Cependant il reste des points d'achoppement :

1 La définition de la pratique avancée selon la loi de 2016 qui dispose de la primo-prescription, du premier recours et de la responsabilité sans autre forme de précision.

Si cette loi s'adapte volontiers à l'exercice des IPA en ville ou de pathologie chronique en établissement, elle n'est pas adaptée à la pratique de l'anesthésie. La primo-prescription n'est pas envisageable en anesthésie où les médicaments sont susceptibles d'engager le pronostic vital du patient.

Le premier recours n'est autre que la consultation qui est la pierre angulaire de la sécurité des soins en anesthésie et doit être médicalisée.

La responsabilité de chacun lors de ses actes ne borne pas la responsabilité en cas d'aléa thérapeutique, événement non prévu malgré la culture de la

sécurité des soins particulièrement développée dans la spécialité anesthésie. Il conviendrait de mûrir ce point dans la mesure où le médecin anesthésiste réanimateur dans un bloc ne peut pas refuser d'intervenir en rescue sur un problème grave qu'il aurait peut-être pu éviter — et cela qu'il soit responsable d'une ou plusieurs salles. La SHAM (assureur des établissements de santé) l'a clairement précisé : au-delà de deux salles pour un MAR, associé à la présence d'un IADE auprès du patient, la sécurité du patient est compromise.

2 Le décret d'application

En fin de dernière séance de concertation, des propositions législatives faisant l'unanimité ont été faites à la DGOS.

Elle consisterait en la création d'un chapitre consacré aux IADE reconnaissant leur pratique avancée dans un premier article du fait de leur expertise dans leur domaine de compétence anesthésie dans le respect du décret de sécurité.

Un deuxième article reprend le décret compétence de 2017 qui liste les 4 domaines de compétence des IADE tel qu'il est écrit.

La division apparaît avec la DGOS qui veut nous imposer un troisième article dit « l'article 13 » que le CNP ARMPO (union de la SFAR, du SNPHARE, du SNARF, du SNJAR et du CNEAR) rejette en force et qui consiste à calquer l'exercice IADE sur l'exercice IPA dans les domaines de maladies chroniques stabilisées (endocrinologie, néphrologie, psychiatrie, gériatrie).

Pour les soins péri-opératoires et la prise en charge de la douleur, l'infirmier ou infirmière anesthésiste, exerce en pratique avancée :

- 1) il est compétent pour conduire un entretien avec le patient qui lui est confié, effectuer une anamnèse de sa situation et procéder à son examen clinique ;
- 2) il peut également :
 - conduire toute activité d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage qu'il juge nécessaire ;
 - effectuer tout acte d'évaluation et de conclusion clinique ou tout acte de surveillance clinique et para-clinique, consistant à adapter le suivi du patient en fonction des résultats des actes techniques ou des examens complémentaires ou de l'environnement global du patient ou reposant sur l'évaluation de l'adhésion et des capacités d'adaptation du patient à son traitement ou sur l'évaluation des risques liés aux traitements médicamenteux et non médicamenteux ;



- prescrire des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire figurant sur la liste établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé en application de l'article R. 5121-202.

Les législateurs partent du postulat erroné que les infirmiers anesthésistes sont soumis aux mêmes règles de sécurité des soins et donc d'organisation de leur exercice que les IPA.

Les termes « soins péri-opératoires » et « prise en charge de la douleur » sont jugés trop vagues pour être inscrits dans la loi et le CNP ARMPO est d'avis que des discussions doivent être engagées avec les représentants IADE pour convenir d'un domaine de compétence pour lequel cet article serait adapté et qui répondrait à un besoin de la population.

Nous avons donc refusé que cet article soit écrit tel quel.

3 Organisation institutionnelle

Il est bien évident que les organisations hospitalières ou à but lucratif sauront organiser leur offre de soins en multipliant le nombre d'IADE IPA supervisés de près ou de loin par un MAR afin de multiplier l'activité sans augmenter leur masse salariale.

Les besoins dans les territoires étant de plus en plus grands en raison du vieillissement de la population et de sa précarisation, les municipalités seront toujours tentées d'ouvrir des centres de « petite chirurgie de proximité » qui ne fonctionnerait qu'avec des IADE isolés ou sous la responsabilité du chirurgien ou du médecin.

4 Formation des internes

La formation des internes tant sur la question de leur démographie (7^{ème} spécialité choisie aux ECN en 2022) que sur leur intégration dans une équipe de soins au cours de leur cursus n'a jamais été abordée.

ET APRÈS ?

