

PHARE #99

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

**Le SNPHARE vous adresse
ses meilleurs vœux pour 2023.
Année 2023, année de l'attractivité ?**

**APPORTS D'UN PSYCHOLOGUE INTÉGRÉ AUX SERVICES DE SOINS AIGUS |
FORMATION CONTINUE | LES BATAILLES SOUTENUES PAR LE SNPHARE**

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Dr Anne GEFROY-WERNET - Présidente Centre Hospitalier de Perpignan anne.wernet@snphare.fr	CSPM - CSN (AR) - Commission régionale paritaire Occitanie - CNP anesthésie-réanimation - Intersyndicale Avenir Hospitalier - APH - Communication - Revue PHARE	Ligne Directe : 04 68 61 77 44 Portable : 06 63 83 46 70
Dr 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 poste 73224 Portable : 06 99 39 20 64
Dr Veronique AGAESSE - Secrétaire générale. CHU - Amiens veronique.agaesse@snphare.fr	CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR) Commission régionale paritaire des Hauts de France Relations avec les délégués hors Ile de France	Standard : 03 22 80 00 00 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 CRP - CNUH Revue PHARE	Ligne directe : 01 30 84 96 00 Portable : 06 73 78 00 46
Dr Renaud CHOUQUER - Secrétaire gén. adjoint CH Annecy-Genevois, site d'Annecy renaud.chouquer@snphare.fr	CSN (AR) - Revue PHARE	Ligne directe : 04 50 63 62 95
Dr Matthieu DEBARRE - Secrétaire gén. adjoint CHI Saint-Brieuc matthieu.debarre@snphare.fr	Relation avec les délégués - Communication Commission Régionale Paritaire Bretagne - Revue PHARE	DECT : 02 96 01 76 22
Dr Bruno GREFF - Secrétaire gén. adjoint CHU - Hôpital Robert Debré - Paris bruno.greff@snphare.fr	Webmaster - Revue PHARE	Portable : 06 64 74 62 66
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 Guillaume SUJOL - Trésorier adjoint CH Thuir guillaume.sujol@snphare.fr	CRP - Communication - Fichier - Relations avec les non-AR	Ligne directe : 04 68 84 65 18 Portable : 06 15 99 24 22
Dr Mathieu BRIERE - Administrateur CHU Nîmes, Hôpital Caremeau mathieu.briere@snphare.fr	CRP - Relation avec les délégués - Revue PHARE	Portable : 07 77 92 65 68
Dr Jullien CROZON - Administrateur Groupement Hospitalier Edouard Herriot, Lyon jullien.crozon@snphare.fr	CSN (AR) - CRP Rhône-Alpas-Auvergne - 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 Emmanuelle DURAND - Administrateur CHU - Reims emmanuelle.durand@snphare.fr	CFAR - CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR) - Conciliation et médiation - Commission régionale paritaire Grand Est - Revue PHARE	Ligne directe : 03 10 73 61 28
Dr Georges ESTEPHAN - Administrateur CHU - Hôpital européen Georges Pompidou - Paris georges.estephan@snphare.fr	CSN Anesthésie-Réanimation Revue PHARE	Portable : 06 64 71 49 81
Dr Laurent HEYER - Chargé de mission Hospices Civils de Lyon - laurent.heyer@gmail.com	Membre 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 Francis VUILLEMET - Administrateur 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

SOMMAIRE

LE POINT SUR

Reclassement des PH :

où en sommes-nous ?..... 4

RENDEZ-VOUS

Le SNPHARE reçu au ministère des

Solidarités et de la Santé.....5

SÉMINAIRE DU SNPHARE.....8

LES BATAILLES SOUTENUES PAR LE SNPHARE

Témoignage.....10

Grève..... 12

FORMATION

Formation continue des médecins :

40 ans d'errance diagnostique et

thérapeutique pour le marronnier

de l'exécutif !.....14

DOSSIER

Apports pour les professionnels de santé

d'un psychologue intégré

aux services de soins aigus.....17

INTERVIEW

Le concept de l'aviation

« Crew Resource Management »

appliqué en médecine.....22

ON N'EST PAS QUE DES PH.....24

PETITES ANNONCES.....25

ÉDITO



2023, l'année de l'attractivité ?

La permanence des soins reste un problème majeur de notre système de santé. Essentiellement assurée par l'Hôpital Public, ses enjeux sont intriqués avec l'attractivité des carrières en particulier, et avec l'adéquation des moyens hospitaliers aux besoins de santé en général. Pour la première fois, des mesures substantielles concernant la revalorisation de la permanence des soins ont été prises. Ces mesures provisoires d'attractivité prises à l'été 2022 et partiellement reconduites jusqu'au 31 mars 2023 ont certes apporté une compensation aux équipes surmenées, mais elles ne sont pas suffisantes pour rétablir des conditions de travail satisfaisantes.

Le SNPHARE a récemment présenté au cabinet du ministre de la Santé ses propositions pour restaurer l'attractivité des carrières hospitalières. Le chantier de la permanence des soins est important, mais il n'est pas seul responsable de la dégradation des conditions d'exercice des praticiens. Gouvernance, retraites, reconnaissance de la pénibilité des gardes, mais aussi des astreintes, respect de l'obligation de décompte du temps de travail, sanctuarisation de la formation continue... Et le reclassement équitable de tous les praticiens hospitaliers, que le Conseil d'État n'a pas voulu imposer, mais que le gouvernement peut toujours décider d'adopter en 2023 !

Le SNPHARE s'engage pour vous, plus que jamais, à se battre pour le respect de notre métier de médecin hospitalier et à défendre l'attractivité des carrières hospitalières. L'ensemble du Conseil d'Administration souhaite à chacun de ses adhérents de meilleures conditions de travail, une meilleure reconnaissance et un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.

Bonne année à tous !

Éric Le Bihan
Vice-Président du SNPHARE

PHARE

ISSN : 2729-1928

Président du comité de rédaction :

Eric Le Bihan

Comité de rédaction :

Anouar Ben Hellal - Renaud Chouquer -

Jullien Crozon - Matthieu Debarre,

Emmanuelle Durand, Georges Estéphan -

Bruno Greff - Francis Vuillemet - Anne Wernet

Éditeur : Ektopic

11 bis av Mal de Lattre de Tassigny

94000 Créteil - 06 71 67 15 72

Directeur de publication : C. Mura

Publicité : K. Tabtab

k.tabtab@reseauprosante.fr

Impression : Imprimerie Imprimatur

Crédits photos : istock

Reclassement des PH : où en sommes-nous ?

Le plan Ma Santé 2022, élaboré lors du ministère d'Agnès Buzyn avant la crise COVID, comportait une mesure d'attractivité importante : la suppression des premiers échelons, censée attirer les jeunes médecins dans la carrière hospitalière...

Cette mesure a été appliquée par Olivier Véran avec le décret 2020-1182 du 28 septembre 2020. Les PH plus anciens étaient reclassés à un échelon correspondant certes à leurs années de service, mais les lésant de 4 ans d'ancienneté en comparaison à leurs cadets. Cette anomalie avait été signalée dès la discussion de ce décret par l'ensemble des syndicats, en juillet 2020 (hors négociations du Ségur, mais dans la même période), mais la DGOS s'était engagée à donner une contrepartie dans le Ségur aux praticiens hospitaliers. Finalement, alors que notre intersyndicale Avenir Hospitalier/APH, ainsi que Jeunes Médecins, avaient demandé dans les ultimes négociations 1/ la reconnaissance de la permanence des soins « 24 h = 5 DJ » et 2/ l'octroi de 2 échelons d'ancienneté pour l'ensemble des PH déjà nommés, le ministre a claqué la porte, clos les négociations, puis renégocié en catastrophe avec l'INPH, la CMH et le SNAM-HP les mesures que vous connaissez : réévaluation de l'IESPE et, surtout, création de 3 nouveaux échelons en fin de carrière. Les « milieux de carrière » sont les PH qui ont été sacrifiés lors du Ségur.

Ainsi, le décret du 28 septembre 2020 n'a pas été applicable aux PH du « stock », qui n'ont pas eu de compensation dans le Ségur, contrairement aux engagements du ministère. Nous ne reviendrons pas sur tout le travail réalisé par le SNPHARE à ce sujet, jusqu'à une grève en janvier 2021, interrompu pour deux raisons : une absence totale de dialogue social sur ce sujet, et une vague COVID difficile (la vaccination commençait tout juste...).

Plusieurs milliers de Praticiens Hospitaliers nommés avant octobre 2020 **ont ainsi déposé un recours individuel au tribunal administratif** contre leur arrêt de reclassement dans la nouvelle grille, demandant à bénéficier de l'accélération de carrière de 4 ans réservée aux nouveaux nommés.

Action Praticien Hôpital ayant déposé un recours au Conseil d'État contre le décret, les recours individuels étaient gelés, les tribunaux administratifs attendant la décision de celui-ci pour statuer.

L'audience au Conseil d'État a eu lieu le 7 octobre 2022, et sa décision nous a malheureusement été défavorable. Le Conseil d'État a ainsi estimé que « *la différence de traitement (...) est inhérente à la succession dans le temps des règles applicables et n'est pas, par elle-même, contraire au principe d'égalité* ». En pratique, le Conseil d'État n'a examiné que l'ancienneté dans le corps des PH, et non l'ancienneté totale, faisant abstraction des années de service public hospitalier réalisées avant d'être PH. Nous avons pourtant largement argumenté ce point, exemples à l'appui.

La plupart des recours individuels ont désormais été examinés et rejetés, à la suite de la décision du Conseil d'État. La solution judiciaire est épuisée, sauf à aller à la Cour de Justice européenne. Après une réflexion au sein de l'intersyndicale, nous avons jugé qu'il serait trop coûteux et chronophage de déposer un dossier pour lequel nous n'aurions pas le résultat avant plusieurs années, et dont l'issue serait très probablement identique. Nous avons cependant appris que « Jeunes Médecins » a déposé ce recours.

Nous poursuivons le combat pour un reclassement équitable de tous les Praticiens Hospitaliers sur un plan politique : le Conseil d'État a dit que le décret 2020-1182 n'était pas illégal, il n'a pas pour autant interdit de le réviser. Nous avons depuis changé de ministre, celui-ci n'a pas davantage les mains libres que le précédent, mais est plus soucieux de l'attractivité de l'hôpital public, de la reconnaissance de la permanence des soins, de la pénibilité. Nous continuons donc à porter ce sujet d'attractivité et de fidélisation des praticiens : le reclassement des PH reste un traumatisme pour chacun d'entre nous. Une autre lueur d'espoir est dans le Conseil National de l'Ordre des Médecins, que nous rencontrerons, à sa demande, en février 2023 sur ce sujet.

Éric Le Bihan, Vice-Président du SNPHARE

Le SNPHARE reçu au ministère des Solidarités et de la Santé le 25... et le 28 octobre 2022

Dynamique et force de proposition malgré la morosité ambiante, le SNPHARE souhaite rester, plus que jamais, l'acteur d'un dialogue social constructif. C'est pourquoi, suite au changement de ministre de la Santé — avec un ministre issu de notre intersyndicale— nous avons demandé à être reçus à son nouveau cabinet. Cela nous paraissait d'autant plus important que la situation de l'hôpital public et le manque d'attractivité des carrières de PH appellent à des solutions urgentes.

Le Ségur a été source d'une grande frustration. Il s'agit entre autres, bien sûr, ici, du reclassement d'échelons, dont l'injustice est très mal passée et continue à être très mal vécue par nos collègues Praticiens Hospitaliers de milieu de carrière.

Finalement, rendez-vous a donc été fixé le 25/10/2022 avec le cabinet du ministre, où Eric Le Bihan, notre Président, Anne Wernet et Francis Vuillemet sont allés porter vos doléances, revendications et propositions.

Nous y avons été reçus par le Pr Antoine Magnan,

conseiller du ministre, pneumologue à l'hôpital Foch (Suresnes). Madame Sandrine Willaume, IADE de formation, pressentie pour nous recevoir également, était excusée.

Le Pr Magnan a fait preuve d'une écoute attentive, désireux aussi de comprendre davantage les points concernant plus spécifiquement l'anesthésie-réanimation.

Nous avons évoqué la gouvernance, la pratique avancée, la permanence des soins, la pénibilité et la retraite.



LA GOUVERNANCE

Pendant la première vague COVID, les praticiens ont montré combien ils étaient capables de s'adapter et de transformer l'hôpital, avec le soutien facilitant de l'administration.

C'est de cette néo-gouvernance improvisée et efficace que nous proposons au ministre de s'inspirer pour un système de gouvernance plus horizontal.

NOS REVENDEICATIONS :

- Poursuite de la remédicalisation de la gouvernance.
- Accélération des processus décisionnels personnel/directeur d'établissement.
- Élections démocratiques servant de base à la CME.
- La CME tout entière (et non son seul président) doit être une instance décisionnelle.
- CME réinvestie d'une véritable mission de contrôle des projets d'établissement, ainsi que des conditions de travail des personnels médicaux.
- Désignation des chefs de service et de pôle par leurs pairs, idéalement par élection, les votants et éligibles étant les seuls praticiens titulaires (PH, HU).
- Bilan annuel des projets de service au sein de l'équipe, afin de redimensionner les moyens humains et financiers à hauteur des nécessités.
- Sortir d'un système qui privilégie les universitaires dans le pouvoir décisionnaire et d'autorité fonctionnelle.
- Formalisation de réunions régulières et obligatoires entre représentants syndicaux médicaux et direction.

LES IADE ET LA PRATIQUE AVANCÉE

Nous avons fait l'état des lieux des discussions entre les représentants des AR, des IADE et de la DGOS (cf. <https://snphare.fr/assets/media/le-point-sur-iade-phare97.pdf>) et rappelé nos exigences sur ce sujet qui touche à la sécurité des patients.

NOS REVENDEICATIONS :

- Intégration systématique des médecins anesthésistes-réanimateurs (syndicats, CNP ARMPO) aux travaux de réflexion organisés par les tutelles sur l'évolution du métier d'IADE, qui impacte de facto les conditions d'exercice de l'anesthésie en France.
- Maintien des principes de l'organisation de l'anesthésie : respect du décret de 1994 et maintien du décret de compétence des IADE, de telle manière que le transfert de tâches et de responsabilités ne puisse en aucun cas s'attacher à la consultation pré-anesthésique et à l'acte anesthésique perinterventionnel, qui restent du ressort du médecin.

- Reconnaissance statutaire *ad hoc* des infirmiers anesthésistes, par une autre voie que la pratique avancée, par exemple : ajout d'un nouveau chapitre dans le Code de Santé Publique.

LA PERMANENCE DES SOINS

Les éloquentes résultats de l'enquête APH « Nuits blanches » (<https://snphare.fr/assets/media/enquete-nb-phare98.pdf>) ont servi de base de discussion.

NOS REVENDEICATIONS :

- Restituer la place de l'hôpital public dans la permanence des soins ; sanctuariser le financement de cette dernière.
- Décompte par défaut en temps continu pour les spécialités à forte contrainte de PDS et/ou travail posté.
- Si décompte en demi-journées : 24 h = 5 DJ (ou une nuit= 3 DJ).
- Reconnaître le temps de travail en garde.
- Reconnaître le temps de travail en astreinte : l'intégralité de l'astreinte est du travail effectif, conformément à l'arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne, « arrêt Matzak » (C-518/15, 21 fév. 2018).
- Intégrer du temps de trajet dans le temps effectif de travail en astreinte déplacée, quel que soit le mode de rémunération/récupération de l'astreinte.
- Intégrer la télé-expertise (dont l'importance quantitative ne cesse de croître en astreinte) comme du travail effectif, à l'égal d'un déplacement (indemnisation et décompte du temps de travail). L'inclure dans les obligations de service.
- Donner un accès fonctionnel en dehors du domicile à la télé-expertise (moyens téléphoniques, informatiques, sécurisation) à tout praticien hospitalier soumis aux astreintes.
- Valoriser les actes de télé-expertise réalisés par les PH au sein de l'hôpital.
- Supprimer la forfaitisation des astreintes.
- Pérenniser le principe des mesures de revalorisation de la permanence des soins :
 - Garde à 600 euros brut.
 - Plafond des astreintes relevé à 400 euros brut.
- Supprimer l'obligation de participation à la permanence des soins à partir de 55 ans. Au-delà : principe du volontariat et accord du médecin de santé au travail.
- Établir un compte pénibilité comptabilisant l'ensemble de la PDS réalisée pendant la carrière et reconnaissant la pénibilité du travail de nuit pour la retraite, et ce dès la première plage d'astreinte ou de garde.

LA RETRAITE ET LA PÉNIBILITÉ

Il s'agit, encore une fois ici, de mettre en lumière les spécificités de nos métiers, notamment la

pénibilité liée à la sujétion et à la permanence des soins, le problème des études longues entraînant une entrée tardive dans la carrière, avec une absence de prise en compte de nos premières années comme étudiants à l'hôpital (« externat ») ; et enfin, il s'agit d'obtenir une place légitime pour discuter de ces sujets, que ce soit à l'IRCANTEC (où nous n'avons jusqu'ici qu'un strapontin...) ou dans le cadre de la réforme des retraites (où nous avons été « oubliés »...).

NOS REVENDEICATIONS :

- Arrêt de l'érosion des points IRCANTEC.
- Représentation des PH au Conseil d'administration de l'IRCANTEC ès qualités de syndicat représentant des PH, selon la représentativité syndicale définie au Conseil Supérieur des Professions Médicales et à hauteur de la contribution des PH dans les recettes de cette caisse (soit 17 % de l'effectif du CA).
- Prise en compte de la pénibilité du travail de nuit pour la retraite :
 - Permettre un départ anticipé à la retraite (au prorata de la permanence des soins réalisée durant la carrière).
 - Compensation en durée de cotisation et en points retraite (IRCANTEC).
- Contrat « pénibilité » local, s'appuyant sur une réglementation nationale permettant :
 - Facilitation du décompte horaire du temps de travail.
 - Bonification du temps du travail de nuit.
 - Prise en compte de la pénibilité, pour un départ en bonne santé.
- Possibilité de passerelles (temps et formation)/reconversion vers d'autres activités cliniques (médecine du travail, Sécurité Sociale, médecine scolaire...) ou missions d'appui à l'intérieur (DIM) ou à l'extérieur de la structure hospitalière (ARS, HAS, etc.)
- Favoriser le Cumul emploi retraite, avec une rémunération attractive.
- Possibilité de retraite progressive à partir de l'âge de 62 ans.

AU TOTAL

Nous nous félicitons donc d'avoir pu au moins être entendus, espérant néanmoins que cet entretien sera suivi d'effets concrets !

Francis Vuillemet, Anne Wernet, Éric Le Bihan

LE RENDEZ-VOUS AU MINISTÈRE AVEC LE CNP D'ANESTHÉSIE- RÉANIMATION MÉDECINE PÉRI-OPÉRATOIRE

Hasard de calendrier, le CNP d'anesthésie-réanimation – médecine péri-opératoire a été reçu trois jours plus tard, le 28 octobre, par le même cabinet : Pr Antoine Magnan et Mme Sophie Willaume.

L'ensemble des modalités d'exercice de l'anesthésie-réanimation étaient représentées par le Dr Laurent Delaunay (président du CNP-ARMPO, SNARF), le Dr Franck Verdonk (vice-président 1 du CNP, SNJAR), le Dr Anne Wernet (vice-présidente 2 du CNP, SNPHARE) et le Pr Pierre Albaladejo (past-président, SFAR et enseignant).

Les sujets évoqués ont été, dans l'ordre :

- La périnatalité (demandes aux AR de remplacer les pédiatres en maternité, ce qui n'est pas réglementaire, travaux sur les maisons de naissance, accouchements à domicile).
- Les soins critiques (feuille de route, ratios IDE/patients) et les discussions sur les soins renforcés, qui devraient être des lits réservés à des patients à charge médicale ou paramédicale lourde, dans les services d'hospitalisation.
- La pratique avancée et les IADE (Mme Willaume semblant tout à fait en accord avec notre vision de la responsabilité et du respect des décrets, mais ne s'avançant pas davantage, compte tenu de multiples rapports IGAS et textes de lois en préparation).
- La permanence des soins (cf. supra, avec un point spécifique à la permanence des soins des libéraux).
- La démographie de l'anesthésie-réanimation.

Séminaire des délégués du SNPHARE

Les 5 et 6 octobre 2022, à Sète, s'est tenu le séminaire des délégués du SNPHARE : l'occasion pour les délégués présents d'échanger avec les membres du Conseil d'Administration, d'obtenir des éclairages sur les modifications réglementaires récentes et de recevoir des conseils pour assurer leur rôle de délégué.

Dans un contexte actuel difficile et compliqué pour les praticiens, de nombreux sujets ont été abordés afin d'apporter des informations utiles aux missions des délégués.

LES ÉLECTIONS PROFESSIONNELLES À VENIR

Le séminaire a ainsi débuté par un rappel sur les inter-syndicales actuelles par Yves Rébufat : une information essentielle à quelques mois des élections professionnelles !

En effet, en 2023 auront lieu les élections des représentants syndicaux du CSPM (Conseil Supérieur des Professions Médicales), puis en 2024 celles des représentants pour la CSN (Commission Statutaire Nationale) et le CD (Conseil de Discipline).

Il a été rappelé, pendant cette présentation, l'importance de l'implication des délégués lors de ces élections afin de diffuser des informations expliquant le rôle et l'intérêt de ces instances essentielles, et surtout pour mobiliser les praticiens afin qu'ils votent en nombre.

Le SNPHARE ne manquera pas d'apporter plus d'informations à tous les praticiens au cours des prochains mois.

LE SNPHARE PROCHE DES PRÉOCCUPATIONS DES PRATICIENS

Ensuite, Eric Le Bihan, Président du SNPHARE, a rappelé les grands axes du projet du SNPHARE, ouvrant une discussion sur les sujets d'actualité qui font partie des revendications fortes du SNPHARE : revalorisation de la permanence des soins, décompte du temps de travail, prise en compte de l'ancienneté des PH, gouvernance...

Ces échanges avec les délégués permettent au SNPHARE de s'assurer que les préoccupations des praticiens hospitaliers soient prises en compte et que leurs intérêts soient défendus.

Les discussions se sont ensuite poursuivies lors du dîner dans un endroit insolite du centre de Sète.

DROITS ET RÔLE DES DÉLÉGUÉS

La deuxième journée du séminaire a débuté par une présentation par Véronique Agaesse, Renaud Chou-

quer, Matthieu Debarre et Mathieu Brière sur les droits et le rôle des délégués.

Le moment de rappeler que la réglementation (parfois oubliée par certaines administrations) prévoit des mesures qui permettent aux délégués syndicaux d'assurer leurs fonctions.

Nous avons également abordé les difficultés auxquelles sont confrontés les délégués, les différentes méthodes de communication, les sujets de discussion avec les praticiens.

Ainsi, si la fonction du délégué syndical n'est pas toujours simple à assurer, les délégués jouent un rôle essentiel dans la vie du SNPHARE afin de diffuser les informations, intéresser de nouveaux adhérents et surtout permettre aux praticiens de comprendre l'intérêt d'un syndicat actif sur tous les fronts, capable de les défendre, de les protéger, de les conseiller, de les aider et de les écouter.

LA PRATIQUE AVANCÉE : QUELS ÉLÉMENTS D'OPPOSITION ?

Jullien Crozon et Anouar Benhellal ont ensuite fait un point sur la pratique avancée : un sujet d'actualité complexe au moment où pleuvent les idées pour pallier l'insuffisance de l'offre de soins... malheureusement pas toujours dans l'intérêt des citoyens... En effet, si la pratique avancée peut s'avérer très adaptée dans la prise en charge de certains patients et pour certaines pathologies, de nombreux éléments s'opposant à cette pratique ont été évoqués lors de cette discussion, notamment le primo-recours et la primo-prescription.