À l'issue des concertations, M. Jean Debaupuis, inspecteur IGAS, missionné pour diriger cette concertation, a dû remettre un rapport au ministre Olivier Véran. Nous n'avons pas eu connaissance du contenu de ce rapport.

Nous avons obtenu un rendez-vous avec le cabinet du ministre de la Santé au cours duquel nous parlerons bien entendu de l'attractivité des carrières médicales hospitalières en général et de l'anesthésie réanimation médecine péri-opératoire et de la permanence des soins en particulier.

Nous aborderons à cette occasion le sujet de la pratique avancée des IADE afin de trouver le compromis qui sied à chacun et qui pourra être débattu par les CNP ARMPO et IADE ainsi que par les représentants syndicaux.

Nous sommes en contact avec nos députés et sénateurs pour expliquer les enjeux et proposer un modèle européen de la pratique avancée en anesthésie qui ne soit pas guidé par l'éternel modèle nord-américain qui voit une dichotomie terrible de l'accès aux soins dans les États qui l'ont mis en place.

Au niveau européen, les médecins anesthésistes qui travaillent avec des IADE sont convaincus comme nous que le binôme MAR-IADE ne doit pas être divisé et qu'il est un gage de sécurité et de qualité des soins..

EN CONCLUSION

Nous restons dans la conviction que la pratique avancée telle qu'elle est décrite dans la loi et les décrets d'application n'est pas adaptée à l'exercice infirmier de l'anesthésie.

Nous nous méfions du législateur qui, par méconnaissance du métier d'anesthésiste réanimateur, tend à résumer cette spécialité médicale en une série d'actes en oubliant la masse de connaissance qu'il faut mobiliser autour d'un seul patient.

Le besoin de reconnaissance statutaire des infirmiers anesthésistes est légitime ainsi que leur désir de faire évoluer leur exercice mais, ils ne pourront avancer qu'au travers d'une réflexion commune et des débats sur l'avenir de nos professions sur nos territoires en évitant une division délétère et bloquante.

*Emmanuelle Durand,
administratrice du SNPHARE*

François Braun, ex-président de SUdF, au ministère de la Santé et de la Prévention

Le ministre de la Santé et de la Prévention François Braun a été nommé le 4 juillet 2022. Ce n'est pas un inconnu du SNPHARE qui s'installe avenue de Ségur...



François Braun était encore récemment président du syndicat SAMU Urgences de France (SudF), membre des intersyndicales Avenir Hospitalier et Action Praticien Hôpital.

Les problématiques actuelles du service public hospitalier lui sont connues : déficit d'attractivité, pénibilité de la permanence des soins, pénurie de personnel médical comme paramédical, détérioration généralisée des conditions de soin.

La mission Flash menée par François Braun avant sa nomination a abouti à une majoration bienvenue des indemnités de sujétions et de temps de travail additionnel, que nous souhaitons voir pérenniser. Il faut noter que les arbitrages ont déjà montré leur influence en limitant la majoration des indemnités de gardes à 50% alors que le rapport Flash préconisait un doublement.

La nomination d'un professionnel de la santé au ministère de la Santé n'a pas toujours été favorable pour le service public hospitalier. La loi Hôpital Santé Territoire

si dommageable avait été mise en œuvre par une pharmacienne, Roselyne Bachelot. Dans un passé proche des médecins se sont succédé : Bernard Kouchner, Jean François Mattei, Philippe Douste-Blazy, Agnès Buzyn, Olivier Véran. Dans un article du monde paru le 12 août 2022 intitulé Crise de l'hôpital : « Et si c'était à refaire ? » la journaliste Véronique Chocron interrogeait six anciens ministres de la Santé à propos de leurs mandats. Certaines décisions de ces ministres médecins ne sont clairement pas allées dans le bon sens, mais la lecture de cet article interpelle sur le rôle primordial et souvent limitant des arbitrages de Matignon ou de Bercy dans les décisions de santé.

Le SNPHARE sera reçu dans les semaines qui viennent au ministère de la Santé, pour exposer ses principales propositions pour une amélioration de notre système de santé hospitalier et de nos conditions de travail.

Nous saluons la nomination comme ministre de la Santé d'un médecin issu de notre intersyndicale. Le SNPHARE restera une force de propositions et de négociations, gardant à tout moment indépendance et sens critique.