L'ÉVOLUTION DU STATUT DE PRATICIEN

Après un court moment de pause et de découverte de Sète, Anne Wernet est revenue sur l'évolution du statut de praticien. Cette présentation a permis un éclairage sur les complexités d'un nouveau statut qui devait simplifier les choses...

En effet, quelques mois après la parution des décrets sur les nouveaux statuts de praticien et de praticien contractuel, tout n'est pas encore clair pour les praticiens (ni pour les administrations...) : quotité de temps



de travail, rémunération, valences non cliniques, accès à l'Indemnité d'Engagement de Service Public Exclusif, activité libérale... Preuve en est, le grand nombre de mails reçus par le Conseil d'Administration du SNPHARE relatifs aux nouveaux statuts de Praticien Hospitalier et Praticien Hospitalier Contractuel. Le séminaire s'est achevé sur les mots d'Éric Le Bihan, Président du SNPHARE.

Le Conseil d'Administration du SNPHARE espère que les délégués seront nombreux lors du prochain séminaire prévu en 2024.

Ce séminaire est en effet aussi l'occasion pour les délégués d'envisager de s'investir un peu plus dans le SNPHARE : siéger dans différentes commissions régionales et nationales, rejoindre le Conseil d'Administration, d'abord en tant qu'invité permanent puis en tant qu'Administrateur (chaque année, une partie du Conseil d'Administration est renouvelée).

Mathieu Brière, administrateur du SNPHARE

COMMENT DEVIENT-ON DÉLÉGUÉ DU SNPHARE ?

Il faut tout d'abord être à jour de ses cotisations sur les 2 dernières années.

Ensuite, 2 possibilités :

- Les adhérents du SNPHARE d'un établissement organisent l'élection du délégué local.
- Le Conseil d'Administration nomme un délégué sur un établissement.

Les délégués locaux du SNPHARE sont essentiels ! Ils font le lien entre les praticiens, le CA du SNPHARE, les Commissions Locales et Régionales et les Administrations.

L'objectif du SNPHARE : un délégué par établissement !

Pourquoi adhérer au SNPHARE ?

Je me défends

En adhérant au SNPHARE, apprenez à connaître vos droits, recevez de l'information, et partagez vos expériences avec les collègues.

Je suis soutenu

En adhérant au SNPHARE, soyez assurés du soutien de tous nos délégués et membres du conseil d'administration en cas de questionnement ou de litige avec votre direction.

Pour adhérer au SNPHARE

Allez sur le site du SNPHARE : <https://snphare.fr/fr>
Cliquez sur l'onglet "Adhérer"

Remplissez le formulaire en ligne et réglez votre cotisation.

Vos représentants du SNPHARE

Administrateur du CA	Le délégué	Le correspondant
Il est automatiquement délégué et membre de droit de notre intersyndicale Action Praticiens Hôpital. Il est force de proposition auprès des tutelles, défend les intérêts des PH et de l'hôpital. Il apporte une aide individuelle aux délégués à propos de conseils juridiques et les orientent, sur demande, vers les	Il représente le SNPHARE dans son établissement et les établissements proches géographiquement. Il peut être impliqué dans les instances syndicales régionales (notamment, CRP à l'ARS) et défend les praticiens de son secteur avec l'aide du CA	Il a pour mission de transférer les informations du SNPHARE aux praticiens de son établissement et de faire remonter des observations ou questions des praticiens au SNPHARE.

Anomalies d'indemnisation du TTA en région Bourgogne – Franche-Comté : une longue bataille gagnée grâce à notre délégué SNPHARE de Besançon

L'arrêté du 4 avril 2016 a simplifié les astreintes (disparition de la distinction « astreinte opérationnelle » et « astreinte de sécurité ») et a supprimé la notion de TTA de nuit – qui avait peu de sens. L'application de ces simplifications était soumise à la définition du « schéma régional de l'organisation des soins (SROS) ». Pour faire court, au 1^{er} février 2017, astreintes de sécurité et TTA de nuit ne devaient plus exister nulle part, SROS validé ou non. En Bourgogne – Franche-Comté, il a été difficile de faire appliquer cet arrêté : c'est grâce à la ténacité du SNPHARE et des praticiens que ceux-ci ont eu gain de cause. Récit par Patrick Lemounaud, délégué SNPHARE.

Courant 2018, plusieurs praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs (PHAR) s'étonnent de la non-application de l'arrêté du 4 novembre 2016 dans notre hôpital. Un d'entre eux avait déjà interpellé la directrice des affaires médicales (DAM) sans recevoir de réponse. Puisque les conditions d'application de l'arrêté impliquent autant l'ARS que les hôpitaux et les nouveaux GHT, j'ai demandé dès 2019, en tant que représentant d'Avenir Hospitalier à la commission régionale paritaire (CRP) de l'ARS de Bourgogne-Franche-Comté, que ce problème soit inscrit à l'ordre du jour d'une des réunions de la CRP. Il est à noter que le CHU de Besançon néglige le plus souvent d'envoyer un représentant de la direction à ces réunions. Les deux seules fois où il a été possible d'interpeller un tel représentant, les réponses du CHU ont été évasives en proposant, ce qui est tout de même surprenant, d'en discuter ailleurs qu'en CRP.

UNE SITUATION TOUJOURS BLOQUÉE 3 ANS APRÈS

Ainsi, début 2020, 3 ans après la publication de l'arrêté, la situation restait bloquée au seul CHU de Besançon sans que la direction daigne nous accorder la moindre attention. L'ARS, sensibilisée par nos rappels répétés en CRP, finit par confirmer le 3 avril 2020 que les SRPS (schéma régional de la permanence des soins) sont validés depuis juillet 2018 et incite, par courrier, tous les DG des hôpitaux de la région à appliquer l'arrêté. Devant le mutisme et l'inertie de la directrice du CHU, l'ARS



demande officiellement à la DGOS fin 2020 de se prononcer sur ce refus d'appliquer l'arrêté. La DGOS répond par un courrier en date du 9 février 2021 que depuis le 1^{er} juillet 2017 aucune direction ne peut se prévaloir d'une absence de formalisation du STPCS (Schéma Territorial de la Permanence et de la Continuité de Soins) pour ne pas appliquer l'arrêté. En m'appuyant sur les deux avis de l'ARS et de la DGOS, j'adresse donc aussitôt à la directrice du CHU, et au nom du SNPHARE, un courrier de recours gracieux demandant l'application de l'arrêté, en signalant notre intention de saisir le tribunal administratif en l'absence de réponse sous 2 mois. Avec deux confrères très engagés et actifs, nous incitons tous les praticiens hospitaliers à requérir auprès du tribunal administratif de Besançon. C'est ainsi que le 8 mai 2021 commenceront les saisines du tribunal administratif avec un peu moins de 30 dépôts de dossiers. Une majorité de ces saisines sera faite par des avocats avec l'assistance juridique de nos assurances professionnelles. Il est très significatif de noter que le cabinet d'avocats défendant la direction du CHU demandera, dans ses

avis, une indemnisation de 1 000 € pour le CHU aux dépens des plaignants qui seraient déboutés, traduisant bien une malveillance assumée de la directrice. Durant tout ce conflit, il n'y a jamais eu de dialogue, nous n'avons eu le soutien ni de notre hiérarchie médicale de pôle, ni institutionnelle, le président de la Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS), un chirurgien, estimant que le problème ne concernait que les anesthésistes-réanimateurs, et celui de la CME donnant raison à la directrice.

UN REVIREMENT... PAS SI SURPRENANT !

Le 6 mai 2022 la directrice générale, quelques semaines avant de partir en retraite, annonce soudainement que l'arrêté sera appliqué au 1^{er} janvier 2022, mais sans rétroactivité au-delà. Elle explique que les nouvelles CME et COPS sont enfin opérationnelles pour se saisir du STPCS et le valider ; voilà donc le prétexte réglementariste occulté jusqu'à ce jour, contraire à l'avis de la DGOS et alors que le GHT du CHU est lui opérationnel depuis plus de 2 ans.

Au début de l'été 2022, les conclusions du tribunal administratif tombent enfin, dossier par dossier : la moitié des requérants est déboutée, souvent pour des points de formalités, mais non sur le fond, l'autre moitié a gain de cause. Un avocat défendant 10 d'entre nous verra aussi 3 de ses dossiers déboutés. Il reconnaîtra avoir fait évoluer ses avis au gré des éléments nouveaux dont il disposait en attendant le jugement.

QU'AVONS NOUS OBTENU ?

Pour ceux qui ont eu gain de cause, le tribunal administratif conclut :

- 1 - que l'arrêté doit être appliqué rétroactivement au 1^{er} janvier 2019, considérant, entre autres, que depuis juillet 2018, aucune difficulté particulière n'explique le retard pris dans l'application de l'arrêté,
- 2 - ... et que, sans que cela soit illégal, il y a eu faute de l'administration,
- 3 - qu'une d'indemnisation de 700 € est accordée aux PH ayant eu gain de cause.

Pour les PH déboutés, le dédommagement de 1 000 € demandé par le CHU n'est pas retenu.

Le 23 août 2022, la direction générale par intérim après départ en retraite de la directrice à l'origine de la situation de blocage et de conflit, considérant que tous les points de droit étaient levés, n'a donc pas fait appel et s'engage à appliquer le jugement du tribunal administratif pour tous les PH quels qu'ils

soient au nom de l'unicité du statut. C'est l'avocat du CHU qui a contacté tous les PH ayant été en justice pour annoncer que le tribunal administratif « *avait mis fin aux questions d'interprétation* » et que l'indemnisation sera due à compter du premier quadrimestre 2019 avec envoi d'une quittance individuelle mi-octobre, précisant à titre transactionnel les sommes dues au titre des années 2019-2020 et 2021 de façon rétroactive. Aucun PH n'a fait appel et certaines régularisations transactionnelles dépasseraient les 12 000 €.

LES LEÇONS DE CETTE ÉPOPÉE

Comme enseignement de cette expérience, je voudrais dénoncer :

- Le pouvoir sans contrôle des DG de CHU autorisant le refus obstiné d'une directrice d'appliquer cet arrêté durant les quatre dernières années précédant son départ en retraite, directrice considérée comme excellente pour ses bilans financiers – à nos dépens – avec ce que cela implique en terme de prime annuelle. Pourtant, il manquait au début de l'été 2022 près de 200 IDE et les départs de PHAR comme d'IADE n'ont jamais été aussi nombreux au moment où le CHU devait supporter un transfert croissant d'activité depuis les CH voisins qui, faute de PH, n'assurent plus toutes leurs missions de permanence des soins.
- L'insuffisante représentation des médecins cliniciens dans les instances médicales « élues » des CHU : CME, bureau, commissions diverses où la parité n'est pas équitable. Comme conséquence évidente à Besançon, l'absence de soutien de la part de la COPS, de notre hiérarchie et du président de la CME après nous avoir même désavoués lors de la saisine du TA en considérant que c'était un problème de statut et de droit qui ne les concernait pas : ils sont chirurgiens ou PU-PH.
- L'incroyable et décevante inutilité de l'ARS et de sa CRP sur ces sujets de droit, ce pourquoi je l'ai quittée fin 2021. Nous avons appris que le directeur de l'ARS lui-même, encore le voudrait-il, n'a aucune autorité sur un directeur de CHU obstructif. Je veux d'autant plus remercier très sincèrement M. Guillaume Bony, chargé de mission « Affaires médicales » à l'ARS de Bourgogne-Franche-Comté qui resta toujours disponible et bienveillant en interpellant la DGOS, puis en incitant, avec arguments réglementaires, en 2020 et 2021 les DG à appliquer cet arrêté.

Dr Lemounaud, correspondant du SNPHARE, région Bourgogne-Franche-Comté

Grève aux urgences à Rennes : on a gagné et on vous dit comment !