Éric le Bihan, Président du SNPHARE

Biographie François Braun (60 ans)

- Médecin urgentiste au sein du CHU de Nancy (1984).
- Chef du pôle Urgences, médecine polyvalente, justice et précarité de l'hôpital de Mercy, au CHR (Centre hospitalier régional) de Metz-Thionville en Moselle (depuis le début des années 2010).
- Président de Samu-Urgences de France (2014).
- Réélu président de Samu-Urgences de France (février 2020).
- Organisateur du transfert en TGV ou par hélicoptère de malades du Covid-19 vers des hôpitaux de régions moins touchées (avril 2020).
- Chef de la mission « flash » visant à trouver des solutions pour renforcer l'accès aux soins urgents et non programmés à l'été 2022 (31 mai 2022).
- Ministre de la Santé et de la Prévention (depuis juillet 2022).

Les 41 recommandations de la mission flash sur les urgences

Début 2022, les professionnels des urgences ont alerté sur une crise de ressources humaines inédite qui risquait d'amener l'ensemble des services d'urgences à la rupture et donc au défaut de soins généralisé, avec l'été 2022 comme période à risque maximal. C'est pourquoi le président de la République a annoncé une mission flash sur les urgences le 1^{er} juin 2022, confiée au Dr François Braun, président de SUdF. Le 8 juin, ce dernier déclarait que « plus de 150 pistes » devaient être triées et priorisées dans le cadre de cette mission. Le 30 juin, après une réunion de travail avec la Première ministre, il a remis son rapport, qui retenait 41 recommandations « pour passer l'été ».

EN AMONT DES URGENCES

1. Campagne sur le bon usage des SU
2. Faciliter le recrutement d'ARM
3. Relever les effectifs ARM
4. Permettre aux MRG en journée d'être collaborateurs occasionnels du service public
5. Ouvrir le SAS à tous les professionnels de santé pour développer des filières directes
6. Rémunérer les MRG 100 €/h
7. Généralisation du SAS au niveau national
8. Prolonger l'autorisation de cumul d'activité titulaire/remplaçant (MG et IDEL)
9. Encourager l'activité des médecins retraités
10. Supplément de 15 € pour un acte effectué par un médecin libéral à la demande du SAMU/SAS
11. Formaliser l'organisation des SNP le samedi matin
12. Unités mobiles de télémédecine
13. Prise en charge à 100 % des téléconsultations sur l'été
14. Autoriser, sur prescription SAMU, le TSU vers les cabinets médicaux et MMG
15. Revoir à la hausse le plafond d'heures TSU
16. Mobiliser les infirmier(e)s libéraux volontaires pour répondre aux SNP
17. Simplifier pour l'été les protocoles de coopération entre professions de santé sous coordination médicale
18. Maintenir les lignes SMUR mutualisées avec les SU en organisant parallèlement la continuité des soins au sein de l'établissement
19. Élargir à H24 la permanence des HéliSMUR dans les zones en difficulté

20. Renforcer les liens et développer les MCS dans les zones sous-denses
21. Redéployer les VLI sapeurs-pompiers en fonction des besoins de la population (zones « blanches »)
22. Autoriser temporairement une équipe paramédicale de médecine d'urgence (EPMU)

DANS LES SERVICES D'URGENCE

23. Réguler les admissions en SU, soit à l'entrée, soit par la régulation médicale préalable par le SAMU/SAS
24. Autoriser la suspension d'activité partielle d'un SU dans une logique territoriale
25. Associer privé et public pour la PDSES sous la coordination de l'ARS
26. Autoriser les DES avec licence de remplacement à travailler à l'hôpital public
27. Participation du 3SM (IDE et médecins pompiers) à l'activité des SU
28. Prolonger l'autorisation d'exercice des PADHUE
29. Autoriser le TTA pour les docteurs juniors
30. Favoriser le recrutement de libéraux à l'hôpital en plus de leur activité libérale
31. Lieux d'accueil intersectoriels pour les SNP de psychiatrie à disposition du SAMU/SU
32. Accélérer la titularisation des personnels non médicaux en poste
33. Majoration du paiement, pour l'été, des gardes de nuit (médecins) et des heures de nuit (non médecins)
34. Majoration des gardes et des heures de WE lors des ponts estivaux (14/07 et 15/08)

Abréviations :

SNP : soin non programmé
 SAS : service d'accès aux soins
 MRG : médecin régulateur généraliste
 ARM : assistant de régulation médicale

MMG : maison médicale de garde
 TSU : transport sanitaire urgent
 MCS : médecin correspondant du SAMU
 SU : service d'urgence
 PDSES : permanence des soins en établissement de santé

- 35. Bénéfice de la prime de risque aux équipes de psychiatrie, pédiatrie et maternité de la chaîne urgences/SNP
- 36. Prendre une position nationale sur l'attribution du budget PDES aux urgences des établissements privés

EN AVAL DES SU

- 37. Faciliter les admissions directes en service en permettant au MGL de joindre directement un spécialiste
- 38. « Bed manager » dans tous les établissements siège de SU
- 39. Gestion territoriale des lits d'aval sous la responsabilité de l'ARS
- 40. Libéraliser l'hébergement d'urgence en EHPAD avec les 15^{1ers} jours sous le régime de l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation
- 41. Évaluation de l'HAD systématique à l'entrée en EHPAD et avant l'UHCD (implantation d'un personnel de liaison HAD au SU)

ET MAINTENANT ?