Les praticiens en médecine d'urgence du service Urgences adultes-SAMU35-SMUR-CESU35 du CHU de Rennes ont débuté une grève le 20 juin 2022. Ce mouvement très suivi a permis, au cours d'un été très difficile, d'obtenir satisfaction sur un grand nombre de leurs revendications. Le préavis, déposé par le SNPHARE, a ainsi pu être levé le 12 octobre 2022.

Depuis plus de 6 mois, le service Urgences – SAMU 35 – SMUR du CHU de Rennes alertait régulièrement la direction sur plusieurs points :

- manque récurrent de personnel (malgré une activité croissante) sans réponse adaptée de la direction,
- organisation paramédicale dissociée de l'activité de soins,
- direction des soins ne tenant pas compte de la chefferie de service,
- chantage sur les activités médicales non cliniques de l'été,
- et au final la menace d'un « accompagnement managérial » du chef de service – autrement dit un débarquement déguisé.

Ce dernier point a mis le feu aux poudres.

■ **Le 20/06/2022**, le SNPHARE adressait, en soutien aux praticiens rennais, un préavis¹ de grève locale illimitée à partir du 28 juin concernant les soins urgents et non urgents du service.

L'été s'annonçait déjà compliqué avec des fermetures de services d'urgence, du privé et du public, qui allaient impacter le CHU. Où allaient être orientés les patients ?

■ **Le 23/06**, une réunion d'échanges en présence de la directrice générale (DG), du Président de la CME (PCME), de la Chefferie de Pôle, de la Direction des Soins, du directeur des ressources humaines paramédicales (DRH), de la Direction de Pôle et de la directrice des affaires médicales (DAM) a porté sur « des mesures estivales ».

Au terme de 90 minutes d'un monologue d'autosatisfaction, la DG demanda l'avis de l'équipe médicale sous couvert de « dialogue ». Devant l'absence d'ordre du jour et de document préparatoire diffusé en amont de la réunion (malgré nos demandes restées sans réponses), devant le refus de la présence des paramédicaux impactés par ces mesures et devant l'absence de mention du préavis de grève, l'équipe médicale mit un terme à cette mascarade. Les praticiens demandèrent la diffusion des documents de séance afin de se réunir et d'y travailler. Puis se retirèrent laissant les Directions entres elles.

¹ - Un préavis était également déposé par SUDF, syndicat qui fait partie de notre intersyndicale Avenir Hospitalier / APH, de manière conjointe.



Ils se réunirent le lendemain en assemblée générale.

■ **Le 27/06** vers 15h, veille du début de la grève, l'administration débutait le recensement des grévistes par mail...

■ **Le 28/06**, la DAM envoyait des taxis au domicile des praticiens pour les assigner : certaines assignations furent jetées dans des jardins, d'autres mises dans les boîtes aux lettres, enfin des conducteurs sont même rentrés sans prévenir au domicile des praticiens pendant leur repas en famille. Certains praticiens se retrouvaient assignés via leur email professionnel², mais d'autres refusaient d'y accéder en dehors de leurs heures de travail (droit à la déconnexion) et avaient mis en place un message d'absence : « *Actuellement en grève suite au préavis en date du 20/06/2022, je n'accède pas à ma boîte mail professionnelle. En cas d'assignation par ce moyen (et après avoir assigné les praticiens volontaires, puis les non-volontaires, mais en mesure d'être assignés, puis les non-grévistes), je ne pourrai pas la recevoir et donc en avoir connaissance. Cordialement.* »

² - L'assignation doit être notifiée au praticien. Votre direction doit pouvoir le prouver : seules la lettre recommandée avec AR, la remise en main propre contre signature ou encore l'intervention d'un huissier permettent d'éviter toute contestation ultérieure.

« Grévistes et non-grévistes ont été assignés sans distinction au mépris de la réglementation. »

Les premiers praticiens assignés l'ont été sur leur planning pour les 2 mois d'été, sur une seule et même lettre d'assignation. Cette gestion abusive a poussé les praticiens à prendre les conseils d'un avocat spécialisé : aucune négociation officielle (imposée par la loi) n'avait eu lieu pendant le préavis, aucune information n'existait dans le règlement intérieur de l'hôpital sur le service minimum et la direction avait décidé l'application du planning médical initialement prévu, en utilisant des assignations disproportionnées à tour de bras.

■ **Le 04/07**, une nouvelle réunion se déroula avec la Direction et, cette fois-ci avec les paramédicaux, dont le sujet était identique à la précédente. Aucune mention ne fut faite de la grève ! Il aura fallu l'intervention d'un praticien pour la mettre sur la table : en fin de réunion, et sans les paramédicaux selon les exigences de la Direction, quelques mots furent échangés sans finalité.

Cette dernière maintenait respecter le droit de grève, ne le remettait pas en cause sur le fond (« nous respectons le droit de grève » « nous ne vous méprisons pas » « nous sommes dans l'échange »), mais aucune négociation n'était envisagée. La loi ne les y obligeait pas selon les dires de la DAM qui avait « géré de nombreux conflits sociaux ». Argumentant d'avoir l'habitude d'assigner par email, la DAM demanda de revenir sur ces modalités. Les praticiens refusèrent en bloc ce mode d'assignation. Cependant, les assignations abusives de 2 mois étaient toujours « valables » juridiquement, car non contestées devant le tribunal administratif (TA) (Code de justice administrative - Article L521-2).

■ **Le 13/07**, alors que l'accompagnement managérial du chef de service, élément déclencheur, n'était plus à l'ordre du jour, la direction nous adressa un courrier de 5 pages. Tout en s'autocongratulant sur les investissements des dernières années, elle mélangeait diverses données pour semer la confusion. Néanmoins, quelques concessions semblaient prometteuses. Les assignations à la semaine se poursuivirent tout l'été par courrier recommandé. La direction resta dans un mépris total du dialogue social, sans aucune négociation. Des réunions de concertation – et non des négociations – entre la direction de pôle et le personnel qui pouvait être présent ont été programmées pour prioriser les actions pertinentes avec des dates imposées sans représentants syndicaux, ni même un ordre du jour, et sans lien officiel avec la grève. Une gageure compte tenu des indisponibilités d'été de chacun (médicaux et non médicaux).

■ **À la fin de l'été**, des avancées étaient notées en concordance avec le courrier du 13/07, mais sans que la direction

CE QUE NOUS AVONS OBTENU
Abandon de l'accompagnement managérial du CDS.
Modification du planning de nuit (paramédicaux) par rapport aux week-ends.
Transparence sur les effectifs non médicaux vis-à-vis de la chefferie de service afin de coordonner la mise en place du projet médico-soignant.
Accord de la chefferie de service en cas de modifications des organisations non médicales pouvant impacter l'organisation de service.
Organisation non médicale du service en accord avec les directives et le projet médico-soignant de la chefferie de service.
Création de 2 postes pérennes IAO H24.
Pérennisation 7j/7 du poste médical JOUR en Module A.
Création de 5 ETP ARM au SAMU avec augmentation pérenne des effectifs de nuit.
Recrutement d'un 3 ^{ème} ARM-Superviseur.
Mise en place d'une 3 ^{ème} équipe SMUR H24 7j/7 sans astreinte et sans diminuer les effectifs des urgences.
Création d'un poste pérenne de JOUR de logisticien-ambulancier SMUR.
Création d'une astreinte d'ambulancier SMUR de nuit.
Recrutement de formateurs CESU 35.
Règlement du TTA valorisé ayant permis de répondre à un impératif de continuité du service public, pour le personnel médical et non médical nécessaire à la « prise en charge des usagers, dans le contexte de lutte contre l'épidémie de COVID-19 » sans interprétation liée à l'activité.
1 agent de sûreté à l'entrée des urgences 19h00-01h00 suite à la multiplicité des agressions violentes.

n'ait jamais négocié avec les grévistes, et sans reconnaître le rôle de la grève dans ces évolutions ! Encore moins la signature d'un protocole de sortie de grève, des avancées dans le conflit et non dans le dialogue social !

« Il faut savoir terminer une grève ! »

Même si toutes les revendications n'avaient pas abouti, il semblait clair que continuer la grève n'aurait pas eu davantage d'efficacité. Nous avons obtenu les 2/3 de nos revendications, et c'est un beau résultat syndical, qui a permis également de resserrer les liens de l'équipe, le lien de l'équipe avec son chef de service... et de donner une culture syndicale à nos collègues !

Et nous veillons encore à la bonne mise en place de leur engagement.

Rémy Lucas, correspondant du SNPHARE

QUELQUES CONSEILS POUR ORGANISER UNE GRÈVE

Préparez vos conditions de sortie de grève avant même de la commencer.
Restez soudés et organisés : WhatsApp, assemblées générales régulières.
Tout se joue dans les 3 premières semaines.
Déclarez un sinistre auprès de votre RCP dès le début de la grève, notamment pour de possibles frais d'avocat.
Essayez de créer une association pour partager des frais éventuels.
N'hésitez pas à solliciter un avocat pour une consultation et l'envoi d'un courrier à votre Direction. Votre association peut être utile.
Maintenez la pression sur les assignations.
Prenez contact avec des médias locaux.
Une grève c'est un petit marathon, et c'est épuisant.

Formation continue des médecins : 40 ans d'errance diagnostique et thérapeutique pour le marronnier de l'exécutif !

La formation continue des médecins et des autres professionnels de santé est un sujet récurrent de chaque mandature depuis presque quarante ans. La Certification périodique des professionnels de santé qui a été introduite dans la législation française par l'ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021 confirme cette règle constante et malheureusement répétitive.

UN PEU D'HISTOIRE...

L'article 11 du Code de déontologie médicale (R.4127-11 du CSP), bien qu'ayant évolué au gré des différentes législatures, prévoit qu'un médecin entretiendra et perfectionnera ses connaissances tout au long de sa carrière. Ce principe louable est plutôt bien respecté par les professionnels qui réussissent le plus souvent à se former et à se perfectionner tout au long de leur vie professionnelle, et cela malgré des contraintes normatives et administratives de plus en plus pesantes.

Après la formation médicale continue (FMC) de 1984, non financée initialement et dont le financement, tardif, erratique et insuffisant voté en 1989 a largement contribué à son impopularité dans le corps médical hospitalier, l'ordonnance du 24 avril 1996 puis la loi du 4 mars 2002 tentent alors de relancer la FMC moribonde en transformant l'obligation déontologique en obligation légale, sans succès. La loi du 13 août 2004, introduisant l'évaluation des pratiques professionnelles avec l'appui de la nouvelle Haute Autorité de Santé (HAS), qui devait permettre de renforcer encore le dispositif n'a pas plus rencontré l'adhésion des professionnels hospitaliers. La création du Conseil National de la FMC des praticiens hospitaliers qui a suivi n'a pas plus permis l'application des différentes obligations légales et réglementaires prévues.

Contrairement à ce qui était pourtant prévu, aucun praticien ne fut sanctionné pour non-respect de son obligation de formation.

En 2009, le développement professionnel continu (DPC) introduit par la loi HPST, portée par Roselyne Bachelot,

se substitue à la FMC et à l'EPP et est étendu à l'ensemble des professions de santé :

Article L4133-1.-Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins.

Traduit dans la langue de la HAS, c'est « une démarche professionnelle continue qui repose sur l'identification et la mise en œuvre, dans sa pratique quotidienne, d'actions concrètes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il permet de combiner les activités de formation et d'analyse des pratiques dans le cadre d'une démarche permanente (sans ordre prédéfini de ces activités). » (www.has-sante.fr).

Dans le même temps, le législateur, soucieux de préserver le corps médical de la corruption et des conflits d'intérêts, renforçait le contrôle et durcissait les critères de participation des industries, pharmaceutiques surtout, au financement de la formation médicale continue. Le financement hospitalier public de 0,5 (CHU) ou 0,75 % (CHG) de la masse salariale, versé à l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH), devint très vite insuffisant pour assurer le financement de ces formations, d'autant plus que la contrainte budgétaire introduite trois ans plus tôt par le financement à l'activité à 100 % (T2A) commençait à produire ses effets, et il n'est probablement pas impossible qu'une partie de ces crédits fut utilisée à d'autres fins.

Faute de financement et d'objectifs clairs et partagés, le DPC suivit le même chemin que la FMC et l'EPP, et encore une fois, personne ne fut sanctionné.

Rétrospectivement, et replacés dans le contexte général de la loi HPST, on ne peut que s'interroger sur les objectifs réels de ces dispositifs. Plus coercitifs et punitifs que valorisant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, élaborés alors que s'installait une pénurie organisée de médecins en France, il n'y avait pas mieux pour que la profession les rejette.

Le DPC sera ensuite modifié par la Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 portée par Marisol Touraine :

Article L4021-1

Le développement professionnel continu a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. L'engagement dans une démarche d'accréditation vaut engagement dans une démarche de développement professionnel continu.

Peu de temps après, l'Agence nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC) vit le jour pour assurer le pilotage du DPC. L'histoire ne fut pas un long fleuve tranquille, entre les problèmes de financement pour les professionnels, les contenus pédagogiques et les orientations annuelles, les relations tendues avec le financeur (ANFH), mais aussi avec les Conseils Nationaux Professionnels (CNP), et enfin le manque de temps sanctuarisé pour la formation pour les professionnels, le résultat est encore une fois très en dessous de l'objectif initialement fixé, en tout cas dans le monde sanitaire hospitalier, puisqu'on estime aujourd'hui à **moins de 10 % le pourcentage de praticiens hospitaliers engagés dans une démarche de DPC.**

ET MAINTENANT ?

Visiblement, ni le boulet de la FMC, péniblement tiré par les tutelles depuis près de 40 ans, ni les échecs successifs des tentatives législatives coercitives n'ont réfréné les ardeurs du pouvoir exécutif en la matière. En 2017, Agnès Buzyn confie au Professeur Serge Uzan une mission destinée à instaurer un dispositif de recertification pour les médecins. Le SNPHARE avait été auditionné, au titre d'Avenir Hospitalier, à cette consultation. Le rapport, remis en 2018, accouche de 35 principes généraux et recommandations, tous de très bonnes intentions

dont chacun sait que l'enfer en est malheureusement pavé.

Afin de préparer la rédaction des ordonnances législatives et d'élargir le public soumis à ce dispositif, à savoir l'ensemble des professions de santé à l'Ordre, l'IGAS est saisie et chargée par le cabinet d'Agnès Buzyn d'une nouvelle mission sur le sujet et rendra son rapport contenant trente propositions en février 2021.

CERTIFICATION PÉRIODIQUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.

La certification périodique (nouveau nom de baptême de la recertification) a été introduite dans la législation française par l'ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021, portée cette fois-ci par Olivier Véran. Elle concerne les professions à l'Ordre : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, infirmier, masseur-kinésithérapeute et pédicure-podologue. Deux nouveaux articles sont donc ajoutés dans le Code de la santé publique pour une application prévue au 1^{er} janvier 2023 :

Article L4022-1

La certification périodique des professionnels de santé est une procédure qui a pour objet de garantir :

- 1° Le maintien des compétences ;
- 2° La qualité des pratiques professionnelles ;
- 3° L'actualisation et le niveau des connaissances.

Article L4022-2

I.-Au titre de la certification définie à l'article L. 4022-1, les professionnels de santé doivent établir, au cours d'une période de six ans, avoir réalisé un programme minimal d'actions visant à :

- 1° Actualiser leurs connaissances et leurs compétences ;
- 2° Renforcer la qualité de leurs pratiques professionnelles ;
- 3° Améliorer la relation avec leurs patients ;
- 4° Mieux prendre en compte leur santé personnelle.

II.-Les actions réalisées au titre du développement professionnel continu, de la formation continue et de l'accréditation sont prises en compte au titre du respect de l'obligation de certification périodique.

[...]

Dans la foulée, le législateur crée, par la même ordonnance, le Conseil national de la certification périodique (CNCP), instance chargée de la promotion et du déploiement de la certification périodique, sans pour autant supprimer le DPC et son agence.

Un nouveau rapport sur le financement de ce dispositif est aussi demandé à l'IGAS. Il a été publié fin novembre 2022 et recommande en résumé de s'appuyer sur l'existant, d'opérer une montée en charge progressive sur au moins trois ans et de disposer rapidement d'un système d'information dédié à la gestion des comptes,

des données individuelles, au pilotage et à la régulation du dispositif.

La première réunion du CNCP s'est déroulée en novembre 2022 et la seconde le 14 décembre 2022. Les nombreuses difficultés rencontrées avec le DPC et le financement des formations ont été évoquées non seulement par les praticiens eux-mêmes, mais aussi par les représentants des employeurs (Fédération Hospitalière de France – FHF). Les inquiétudes sont nombreuses et visiblement présentes dans chacune des professions représentées. À ce jour, pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2023, aucun décret d'application n'est encore paru, le système d'information en est aux balbutiements et les discussions au sein des CNP et de la fédération des spécialités médicales (FSM) sont loin d'être terminées.

Les thématiques ainsi que les objectifs de la certification périodique sont donc presque identiques au DPC dans sa version de 2016, les mêmes mots sont en tout cas utilisés. Ces objectifs sont louables et n'importe quel médecin correctement formé initialement pourrait y adhérer. Quel médecin souhaiterait devenir incompetent, baisser la qualité des soins qu'il prodigue, dégrader les relations avec ses patients ou négliger sa santé personnelle ? Le problème n'est pas là !

- Il est dans la compréhension, l'opérabilité, la fluidité, l'accessibilité et la simplicité du système qui doit garantir l'adhésion des praticiens hospitaliers, de leurs employeurs et des financeurs.
- Il est dans la clarification du rôle et des obligations des instances et des agences gouvernementales.
- Il est dans l'accès au financement des formations et des frais associés pour les praticiens hospitaliers.
- Il est dans l'information et la formation des directions hospitalières.
- Et, pour finir, il est dans le respect du droit des praticiens hospitaliers à pouvoir partir se former sans qu'il puisse leur être opposé la nécessité de service trop souvent détournée de son objectif pour des raisons purement financières. En effet, si statutairement les praticiens hospitaliers ont droit à quinze jours de formation annuels, aucune obligation n'est faite d'utiliser tout ou partie de ces jours. Compte tenu de la tension hospitalière et de la démographie médicale dans la plupart des spécialités, la majorité de ces jours ne sont pas consommés et sont donc consacrés à une activité clinique normale.

Notre formation continue erre d'usine à gaz en usine à gaz, nous faisant régulièrement passer, comme Ulysse, de Charybde en Scylla. La balle est aujourd'hui clairement dans le camp du gouvernement qui doit, s'il veut enfin réussir à terminer ce chantier de la FMC commencé il y a quarante ans et dont les fondations ne sont toujours pas stabilisées, prendre les arbitrages nécessaires sur l'utilisation des sommes colossales de

la formation continue, ordonner à ses agences et à ses administrations de répondre à la fois aux demandes du législateur et des publics concernés par le dispositif, organiser dans les professions concernées, et, selon les modes d'exercice, la concertation nécessaire à l'établissement d'une planification d'actions et de formations réalistes et finançables par les moyens qu'il aura décidé d'y dédier.

Le modèle canadien devrait inspirer le ministère, car il est simple et performant en termes d'adhésion au dispositif. En revanche, il n'a jamais été démontré nulle part que de tels contrôles amélioreraient la morbi-mortalité des patients. Il faut donc être absolument certain de l'objectif que l'on cherche à atteindre.

LES PROPOSITIONS DU SNPHARE

Dès lors, le SNPHARE se risque à quelques propositions sur l'évolution de ce système :

- La certification périodique aurait dû se substituer au DPC plutôt que de rajouter une couche supplémentaire au mille-feuille administratif.
- L'ANDPC changerait de nom et s'occuperait de la labellisation des formations en partenariat avec les CNP et les collèges, aurait aussi la responsabilité du système d'information et de l'accompagnement des professionnels en difficulté, en relation avec les différents Ordres concernés.
- L'ANFH, en relation avec les établissements publics de santé, les directions des affaires médicales et financières, financerait les actions de formation ainsi que les frais associés (transport, hébergement) dans une enveloppe annuelle dédiée à chaque praticien avec possibilité de cumul sur une période à définir.
- Les 15 jours de formation, qui sont « de droit » dans le statut de PH, se répartiraient en un nombre de jours obligatoires consacrés aux actions liées à la certification périodique, et un nombre de jours, toujours de droit, utilisables librement selon les souhaits du praticien.

L'histoire est malheureusement têtue et a tendance à se répéter. Le cirque de la FMC médicale dure depuis près de quarante ans et il ne fait aujourd'hui plus rire personne, pas plus les médecins que les patients. La médecine est une discipline qui évolue très vite, le maintien des connaissances, qui est inscrit dans le Code de déontologie, fait partie du métier de médecin. Le ministère de la Santé doit aujourd'hui faire son choix, rester dans la dogmatique et ignorer l'histoire, ou s'engager sur la voie pragmatique de la simplification, de la transparence et de la clarté, ce qui permettra peut-être à la certification périodique de ne pas connaître le même sort que les dispositifs précédents.

*Yves Rébufat, Administrateur du SNPHARE
Président exécutif de l'intersyndicale Avenir Hospitalier*

Apports pour les professionnels de santé d'un psychologue intégré aux services de soins aigus

Plusieurs études ont montré l'intérêt de la présence d'un psychologue dans les services de soins aigus, comme la réanimation, où la dimension émotionnelle est importante. Dans cet article, nous relatons deux expériences en réanimation (avec/sans psychologue), et l'expérience d'un SAMU et de sa cellule d'urgence médico psychologique.

Psychologue intégré au service de réanimation : quels apports pour les professionnels de santé ?

Déchocage
400 admissions /an

Réanimation
800 entrées /an

USC
600 entrées /an

- 1 déchocage (traumato grave) + 16 lits REA + 8 USC
- 54 IDE (en ETP) 39 ASDE 1 ASH d'accueil des familles 2 secrétaires
- 14 médecins (en ETP)
- Encadrement : 4 IDE 1 AS 1,5 médecin

Psychologue = 0,5 ETP

Dans le service de réanimation de l'hôpital d'Annecy, les patients, leurs proches et les professionnels de santé peuvent rencontrer une psychologue qui a un temps de travail dédié au service.

Du fait de la polyvalence du service, les personnels sont très exposés à des situations difficiles. En effet, elles mobilisent un haut niveau de compétences et une prise en charge intense. Il s'agit d'annonces diagnostiques lourdes, de morts brutales, de soins palliatifs à des patients relativement jeunes, etc. Les nombreux cas de mort encéphalique et d'arrêt des traitements curatifs entraînent de multiples dons d'organes, et c'est dans cette situation type que Catherine, psychologue clinicienne, a débuté son activité dans ce service.

TÉMOIGNAGE DE CATHERINE VERNAY, PSYCHOLOGUE CLINICIENNE

Je suis arrivée en réanimation par « la porte » de la coordination du don d'organe, puisqu'en 2014 mon

recrutement à 0.5 correspondait au démarrage de l'activité de Maastricht 3¹. Notre hôpital était justement centre pilote pour le démarrage de cette activité au plan national.

Mes interventions en réanimation ont donc d'emblée été calibrées et lisibles pour les personnels de réanimation, ce qui a probablement favorisé mon intégration dans l'équipe. En clair, j'interviens systématiquement et le plus précocement possible dans les situations les plus aigües avec un risque fort de décès².

Du côté des soignants

Cela produit un effet de soutien face à la répétition des situations à forte charge émotionnelle. Ils

1 - L'activité de Maastricht 3 décrit le don d'organe de patients décédés qui ne sont pas en état de mort encéphalique, mais qui ont fait l'objet d'un arrêt des thérapeutiques actives de réanimation

2 - Vernay C. (2016) « Intervention du psychologue dans la procédure de prélèvement d'organes après arrêt cardiaque "contrôlé" » Revue soins <http://dx.doi.org/10.1016/j.soins.2016.06.008>

peuvent les évoquer avec moi, mesurer dans le creux de l'échange leurs éventuelles projections et s'en dégager un peu. Plus concrètement ils peuvent également me solliciter pour la prise en charge des enfants jeunes.