La Première ministre s'est engagée à reprendre l'intégralité de ces 41 recommandations - en pratique, seuls les recommandations ayant été approuvées par l'arbitrage de Matignon figurent dans le rapport ! Une instruction (N° DGOS/DGCS/DSS/2022/182 du 10 juillet 2022) a été envoyée aux ARS pour leur mise en œuvre rapide. Les premiers textes ont été publiés dans la foulée (arrêté du 11 juillet prescrivant un ensemble de mesures générales et arrêté du 12 juillet revalorisant les gardes des médecins hospitaliers).

Plus intéressant, après les 41 points, ce rapport aborde un certain nombre de réformes pour aller au-delà de la gestion de crise. Les axes de réformes se réfèrent essentiellement aux soins non programmés et aux enjeux de la médecine de ville mais on



retiendra l'axe 6 (« Dynamiser la politique RH de l'hôpital ») qui affronte les conditions de travail, la pénibilité du travail de nuit, mal reconnu, et la gouvernance qui n'a pas été remédialisée.

L'IGAS a été chargée d'évaluer l'efficacité de ces 41 mesures d'urgence et, en particulier, d'évaluer la régulation de l'amont par le 15 (2 rapports attendus). Enfin, une très prochaine « conférence des parties prenantes » devrait permettre d'envisager et de débattre des réformes à mener pour rebâtir le système de santé.

Renaud Chouquer, administrateur du SNPHARE

Pourquoi adhérer au SNPHARE ?

Les membres du bureau et les délégués du SNPHARE, syndicat National des praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs, ÉLARGIS À TOUTES LES SPÉCIALITÉS, travaillent d'arrache-pied, de façon bénévole puisque le SNPHARE ne reçoit aucun autre financement que celui des cotisations de ses adhérents.

Outre que l'adhésion est un soutien moral et financier au SNPHARE, le SNPHARE a d'autant plus de poids qu'il compte d'adhérents.

Merci de nous soutenir par votre adhésion. La cotisation s'élève à 190 euros, et est déductible des impôts : au final, cela coûte moins de 6 euros par mois, et cela nous permettra de vous défendre personnellement et de défendre les médecins hospitaliers collectivement auprès des tutelles.

POUR ADHÉRER AU SNPHARE, rendez-vous sur <https://snphare.fr/fr/adherer>

Que faire du Compte Épargne-Temps en cas de modification de carrière ?

Le compte épargne-temps (CET) a été mis en place pour les praticiens hospitaliers en 2002 dans le cadre du protocole d'accord sur la réduction du temps de travail (RTT). Il est obligatoire d'utiliser au minimum 20 jours de CA par an, mais le reliquat (dans la limite de 20 j par an sauf dérogation ARS), les RTT et le temps de travail additionnel non indemnisé peuvent être versés sur le CET.

L'accord initial a été remanié plusieurs fois depuis 2002, et le CET actuel peut se conserver toute la carrière, avec un plafond de 208 jours (pouvant être porté à 300 jours pour circonstances exceptionnelles, après accord de la commission régionale paritaire).

Nombre de praticiens hospitaliers disposent ainsi d'un CET bien garni : comment l'utiliser, et que devient-il en cas de changement de statut ou de position d'activité ?

Quelle que soit l'utilisation envisagée du CET, un élément primordial est à garder à l'esprit : les établissements ont l'obligation de comptabiliser un passif pour chaque jour épargné par le titulaire du compte. Cette provision doit suivre le praticien en cas de changement d'établissement ou de position d'activité (Art. R. 6152-809-1).

Les jours épargnés peuvent être indemnisés ou utilisés sous forme de congés. L'indemnité est fixée à 300 euros brut par jour, quel que soit l'échelon et n'apporte pas de cotisation retraite : cette option est peu avantageuse, particulièrement en fin de carrière. Les jours de CET sont considérés comme une activité effective : les indemnités restent dues pendant toute la durée du congé (Art. R. 6152-808). Toute activité rémunérée est interdite pendant cette période, à de rares exceptions (expertises judiciaires).