Je remarque que les soignants se sentent (à tort) souvent très démunis pour les accompagner et ma présence les rassure beaucoup.

Du côté des proches

Cela apporte un sentiment de continuité dans la prise en charge, je deviens alors une sorte de repère quotidien qui peut relayer les informations ou les questions auprès des équipes médicale et paramédicale qui se succèdent autour du patient. Ma position de totale neutralité vis-à-vis des soins et des décisions permet aux soignants comme aux proches d'aborder toutes les problématiques sans craindre de rétorsions.

Cela produit un effet de vidange utile aux soignants (pour durer dans leurs fonctions) et aux proches pour mettre en mots puis en forme les questions à aborder dans le cadre des entretiens médicaux au fil de la prise en charge.

Une présence régulière en service m'a permis de voir que la réanimation est un lieu de haute technicité qui vise avant tout une surveillance médicale efficace, mais les enjeux relationnels sont multiples avec un impact important sur le confort des proches et des soignants.

En effet, dans la phase aigüe, les soignants doivent d'abord coconstruire avec les proches, sur le fil d'un lien fragilisé par le traumatisme que constitue une hospitalisation en réanimation, le sens des techniques employées afin de lutter notamment contre les sentiments de déshumanisation.

Il faut ensuite qu'ils les accompagnent dans la phase de convalescence (récupération, guérison) en étant capables d'accueillir les mouvements généralement ambivalents associés aux renoncements et autres deuils (baisse d'autonomie, orientation...).

Enfin, l'évolution clinique nécessite parfois de déconstruire l'espoir en accompagnant le patient et ses proches vers l'acceptation de la mort grâce à une communication ajustée et empathique.

Cet accompagnement très exigeant requiert des compétences relationnelles extrêmement techniques, qui ne sont pas l'apanage du psychologue, mais qui demandent toutefois à être soutenues par lui. Pour toutes ces raisons, il me paraît essentiel que les services de réanimation partout en France disposent **d'un temps dédié de psychologue clinicien**.

Pourquoi ?

Parce que le psychologue rattaché à un service clinique sur un temps suffisant développe un lien privilégié avec l'équipe soignante, fondé sur la confiance qui se nourrit dans le temps et à l'épreuve de l'expérience partagée.

Sa place est alors reconnue par tous.

Le lien avec le service lui permet de développer une bonne connaissance de la spécialité médicale, nécessaire à l'écoute clinique du patient et à la coopération avec les autres métiers. L'activité prend alors la forme d'une « présence » auprès des patients, de leur famille et de l'équipe soignante.

Au-delà des dispositifs et des actions spécifiques (temps d'écoute, entretiens, réunions...), le travail passe par des actions diffuses, non strictement délimitées dans le temps et l'espace.

On parle alors de travail informel du couloir et des interstices.

Le travail du psychologue en réanimation est tout à fait spécifique.

Le collectif PsyRéa³ propose une intervention en visio toutes les 8 semaines pour les cliniciens des services de soins critiques qui souhaitent bénéficier d'un espace collectif d'élaboration de leur pratique clinique.

LE MOT DU RESPONSABLE MÉDICAL

L'équipe, très demandeuse au départ, estime désormais que le travail de la psychologue est nécessaire et sa présence indispensable. Ses interventions sont particulièrement précieuses pour les proches et les soignants qui vivent les étapes du séjour d'un malade de réanimation.

Aussi, avec son intégration progressive dans le service et sa position de neutralité, nécessairement décalée, elle tient un poste d'observation sur l'organisation du travail et sur les dynamiques individuelles et collectives qui sont à l'œuvre dans une équipe en proie à la gestion de situations complexes. Elle nous donne alors des clés de compréhension supplémentaires pour appréhender le fonctionnement du service et ses axes d'amélioration. Un psychologue intervenant au coup par coup (exemple : psychologue « de liaison »), aussi compétent et motivé soit-il, serait bien incapable de nous apporter tous ces bienfaits. Le projet du service est désormais d'augmenter ce temps de psychologue dédié à la réanimation.

*Renaud Chouquer,
secrétaire général adjoint du SNPHARE*

3 - Soins Intensifs Formation Accompagnement | PsyRea | France (collec-tifpsyrea.com)

Sans psychologue intégré à l'équipe de réanimation, il y a peu de culture du risque psychologique au sein du service !

Le service de réanimation de l'Hôpital de Saint-Brieuc est, somme toute, assez proche de celui de l'Hôpital d'Annecy. Il dispose en effet de 14 lits de réanimation et 7 d'USC pour un total d'environ 1 000 entrées par an. Les effectifs, tout personnel compris, sont d'environ 100 personnes.

L'EXPOSITION AUX SITUATIONS DIFFICILES EST TRÈS FRÉQUENTE

En effet, l'activité très polyvalente du service expose quotidiennement les personnels à des prises en charge au poids cognitif et émotionnel extrêmement lourd à l'instar de leurs alter ego des autres services de soins critiques. Pour autant, le service ne dispose pas de psychologue dans son effectif soignant.

Au sein de l'hôpital de Saint-Brieuc, les psychologues ne sont pas affectées à un service en particulier. Si nous disposons d'une psychologue référente à joindre prioritairement, son temps d'activité n'est pas comptabilisé dans les effectifs du service de réanimation.

UNE DISPONIBILITÉ DU PSYCHOLOGUE ALÉATOIRE

En conséquence, afin d'obtenir une prise en charge psychologique, nous devons passer par une prise de rendez-vous téléphonique. Malgré sa bonne volonté, sa disponibilité est donc aléatoire et fonction des contraintes que lui imposent les autres services au sein desquels la psychologue peut intervenir. De ce fait, il n'y pas ou peu de culture du risque psychologique au sein du service.

Pour les proches d'une part.

Si certaines situations sont néanmoins bien identifiées, comme celles où des enfants sont impliqués ou bien celles où la détresse d'un proche semble assez évidente, cela n'est pas pour autant automatique et soumis à l'expérience, à l'intuition, à la sensibilité des soignants. Il existe donc très cer-

tainement des situations dans lesquelles le risque n'a pas été décelé et donc pris en charge.

Pour les soignants d'autre part.

Faute de psychologue facilement disponible, le personnel, bien que souffrant parfois de stress en lien avec les prises en charge, ne dispose pas de relais facilement identifié. Cela est parfois générateur de mal-être au travail, voire de complications dues au stress post-traumatique et à l'extrême, de départ du service. Certaines situations vécues récemment l'ont souligné.



Il est donc bienvenu que les récents décrets relatifs aux autorisations de soins critiques aient défini comme partie pleine et entière de l'équipe soignante d'un service de réanimation un psychologue¹.

*Matthieu Debarre,
Secrétaire général adjoint du SNPHARE*

1 - <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045668631>

Un autre rôle méconnu des Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques (CUMP) : le soutien aux soignants et la prévention des risques psychosociaux

Les Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques (CUMP) ont été créées à la suite de l'attentat du RER B à Saint-Michel, survenu en 1995.

Les CUMP sont des unités fonctionnelles s'inscrivant dans le dispositif de l'Aide Médicale Urgente. Elles disposent de personnels (psychiatres, psychologues, infirmiers, assistants médico-administratifs) qui leur sont « affectés pour tout ou partie de leur activité ». Depuis 2013, le dispositif est inscrit dans le Code de la Santé Publique et chaque département possède une CUMP. Le Réseau National de l'Urgence Médico-Psychologique se structure à différents échelons : régional, sous l'égide de l'Agence régionale de santé (ARS), zonal, qui recouvre les zones de défense et de sécurité, mais également national.

Elles ont pour mission la prise en charge médico-psychologique précoce des victimes et des sauveteurs en cas « de catastrophes, d'accidents impliquant un grand nombre de victimes ou d'événements susceptibles d'entraîner d'importantes répercussions psychologiques »¹.

Dans le cadre de la prise en charge des sauveteurs ou des soignants au sens large, cet article reprend des exemples d'actions et de projets mis en place par la CUMP 78 auprès des équipes du SAMU des Yvelines.

Conscients que la démarche de « voir un psy » n'est pas chose aisée, notamment dans les métiers de l'Aide Médicale Urgente où l'on se doit d'avoir le « cuir épais », ces différentes actions ont nécessité au préalable un temps pour tisser le lien, s'habituer, s'approprier afin que la confiance puisse s'installer. La CUMP des Yvelines est une CUMP dite renforcée, c'est-à-dire qu'elle dispose de moyens permanents, ce qui est le cas des départements, chefs-lieux de région et/ou avec des risques liés à la densité de la population et à la présence d'un ou de plusieurs sites présentant des dangers spécifiques. La CUMP 78 se compose de quatre coordonnateurs (un psychiatre, une infirmière et deux psychologues) et d'une secrétaire. Les permanents peuvent s'appuyer, si besoin, sur un réseau départemental de

volontaires, professionnels de santé mentale formés à l'Urgence Médico-Psychologique. Les cliniciens sont présents quatre jours sur sept dans les locaux du SAMU 78 à Versailles et se répartissent 365 jours d'astreinte téléphonique, une présence physique et une disponibilité permanente qui facilitent le recours des professionnels du service qui en ressentiraient le besoin.

Le travail auprès des équipes se structure autour de deux axes de prévention, la prévention secondaire et tertiaire. De façon courante, la CUMP est présente aux staffs afin de pouvoir repérer les situations complexes et ainsi proposer son soutien aux équipes d'intervention.

À PROPOS DE LA PRÉVENTION SECONDAIRE

Il est reconnu que la formation est un facteur de protection psychique. Un programme développé initialement pour les internes du service a été étendu à l'ensemble du personnel médical et paramédical du SAMU et du SMUR : médecins, IADE, ambulanciers, ARM (Assistants de Régulation Médicale). Les principales thématiques abordées développent les notions de stress, de deuil et de psychotraumatisme, mais également l'évaluation du risque suicidaire. Elles couvrent aussi bien les symptomatologies que les professionnels peuvent déceler chez les patients que les effets pouvant être ressentis par les professionnels, nous y abordons notamment les notions d'épuisement ou de fatigue compassionnelle. Un module est également consacré à l'annonce du décès, il se réalise en deux temps, un échange sur les pratiques professionnelles qui a pour objectif de réfléchir sur ces dernières et de les appréhender collectivement sous un autre angle. Un deuxième temps est consacré à la simulation d'annonce de décès en extrahospitalier dans une salle prévue à cet effet. Celui-ci est animé par un binôme composé d'un médecin expérimenté du SMUR et par un professionnel de la CUMP.

Les professionnels de l'Urgence sont soumis dans le cadre de leur travail à la souffrance, celle des patients et de leurs proches, à la douleur, voire même parfois à la mort, ce qui n'est pas anodin pour le psychisme de l'être humain aussi bien

¹ - Direction générale de la santé (2017) Instruction N° DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence Médico-psychologique. Circulaire 41730. http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/01/cir_41730.pdf.

soit-il préparé par le biais de sa formation et de son expérience du métier.

Un groupe de travail regroupant CUMP et SMUR a permis de répertorier et de structurer les questions autour des risques et les différents niveaux de soutien possibles liés au travail dans le service. Le projet est celui d'un webinaire accessible aux différents professionnels afin de faciliter la demande d'aide et la pratique d'ateliers décrits ci-dessous.

Des rencontres régulières rassemblent l'ensemble des équipes de l'Aide Médicale Urgente : P'Sy DEJ ou Hap'sy HOUR en fonction du moment de la journée où ils ont lieu. L'objectif est de toucher tous les professionnels travaillant de jour comme de nuit. Il s'agit de moments conviviaux de partage et d'échanges ponctués de temps d'ateliers pratiques se basant sur des techniques spécifiques permettant de prendre soin de soi. Ces techniques d'ancrage sont variées et favorisent la centration sur soi, la diminution du stress ou la décharge corporelle. Concernant « la centration sur soi », les diverses techniques sont empruntées à l'hypnose, à l'EMDR, à la méditation en pleine conscience, etc. Elles permettent de s'ancrer dans l'ici et maintenant, de favoriser la relaxation et la récupération. Dans des temps collectifs en petits groupes nous proposons aux professionnels de prendre ce temps pour eux, de recharger les batteries « de prendre soin de soi, pour mieux prendre soin des autres ». Les stratégies d'ancrage sont des techniques simples, mais puissantes, pour mettre à distance les difficultés émotionnelles qui peuvent être ressenties par les professionnels en intervention, en favorisant la centration sur autre chose que la douleur psychique ressentie sur le moment, elles permettent entre autres à la personne de redevenir opérationnelle plutôt que de se laisser submerger par ses émotions négatives. À la demande de certains qui souhaitaient des activités plus dynamiques, du côté « de la décharge », des ateliers de boxe ont été mis en place afin que les personnes puissent se défouler, évacuer le stress, les énergies négatives.

CONCERNANT LA PRÉVENTION TERTIAIRE

Lorsque la blessure psychique est présente, il est nécessaire d'intervenir avec des techniques thérapeutiques afin de permettre aux soignants de cicatiser leur plaie psychique. Les principales techniques utilisées dans cet objectif sont issues de la psychiatrie militaire, qui a commencé à se développer lors des conflits mondiaux du XX^e siècle, avec les théorisations de la psychiatrie



de l'avant. Il s'agit du déchochage (*defusing*) et de l'Intervention Psychothérapeutique Post-Immédiate (IPPI) ou débriefing à la française. Ces techniques sont utilisées lorsque le psychisme du sauveteur a été effracté par une intervention particulièrement difficile du point de vue émotionnel.

Le *defusing* se réalise en immédiat, au plus tard, quelques heures après l'intervention. C'est un entretien non directif qui a pour objectif de réduire les effets du stress, en aidant la personne à retrouver des repères floutés par le choc psychologique, et de permettre un retour « au calme » en mettant un terme à l'événement vécu.

L'Intervention Psychothérapeutique Post-Immédiate, comme son nom l'indique, est une technique thérapeutique qui vise la prévention de l'ESPT (État de Stress Post-Traumatique). Il s'agit d'un entretien semi-directif qui permet, en abordant la chronologie de l'événement, de relier les pensées et les émotions qui ont été vécues afin de permettre un travail d'historicisation qui va favoriser la mémorisation et la réduction de la blessure psychique.

Ces deux interventions peuvent se réaliser successivement ou indépendamment l'une de l'autre, elles peuvent concerner un individu seul ou une équipe complète et sont menées par des professionnels en santé mentale.

*Fernando Vadillo, Psychologue coordinateur
CUMP des Yvelines*

Je tiens à remercier chaleureusement l'ensemble des professionnels qui composent la CUMP des Yvelines pour leur travail précieux au quotidien, auprès des patients et des équipes soignantes. Merci à Fernando pour son travail de description et de synthèse, qui apporte un éclairage très informatif sur une partie de leurs actions.

Anouar Ben Hellal, Secrétaire Général Adjoint SNPHARE



Les erreurs pouvant être liées aux facteurs humains, il est nécessaire de développer des stratégies pour les récupérer ou les anticiper. La formation aux facteurs humains (CRM ou *crew resource management*) est un ensemble de procédures de formation des équipes dans des environnements où l'erreur humaine peut avoir des effets délétères. Le Pr Anne-Sophie Lebre, PU-PH en génétique médicale, s'intéresse au concept de facteur humain dans le cadre de la formation des médecins.

PHARE : Pourquoi avez-vous voulu étudier le concept de facteur humain ?

Pr Anne-Sophie Lebre : J'ai découvert les concepts de facteur humain (FH) et de *Crew Resource Management* (CRM) en 2019 lors de la rédaction d'un mémoire de pédagogie médicale. J'avais envie de proposer des pistes de changements pour la formation des médecins. Pour orienter mon sujet, j'ai pris conseil auprès du Dr Donata Marra (ex-Centre national d'Appui) et de Fanny Benaim (École Nationale de l'Aviation Civile, ENAC). J'ai ensuite conduit une série d'entretiens avec la cheffe pilote responsable « sélection et recrutement pilotes » chez Air France, un pilote instructeur expert en FH, un commandant de bord récemment promu et une pilote tout juste formée à l'ENAC.

Les concepts de FH/CRM sont déjà enseignés dans les études médicales dans divers pays (Canada, Malaisie...), mais pas en France. Mon hypothèse est que certains des dysfonctionnements observés à l'hôpital public proviennent de l'absence de formation des médecins en FH/CRM. Ces carences pourraient contribuer au mal-être et à la crise d'attractivité de l'hôpital public. Concernant le cursus initial des pilotes de ligne : l'apprenant aura 48 heures d'enseignements FH/CRM obligatoires sur 3 ans. Pour passer en responsabilité, il devra suivre environ 80 heures de formation en FH/CRM, imposée réglementairement, avec une formation annuelle obligatoire dont une partie en équipe.

« Les concepts de FH/CRM sont déjà enseignés dans les études médicales dans divers pays (Canada, Malaisie...), mais pas en France. »

PHARE : Qu'est-ce que le *Crew Resource Management* dans l'aviation et comment l'adapter à l'hôpital ?

Pr Anne-Sophie Lebre : Le concept de CRM englobe la gestion des ressources de l'équipage. Il concerne la formation de tous les acteurs au travail en équipage avec l'objectif d'améliorer la synergie afin de maintenir un haut niveau de sécurité. Celui-ci se définit comme « L'utilisation efficace de toutes les ressources disponibles (information, équipement, personnel) afin de réaliser un vol efficace en toute sécurité ». Le but étant de créer une synergie au sein de l'équipe, en utilisant l'ensemble des ressources humaines le plus efficacement possible, tout en communiquant de façon précise et en appliquant les procédures, afin d'assurer la sécurité du vol. Les formations CRM ont pour objectif d'enseigner des compétences non techniques destinées à assurer la sécurité du vol par l'utilisation efficace de toutes les ressources de l'équipage. Par définition, ces formations se font de manière multidisciplinaire et s'attachent à faire partager des comportements communs entre les membres d'équipage. Le but est d'améliorer la sécurité des vols et de diminuer les erreurs.

Dans la formation des pilotes, on trouve donc l'acquisition des compétences techniques (connaissances de l'avion et de ses systèmes), dites de procédures (leurs connaissances et l'adhésion à celles-ci) et non techniques permettant une communication précise, qui solidifie le socle de compétences. Les objectifs sont donc d'optimiser le fonctionnement de l'équipage, de permettre une meilleure gestion de la charge de travail, de clarifier les rôles et responsabilités de chacun.

La Haute Autorité de Santé a mis en place, en mai 2018, le concept de CRM Santé, lequel permet de réaliser un diagnostic du fonctionnement d'une

équipe dans le cadre de la mise en place d'un programme d'amélioration des pratiques. Ce programme s'inspire en partie de la démarche du CRM, sans pour autant reprendre l'ensemble des étapes définies dans le domaine de l'aviation.

PHARE : Ce concept concerne-t-il tous les médecins ou seulement les médecins managers ?

Pr Anne-Sophie Lebre : L'importance du travail d'équipe dans le monde de l'aviation est tout aussi essentielle dans le monde de la santé. Médecins et pilotes de ligne sont certes différents dans leurs missions et professions, mais il y a des enjeux communs, comme la sécurité des étudiants, des professionnels (soignants/pilotes) et des patients/passagers. Les compétences non techniques à acquérir sont très comparables. Notons que dans l'aéronautique, les compétences FH/CRM sont aussi importantes que l'expertise. Il est toujours question d'équipe, jamais d'individu.

« Introduire les concepts de FH/CRM dans les enseignements en médecine est un enjeu pour la sécurité des patients, des étudiants et des soignants. »

Les médecins ont toujours été sélectionnés et mis en compétition les uns contre les autres. L'individu est valorisé et les ego prennent le dessus dans de nombreuses situations difficiles. Introduire les concepts de FH/CRM dans les enseignements en médecine est un enjeu pour la sécurité des patients, des étudiants et des soignants. En formation initiale, l'enseignement FH pourrait être pris en charge par des enseignants-chercheurs de faculté de médecine, sur une base de volontariat, une fois qu'ils seront eux-mêmes formés à la culture FH/CRM. En formation continue, il serait utile d'engager des formateurs de l'aéronautique pour les formations en management dédiées aux médecins. Ces enseignements seraient rendus réglementairement obligatoires pour tout médecin mis en situation de responsabilité (chef de service, département, pôle, coordonnateur de formations, président de CME, doyen...). Enfin, évaluer annuellement les pratiques des médecins managers devrait être rendu obligatoire, comme cela se fait déjà à l'Institut Gustave Roussy (IGR), avec un recadrage et un accompagnement en cas de difficultés managériales.

PHARE : Au bloc opératoire, la culture de la sécurité du patient et du travail en équipe est très forte, quelles seraient, selon vous, les compétences à entretenir ?

Pr Anne-Sophie Lebre : Afin de préparer à la fonction de commandant de bord, la formation couvre les éléments clés définis dans les normes, pour un cycle de trois ans, au bout duquel elle doit être remise à jour afin de refléter les meilleures pratiques actuelles. La formation s'appuie sur les retours d'expérience et permet de prendre conscience de la portée du FH et de conduire à des changements des pratiques professionnelles.

« L'efficacité du CRM, notamment dans la réduction significative des erreurs, repose également sur la réduction du stress de l'équipage, avec un système de retour d'expérience non punitif. »

Dans le domaine de l'aviation, l'environnement est incertain (prévisions météorologiques notamment) et prend en compte l'anticipation des menaces (concept de « Threat and Error Management »). Il s'agit d'une démarche proactive permettant de détecter les menaces et les erreurs susceptibles de dégrader la sécurité du vol. L'équipage doit maîtriser la conscience de la situation (systèmes d'avion, environnement, temps), la prise de décision, l'affirmation de soi et la gestion des ressources (charge de travail, stress et fatigue). L'efficacité du CRM, notamment dans la réduction significative des erreurs, repose également sur la réduction du stress de l'équipage, avec un système de retour d'expérience non punitif.

La formation FH/CRM du pilote se fait aux différentes étapes de sa carrière : intégration à la compagnie (16 h), changement d'appareil (8 h), stage de commandement (40 h). Elle sera complétée par un programme à valider sur 3 ans (12 h dont 6 h à effectuer en commun avec le personnel navigant commercial) et la signature d'une charte de prévention des harcèlements au travail. Des fiches de compétences sont travaillées : conscience de la situation ; gestion de la charge de travail ; leadership/travail en équipe ; anticipation ; communication ; prise de décision ; utilisation des automatismes ; prise en compte des limites.

En conclusion, modifier la culture médicale (référentiels des études de médecine et formation continue) en y apportant de la culture FH/CRM issue de l'aéronautique ne peut être que bénéfique pour tous (étudiants, soignants et patients). Ces changements profonds de culture sont indispensables et urgents. Ils devraient contribuer à compléter le panel de compétences des médecins et améliorer leur qualité de vie au travail.

Le groupe « Les Perfusiones » : une bande de copains... un sas de décompression

LES Perfusiones (ou les perfs) est un groupe de musique POP composé de cinq copains (Nadia, Paul, Zohr, Frank et Nico). Frank Bolandard, anesthésiste-réanimateur à Narbonne et guitariste, nous raconte son expérience.



PHARE : Pouvez-vous nous décrire votre groupe ? Comment a-t-il été composé, quand, qui, quels instruments, pourquoi ce nom ?