Retraite

Le CET peut être utilisé sous forme de congés avant le départ en retraite, et doit être totalement vidé le jour de la cessation d'activité. Il faut donc planifier bien à l'avance, un CET de 208 jours nécessitant près d'un an pour être liquidé (il y a 253 jours ouvrés en 2022). Ce congé peut être pris en bloc avant le départ ou posé au fil de l'eau pour aménager la fin de carrière, il ouvre droit à congés annuels et RTT. La nécessité de service ne peut être opposée si le temps épargné est égal au temps restant à servir avant le départ en retraite (Article R6152-807).

Mutation

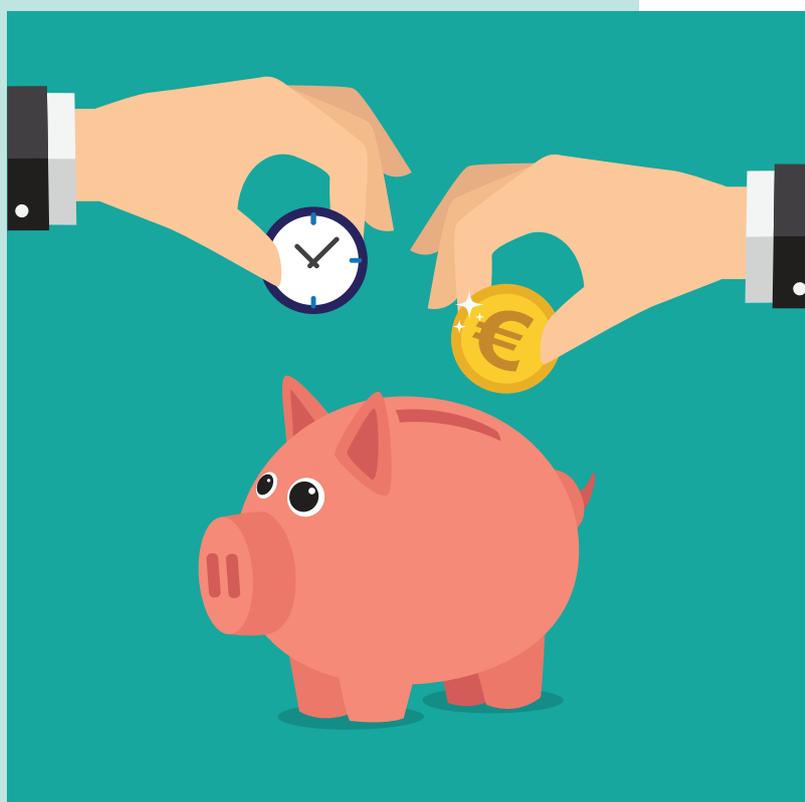
Le CET suit le praticien dans son nouvel établissement, qui est obligatoirement indemnisé par l'établissement de départ (Art. R. 6152-809-1).

Disponibilité, détachement, recherche d'affectation, congé parental

Ce ne sont pas des motifs de liquidation tant qu'il n'y a pas cessation définitive d'activité. Le CET reste au bénéfice du praticien, il est conservé par l'établissement ou transféré au CNG (recherche d'affectation). Le compte épargne-temps peut être utilisé de plein droit à l'issue d'un congé de maternité, d'adoption, de paternité, de solidarité familiale ou d'un congé de maladie de plus de trois mois.

Cessation définitive d'activité

En cas de démission ou d'incapacité définitive le CET doit être liquidé. Les jours n'ayant pu être utilisés doivent être indemnisés. En cas de décès l'indemnisation est versée aux ayants droits (Arrêté du 17 avril 2014).



Gardes et TTA, des mesures exceptionnelles mais illisibles

Après 2 ans de crise et 8 arrêtés, toujours pas de vraie revalorisation des gardes et astreintes des PH. PHARE fait le point.

Arrêté	Mesure	Pour qui ?	Période	Conditions	Qui décide ?
1 Arrêté du 8/06/20	TTA majoré 50% Gardes majorées 20%*	PH HU	Du 1/03 au 30/04/20	Validation/DG du TTA et gardes effectuées Si > au seuil minimal de gardes	DG CH
2 Arrêté du 12/04/21	TTA majoré 50% Gardes majorées 20%*	PH HU	Du 1/02 au 30/04/21	CH en zone circulation virale Validation/DG du TTA et gardes effectuées	DG ARS DG CH
3 Arrêté du 26/08/21	TTA majoré 50% Gardes majorées 20%*	PH HU	Réactivation du 2/08 au 31/10/21	Mêmes conditions HU : fin de la majoration	DG ARS DG CH
4 Arrêté du 18/12/21	TTA majoré 50% ⚠ 100% du 20/12 au 31/01 Gardes majorées 20%* ⚠ 100% du 20/12 au 31/01	PH HU	Prolongation au 31/01/22 et sur-majoration 20/12 au 31/01	⚠⚠ Pour la période 20/12 – 31/01 toutes zones sont concernées (circulation virale ou non)	DG ARS DG CH
5 Arrêté du 15/02/22	TTA majoré 50% Gardes majorées 20%*	PH HU	Prolongation au 28/02/22	CH en zone circulation virale Validation/DG du TTA et gardes effectuées	DG ARS DG CH
6 Arrêté du 07/04/22	TTA majoré 50% Gardes majorées 20%*	PH HU	Prolongation du 01/03 au 30/04/22	CH en zone circulation virale Validation/DG du TTA et gardes effectuées	DG ARS DG CH
7 Arrêté du 29/06/22	TTA majoré 100% Gardes majorées 40%*	PH HU	Du 01/06 au 15/09/22	Validation/DG du TTA et gardes effectuées	DG CH
8 Arrêté du 12/07/22	Gardes majorées 50% Gardes majorées (50%)	PH HU	Du 01/07 au 30/09/22	Validation/DG du TTA et gardes effectuées Disparition du seuil minimal de gardes effectuées pour les HU	DG CH

Abrogé le précédent arrêté pour les HU

HU = hospitalo-universitaire, PH = praticien hospitalier, DG = directeur général

DES MESURES TRANSITOIRES ET ILLISIBLES

Ces mesures exceptionnelles sur les gardes et le TTA s'enchaînent depuis bientôt 1 an et demi et le moins qu'on puisse dire c'est qu'elles sont illisibles.

Les personnels médicaux sont concernés à titre variable. Tous les établissements ne sont pas concernés ou alors pas toujours. Quand des zones géographiques sont définies, la définition est sujette à interprétations. Qu'est-ce qu'une « zone de circulation active du virus » quand on est en pleine vague épidémique, que la situation change tous les jours, qu'elle est différente dans chaque département voire canton ou commune ?

Pourquoi est-ce l'ARS qui décide au cas par cas, quel CH est en zone de circulation active ou non ? Pourquoi une règle claire et simple n'a-t-elle pas été définie et écrite à l'avance, valable sur tout le territoire ?

Mais surtout pourquoi faire si compliqué ? N'y avait-il pas un impératif d'efficacité dans l'esprit de ces mesures ?

DES MESURES DONT L'APPLICATION EST INCERTAINE DU FAIT D'UNE LATITUDE LAISSÉE AUX ARS ET AUX ÉTABLISSEMENTS

En janvier dernier, le SNPHARE a demandé à la DGOS une clarification des conditions d'octroi de ces majorations. Aucune clarification n'a été réalisée, ni par le ministère ni par les ARS.

DES MESURES DONT L'EFFICACITÉ RESTE À PROUVER

Le dernier texte, en juillet 2022, propose enfin la même mesure pour tous les personnels, mais c'est encore soumis à validation par le directeur d'établissement.

Car au-delà de leur application réelle, ces majorations sont encore timides et les astreintes ont été oubliées.

Par ailleurs, ces mesures s'éteignent en septembre 2022 et c'est le principal écueil. Maintenant qu'on a « passé l'été », il faut passer l'automne et ainsi de suite.

C'EST POURQUOI LE SNPHARE DEMANDE :

- Que tous les établissements concernés appliquent l'ensemble de ces mesures et pour tous les personnels éligibles
- Que ces mesures soient inscrites dans la durée.
- Que les astreintes soient prises en compte dans la revalorisation de la permanence des soins.
- Que la majoration des gardes soit à la hauteur des attentes des praticiens : cf enquête Nuits Blanches (APH)



SI VOUS SOUHAITEZ LIRE LES ARRÊTÉS, VOICI UN PETIT LEXIQUE POUR FACILITER LA LECTURE DES TEXTES

- Établissements mentionnés au L6141-1 = les CH (CHL, CH Inter communal, CHG, CHR, CHU)
- Personnels mentionnés au 1°, 2° et 4° du L6152-1 = respectivement PH, PHC et Prat Associés
- Personnels mentionnés au L 6151-1 = personnels enseignants et hospitaliers = HU

Vous trouverez les liens pour les 8 arrêtés sur notre site SNPHARE (<https://www.snphare.fr>)

Renaud Chouquer, administrateur du SNPHARE



Exposition annuelle de l'A.A.P.S (Association des Artistes Professionnels de Santé)



Conception & Réalisation : A.A.L.H.P. Dominique Carré - Peinture : Evelyne Bouammi - Ne pas jeter sur la voie publique

VIII^e salon des Artistes de Santé

15 au 21 novembre 2021 de 14 h à 19 h

ESPACE BEAUREPAIRE

28, rue Beaurepaire 75010 Paris - Métro : République

Information & Contact : www.aapssantearts.fr - www.espacebeaurepaire.com

VU POUR VOUS

C'est l'histoire d'une association créée par le Dr Aimé Bénichou qui exposait des œuvres de peintres médecins à la faculté de Médecine, rue de l'école de Médecine entre 1968 et 2012.