Frank Bolandard : Le groupe « Les Perfusiones » est composé de 5 membres : une chanteuse, Nadia (dermatologue), un batteur, Zohr (anesthésiste-réanimateur à Béziers), un bassiste, Paul (professeur de maths), un clavier, Nico (chanteur et professeur de musique), et moi-même (guitariste et anesthésiste-réanimateur à l'hôpital). J'habitais à Clermont-Ferrand et en 2010 je suis descendu à Narbonne où j'ai pris contact avec un de mes anciens internes, Zohr, qui a monté ce groupe en 2011. Nous avons commencé à jouer ensemble. Très rapidement nous avons été sollicités pour donner un concert et il nous fallait un nom ! Comme le groupe était composé de 3 médecins, dont deux anesthésistes-réanimateurs, « Perfusiones » nous est venu tout de suite à l'esprit.

PHARE : Quand vous produisez-vous ?

Frank Bolandard : Nous répétons tous les mardis soir, pendant 3 heures, chez Zohr, à Béziers, dans une chambre avec une estrade. Nous jouons l'été dans une paillote de plage en dessous de Béziers. Nous jouons également pour des événements privés chez des personnes que l'on connaît. Nous avons fait un concert caritatif et nous nous sommes déjà produits dans des congrès médicaux (CARO, REAGSO).

PHARE : Qu'est-ce que ça vous apporte ? Ça fait oublier l'hôpital du coup ?

Frank Bolandard : Quand je suis parti de Clermont-Ferrand, j'étais en surmenage, le fait d'avoir repris cette activité musicale m'a donné une bouffée d'oxygène. Les activités à côté d'un travail prenant, comme le mien à l'hôpital, sont un vrai sas de décompression. Cela demande du travail personnel et m'a permis de libérer du temps hospitalier. Ce sont des rendez-vous très agréables. Ce groupe d'amis est comme une deuxième famille.

PHARE : Le travail en équipe, ça se passe mieux à l'hôpital ou quand on fait de la musique ?

Frank Bolandard : J'ai toujours été habitué à travailler en équipe, je ne vois pas de différence entre les deux. Ce qui est sûr c'est que le fait de jouer dans un groupe m'a beaucoup aidé musicalement. Nous n'avons pas tous les mêmes goûts musicaux, mais chacun amène ce qui l'intéresse et nous gardons le meilleur, c'est une expérience très enrichissante.



**ANNONCES DE
RECRUTEMENT**



L'Hôpital Franco-Britannique recherche UN ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR pour compléter son équipe.



Avec son activité ambulatoire en plein développement, sa chirurgie conventionnelle et carcinologique, sa maternité de niveau 2 B, son unité de soins continus de 8 lits, et son bloc opératoire composé de 7 salles, il propose d'avoir une pratique diversifiée dans un établissement médico-chirurgical dynamique, à taille humaine et limitrophe de Paris.

Poste à pourvoir dès que possible, salarié en forfait heures du privé (CCN51) temps plein ou temps partiel.



**Envoyez CV
et LM à :**

Tenaillieu THIBAUT
Directeur Général

thibaut.tenaillieu@cognacq-jay.fr
4, rue Kléber - 92300 Levallois-Perret
T. 01 47 59 59 04

www.hopitalfrancobritannique.org



**Le service d'accueil des urgences
adultes du CHR d'Orléans**
RECHERCHE

URGENTISTES (à temps partiel et/ou temps plein)

Titulaire du diplôme de médecine générale ou de médecine d'urgence - Inscription au conseil de l'Ordre demandée.

Statuts : Praticiens Hospitaliers, Contractuels, Assistants

Le CHR Orléans a une vocation régionale liée à sa haute spécialisation et à son plateau technique performant. Hôpital neuf, de 1300 lits et places, il dispose de 4 scanners, 3 IRM, 2 pet scan, et 19 salles d'opérations. Le CHR d'Orléans a initié sa transformation en Centre Hospitalier Régional Universitaire qui doit être effective en fin d'année 2022.

Située à 1 heure de Paris et de Tours, en bord de Loire, à l'orée de la Sologne, la ville d'Orléans offre un cadre de vie très agréable, un bassin de population attractif et en croissance (le Loiret compte 670 000 habitants).



Le service des Urgences Adultes, adossé aux Urgences pédiatriques et à proximité des Urgences gynéco-obstétricales, est entièrement neuf et bénéficie d'équipements médico-techniques de dernière génération (Ensemble des box vec scopes et centrale de surveillance, 4 places en SAUV avec respirateurs de réanimation, échographie, Scanner dédié).

L'équipe d'urgentistes exerce une activité partagée URGENCES-SAMU-SMUR et cherche à renforcer son effectif dans le cadre de la transformation en CHU. Elle assure quotidiennement, sur la base d'une activité en temps continu, 2 lignes de garde de Régulation Médicale, 2 à 3 lignes de SMUR et 3 lignes aux Urgences médico-chirurgicales Adultes.



L'équipe médicale et paramédicale a hâte de travailler avec vous, n'hésitez plus :
Pauline.di-mascio@chr-orleans.fr
Dr Nabli, Chef de service : **nesrine.nabli@chr-orleans.fr**
Dr Devin, Chef de service : **christophe.devin@chr-orleans.fr**

PÔLE DE SANTÉ DU VILLENEUVOIS

Le PÔLE DE SANTÉ DU VILLENEUVOIS (PSV)

RECRUTE

2 MÉDECINS URGENTISTES H/F

Pour rejoindre une équipe de 9 praticiens

Dr BARTOU, Chef de Pôle

05 53 72 25 51 – christine.bartou@psv47.fr

2 ANESTHÉSISTES RÉANIMATEURS H/F

Pour rejoindre une équipe de pôle de 6 praticiens

DR GONCALVES

05 53 72 25 38 – ana-luisa.goncalves@psv47.fr

TOUT TYPE DE STATUT PROPOSÉ
Praticien Hospitalier, Contractuel, Public ou Privé

Pour tous les postes, joindre également :

M. LAMARCHE, Directeur des Affaires Médicales : 05 53 72 27 85

Mme RASSOUL, Affaires Médicales : 05 53 72 23 44

Au centre du Sud-Ouest, l'Hôpital, structure hospitalière neuve et moderne réunissant sur le même site le centre hospitalier et la clinique, est situé à 30 km d'Agen et à 1 h 30 des villes de Bordeaux et Toulouse. Il répond aux besoins d'un bassin de population de près de 100 000 habitants.

Il est doté d'une capacité de 354 lits et places dont 264 en MCO (nombreuses spécialités médicales et chirurgicales) regroupant notamment un service d'urgences, une unité de surveillance continue et une maternité de niveau 1 (726 accouchements en 2019).

Il offre, par ailleurs, des plateaux de consultations, de rééducation et un plateau technique complet : scanner, IRM, radiographie conventionnelle, échographie, endoscopie ...



**POLE DE SANTÉ
DU VILLENEUVOIS**





LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE MANOSQUE (04)

● ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR

pour compléter équipe médicale en place du service d'anesthésie - Équipe paramédicale formée et stable - Activité chirurgicale variée (2 800 entrées totales/an en chirurgie complète et chirurgie ambulatoire) : Orthopédie, gynécologie, digestif, stomatologie, urologie. Maternité : 3 salles de travail, deux sages-femmes sur place H24, un obstétricien et un pédiatre d'astreinte H24, 600 accouchements par an. Garde sur place avec 2 IADE d'astreinte H24. Présence d'une unité de surveillance continue de 8 lits sur site. Les activités et services d'hospitalisation sont regroupés sur le même étage. Établissement récent - Bloc opératoire de 6 salles dont une réservée aux urgences obstétricales, équipement aux normes les plus exigeantes.

Contact : Dr Stéphane SAUVAT, Chef de Pôle - 06 71 10 33 48 - sauvat.s@ch-manosque.fr

● MÉDECIN URGENTISTE DESC OU CAMU

Équipe médicale soudée et équipe paramédicale formée et stable. Activité : 35 500 passages aux urgences/an, 3 700 entrées en UHCD (8 lits - DMS 1.04 jour), 700 SMUR -Service agréé pour l'accueil des internes (recevant régulièrement 5 internes par choix) - Présence sur site de 8 lits de surveillance continue. Radiologie conventionnelle + 2 scanners + 2 IRM, téléradiologie de nuit et WE, Laboratoire de biologie médicale, PUI.

Contact : Dr Céline AYASSO, Chef de service - 06 85 57 98 33 - ayasso.c@ch-manosque.fr

RECRUTE MÉDECINS

Temps plein ou temps partiel Inscrits à l'Ordre

Temps de travail continu basé sur 135h/mois - TTA en sus sur volontariat rémunéré ou récupéré - Congrès, formations dans le cadre du DPC + Soirées de type EPU sur place - Staffs.

Conditions financières négociables selon ancienneté et statut (possibilité de prime d'exercice territorial si exercice temps partagé multisites souhaité, et/ou prime d'engagement dans la carrière hospitalière si statut de Praticien Contractuel avec perspective concours de PH. Éligible contrat motif 2.

À 35 minutes par autoroute d'Aix-en-Provence, gare SNCF, 5 navettes quotidiennes vers aéroport Marseille-Provence et Aix-en-Provence gare TGV - Ensoleillement 2600 h par an, proximité stations de ski des Alpes (2h), de Marseille et de la mer Méditerranée (1h), du Luberon (20 minutes) et du site du Verdon (40 minutes) - Cadre de vie privilégié avec accès aisé à la propriété - Présence d'un établissement d'enseignement international (de la maternelle au baccalauréat) en face de l'hôpital.



LE CENTRE HOSPITALIER DE DIGNE-LES-BAINS (04)

RECRUTE MÉDECINS

Inscrits à l'Ordre
Temps plein ou temps partiel
Praticien hospitalier
ou contractuel

■ MÉDECIN ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR

Dans un environnement de travail moderne, nous recherchons candidats anesthésistes réanimateurs pour compléter équipe médicale du service d'anesthésie. Équipe soudée médicale et paramédicale, bonne ambiance. Activité chirurgicale variée de chirurgie complète et ambulatoire : orthopédie-traumatologie, gynécologie, digestif, et activité obstétricale (400 accouchements par an) au sein d'un bloc comptant 5 salles dont 1 bloc obstétrical. Présence d'une unité de réanimation médicale de 12 lits sur site.

Organisation de la PDS d'anesthésie en astreintes opérationnelles forfaitisées (équiv. 2011€ brut par semaine) Astreinte IADE et IBODE. Aménagement temps de travail possible. Accès large aux congrès, formations dans le cadre du DPC.

Contact : Dr Jean Pierre REY, Chef de service - 06 22 48 71 33 - jeperey@gmail.com

■ MÉDECIN URGENTISTE DESC MÉDECINE D'URGENCE OU CAMU

Temps plein ou temps partiel, intéressé par un exercice varié (SAMU, Urgences, UHCD, SMUR, gardes hélicoptère de secours en montagne) dans une équipe comptant 15 séniors - Équipe paramédicale complète et formée IAO et SMUR - 3 ARM en poste - Locaux neufs et adaptés - 25 000 passages/an. Gardes sur place - Temps de travail continu basé sur 135h/mois.

Contact : Dr Serge BURCKEL, Chef de service - 06 63 76 89 51 - sburckel@ch-digne.fr

Conditions financières négociables selon ancienneté et statut (possibilité de prime d'exercice territorial si exercice temps partagé multisites souhaité, et/ou prime d'engagement dans la carrière hospitalière si statut de Praticien Contractuel avec perspective concours de PH). Éligible contrat motif 2. TTA en sus sur volontariat rémunéré ou récupéré - Congrès, formations dans le cadre du DPC.





Médecins - Soignants - Personnels de Santé

1^{er} Réseau Social
de la santé

1^{ère} Régie Média
indépendante
de la santé



Retrouvez en ligne des
milliers d'offres d'emploi



250 000 exemplaires de
revues professionnelles
diffusés auprès des
acteurs de la santé



Une rubrique Actualité
qui rayonne sur
les réseaux sociaux



Rendez-vous sur

www.reseauprosante.fr



Inscription gratuite

☎ 01 53 09 90 05

✉ contact@reseauprosante.fr