Aujourd'hui appelée l'Association des Artistes Professionnels de Santé et présidée par Jean-Louis Cazor, lui-même artiste peintre et cardiologue, elle rassemble des artistes qui s'expriment selon diverses disciplines de l'aquarelle à l'huile en passant par le vitrail et la joaillerie.

Elle compte une cinquantaine de membres en activité, retraités ou en formation, soignants et personnels administratifs.

Certains soignants se sont découvert la passion du dessin pendant leur cours d'anatomie, d'autres ont attendu la retraite pour pouvoir se consacrer pleinement à leur art. Enfin il existe des spécialités où la pratique de l'art fait partie intégrante du métier comme en psychiatrie ou en pédiatrie.

AAPS organise sa neuvième exposition annuelle à l'espace Beaurepaire près du canal Saint-Martin à

Paris du 7 au 13 novembre 2022. À ne pas rater !

À noter que l'exposition de 2021, encore visible dans ce même lieu, réunit bronzes, acryliques et pastels et nous rappelle combien l'art prend de la place dans la santé.

Emmanuelle Durand, administratrice du SNPHARE

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>

**ANNONCES DE
RECRUTEMENT**



Hôpital
cœur de ville



LE CENTRE HOSPITALIER DE NARBONNE RECRUTE

Un(e) Médecin Anesthésiste

Le poste est sous statut
hospitalier (P.H., Praticien
contractuel ou attaché)



Rejoignez l'équipe dynamique du Service d'anesthésie du Centre Hospitalier de Narbonne !

Profil : Médecin anesthésiste salarié expérimenté.

Contrat de praticien contractuel au 4^{ème} échelon
+ 10 % (près de 4000 € net/mois) + astreintes
opérationnelles et indemnités de déplacement.

Gardes sur place avec récupération de sécurité.

Maternité de niveau 1 - garde sur place avec

85 accouchements par an et 8 000 consultations :

- 23 lits gynécologie-obstétrique et 16 lits pédiatrie.
- Bloc obstétrical récent et équipé en conformité avec l'état de l'art.
- Péridurales 24h/24 (anesthésiste sur place).

- Un IADE dans chaque salle interventionnelle, de 8h00 à 18h00 et un IADE d'astreinte.
- 2 échographes.

Plateau technique :

- IRM, TDM (24h/24).
- Service de soins intensifs de cardiologie et de neurologie.
- SMUR.
- Service de Réanimation (8 lits) et soins continus (4 lits).

Le Centre Hospitalier de Narbonne, principal établissement public de santé desservant l'Est du département de l'Aude (à 1h de l'Espagne et de Montpellier et 1h30 de Toulouse).

Établissement de 550 lits et places, installé dans un bassin de population en forte croissance démographique 52 855 habitants pour Narbonne (+ 3,16 % entre 2010 et 2014) et 125 000 habitants pour la communauté d'agglomération.

Narbonne l'héritière, ville d'art et d'histoire, Narbonne la méditerranéenne et sa qualité de vie, Narbonne l'énergique offrant un formidable cocktail d'activités, Narbonne l'épicurienne avec son centre-ville ensoleillé et son art du bien-vivre, Narbonne la festive avec son théâtre et ses festivités permanentes, Narbonne l'authentique, bénéficiant d'une nature préservée vous souhaite la bienvenue.

CONTACTS

Bureau des Affaires Médicales

Tél. : 04 68 42 60 28 - affairesmedicales@ch-narbonne.fr





**AP-HP. Nord
Université
de Paris**

**Hôpital Bichat -
Claude Bernard, APHP,
Paris**



**Nous recherchons
pour notre département
d'anesthésie-réanimation**

UN ASSISTANT-SPÉCIALISTE OU PRATICIEN CONTRACTUEL

L'activité d'anesthésie (programmée et d'urgence) est variée et comprend les spécialités chirurgicales cardiovasculaires, (chirurgie cardiaque et transplantations), cardiologie interventionnelle et rythmologie, chirurgie thoracique et transplantation pulmonaire, chirurgie vasculaire et endoprothétique, chirurgie digestive et bariatrique, chirurgie ORL, ambulatoire, urologie, gynécologique et obstétrique ainsi qu'orthopédique. Des activités de radiologie et de pneumologie interventionnelle sont également réalisées.

L'activité de soins critiques est réalisée avec une unité de réanimation chirurgicale (12 lits), une unité de soins continus (6 lits) et la prise en charge des urgences vitales 24h/24.

L'établissement est centre de référence pour la transplantation pulmonaire, les maladies vasculaires graves et les maladies pulmonaires fibrosantes.

La permanence des soins est assurée par 5 lignes de garde en anesthésie, chirurgie cardiaque, obstétrique, et réanimations. Le nombre de gardes est de l'ordre de 3 à 5 par mois. L'équipe médicale de 50 ETP comporte un encadrement de 2 PU-PH, 1 MCU-PH, et 3 CCA et 4 assistants.

15 internes du DES et 7 médecins FFI sont accueillis dans le service.

L'équipe paramédicale est constituée de 45 IADE, 45 IDE, 8 perfusionnistes, 4 cadres et un cadre supérieur.

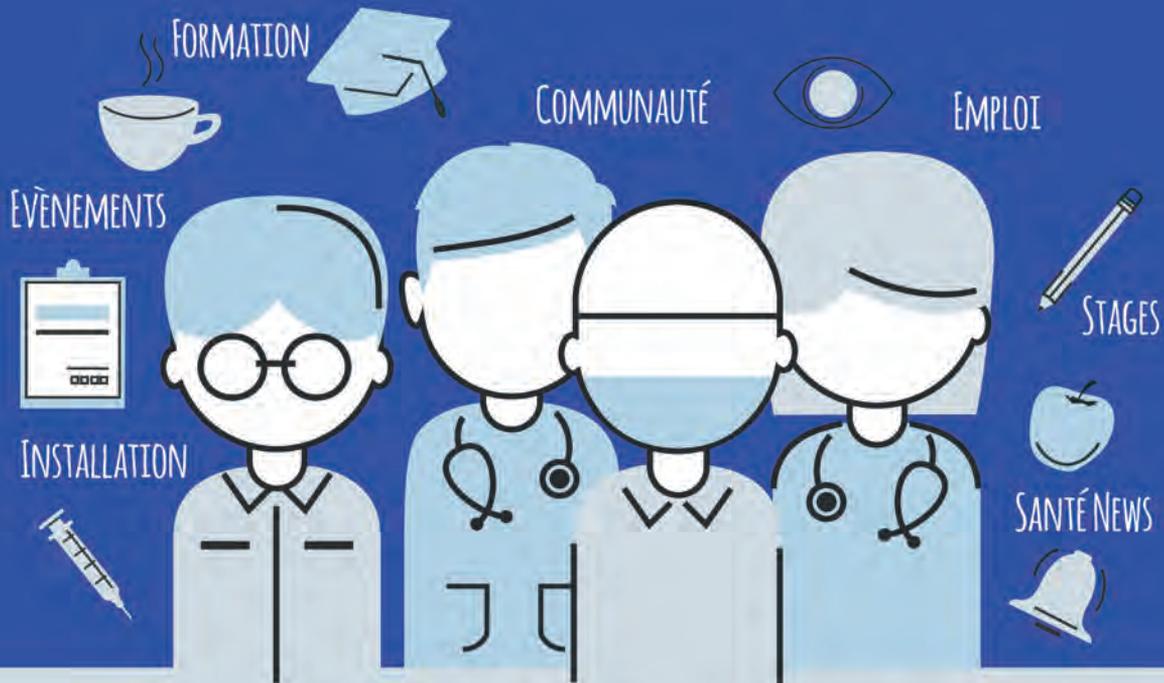
3 secrétaires et 1 psychologue sont également présents dans le service.

L'hôpital dispose de toutes les techniques modernes 24h/24 et 7j/7. Possibilité de formation en écho-cardiographie sur site et formation théorique. Réunions hebdomadaires : discussion pluridisciplinaire des dossiers d'anesthésie complexe, réunion de programmation des blocs opératoires, conférences d'anesthésie et de réanimation.

Enseignement hebdomadaire aux internes avec initiation à la méthodologie et présentation de cas cliniques.

Merci de contacter :

Dr Montravers au 01 40 25 60 24
philippe.montravers@aphp.fr
Secrétariat du service : 01 40 25 83 55



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 Acteurs Hospitaliers d'Ile-de-France

e
pôle emploi

UniHA
UNIVERSITÉ HOSPITALIÈRE DE LA SEINE-SAINT-DENIS

FEHAP
FEDERATION EUROPEENNE DES HOSPITALIERS
PRIVES NON LUCRATIFS

01 53 09 90 05 CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode

