

REVUE DU SYNDICAT

DES MÉDECINS ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS

NON-UNIVERSITAIRES

(S.M.A.R.N.U.)

## EDITORIAL

### **" LA PEUR DE L'AUTRE : Les pôles, la nouvelle gouvernance "**

Notre société montre progressivement l'inclination de la société américaine basée en grande partie sur la culture de la peur...de l'autre. On avait l'habitude des déclarations de De Kervasoué ou de G Vincent selon lesquelles les médecins des hôpitaux devaient être mis au pas et se soumettre aux ordres du directeur général de l'EPS. Ce qui est plus récent, à la lecture d'une thèse de doctorat de sociologie, c'est la crainte des directeurs généraux de voir pervertis leurs cadres administratifs et directeurs adjoints par les médecins du pôle.

Certes les malades viennent à l'hôpital avant tout pour consulter un médecin, pas un directeur ! Le médecin est détenteur du savoir sur les affections, les souffrances, les misères de la vie, il a un métier au contact de l'humain, ses exigences auprès des directions sont directement liées aux besoins de la population en détresse. Un cadre administratif confronté directement à la souffrance risque progressivement de tenir le discours du médecin responsable de pôle et des personnels soignants. La légitimité de la connaissance sera toujours supérieure à la légitimité administrative devant les responsabilités médicales.

Un conseil d'administration, juge à postériorité des décisions du conseil exécutif, aura beau jeu de dénoncer l'abandon de la démarche de soins au profit d'une démarche économique. La constitution des pôles et la nouvelle gouvernance crée probablement une modification profonde de l'équilibre hiérarchique des choix stratégiques et des répercussions sur le territoire de santé.

Le chef de service devient l'égal d'un cadre soignant (surveillant chef) garant de la qualité des soins dans sa spécialité, rendant des comptes non plus au directeur général mais au responsable de pôle, le responsable de pôle se trouve à niveau égal de l'adjoint des cadres garantissant une organisation économique conforme aux directives du conseil exécutif. Nous avons clairement perdu la position du pouvoir médical confronté directement au directeur général pour devenir des exécutants avec une marge de décision très réduite.

Malgré ces changements radicaux dans l'organisation des établissements de santé il serait déraisonnable de susciter la psychose de la peur de l'autre. Ce n'est pas en terme de confrontation médecin-directeur que la problématique doit être posée; nous avons des enjeux communs à porter pour remplir notre mission commune de santé publique, mission qui doit être financée par des fonds sociaux non extensibles à l'infini ; alors travaillons ensemble en bonne intelligence.

Au SMARNU, nous avons toujours soutenu la nécessité de réformer l'organisation des établissements de santé, de regrouper les moyens sur des établissements référents en articulation avec un réseau de soins de proximité, et de redéployer des moyens humains raréfiés par une démographie médicale défavorable. Nous ne devons pas craindre le changement qu'il s'appelle gouvernance, pôles, ou conseil exécutif.

Restons sereins, car la lecture de telles thèses de sociologie hospitalière nous confirme dans la certitude que le médecin sera toujours le porteur du savoir médical reconnu par la personne malade et pour ce qui nous concerne, tant que l'anesthésiste assurera le sommeil et la sécurité du patient devant subir une intervention chirurgicale, il gardera un pouvoir fort au sein du plateau technique, ses propositions ne pourront pas être ignorées. Car l'essentiel des budgets rapportés par la T2A est réalisé sur les plateaux techniques. Plutôt que perdre en l'influence, l'anesthésiste deviendra de plus en plus incontournable dans l'organisation hospitalière.

*Michel Vignier, Président du SMARNU (C.H. Mantes-la-Jolie)*

Septembre 2006

[www.smarnu.org](http://www.smarnu.org)



# 1er janvier 2007...mais la vie continue!

Voilà 4 ans déjà, le 20 novembre 2002, qu'à été présenté en Conseil des Ministres le projet Hôpital 2007, à la demande du ministre de la Santé d'alors, qui aura oublié Monsieur le Professeur Mattéi ! Les rapporteurs du projet, Ms Perrin, Debrosse et Vallencien dénonçaient les "maux récurrents" de l'hospitalisation publique, en particulier la "lourdeur" de l'hôpital, son "organisation féodale", son "cloisonnement" et son "corporatisme". Le résultat des réformes sortira de la petite enfance le 1er janvier prochain, et le moins que l'on puisse dire, c'est qu'il s'agissait d'un projet "politique" : peu de négociations avec les acteurs de terrain, pilotage de la conception du "nouvel" hôpital basé sur de nombreux rapports demandés à des hommes "sûrs", informations sur les projets distillées chichement et souvent peu avant leur mise en oeuvre, lobbying infernal et luttes de clan pour préserver des pouvoirs jugés éternellement acquis.

Voyons les changements = 1) Introduction de la tarification à l'activité, qui assurera bientôt 50% de la dotation hospitalière, 2) resserrement de la gouvernance hospitalière autour d'un directeur d'une institution devenue financièrement responsable, directeur néanmoins soumis aux contrôles tatillons d'une ARH sur vitaminée, 3) assujettissement du temps plein hospitalier au chef de pôle, "créature" du directeur, et au directeur lui-même qui peut, dans le cadre de ses contraintes propres, affecter et désaffecter un PH transformé en technicien spécialisé 4) mise à mal du paiement à la fonction par l'introduction de contrats, basés sur des objectifs de productivité ou d'économie (traduction administrative de "qualité")-c'est la Part Complémentaire Variable- parade pour lutter contre la désertification médicale du Centre Hospitalier, surtout due aux avantages consenties au privé.

Et tout ça le 1 janvier 2007 ! Les directeurs sont-ils prêts ? Nullement ! La plupart des hôpitaux ne sont même pas organisés en pôles ! Vous les PH, êtes-vous prêts ? Nullement ! Les actions des syndicats (dont le SMARNU) pour éveiller les consciences aux aspects les plus caricaturaux de cette "entreprisisation" de l'hôpital public, dont des grèves, des sit-in, des rassemblements de protestation n'ont eu qu'un faible écho et la résignation a eu le dessus. Est-ce à dire que la messe est dite ? Oui, s'il s'agit de l'introduction des réformes. Non, s'il s'agit de la mobilisation des médecins hospitaliers une fois les réformes en place et leurs aspects néfastes enfin visibles.

Réforme Mattéi anti réforme Debré ? Non pas ! L'hôpital et ses praticiens gardent objectivement leur place centrale = la récente triste prise en otage des patients du privé pourtant favorisé par sa prise en charge collective induite de ses primes d'assurance, ("Et pour quelques \$ de plus...") et les réactions indignées qu'elle a suscitées, ont

bien montré que l'Hôpital Public et la Sécu restent en première place dans l'organisation de l'hospitalisation (et en première pour l'enseignement et la recherche).

En attendant que constate-t-on ?

- Que pendant toutes ces années le pouvoir d'achat des temps pleins hospitaliers a stagné,
- Que notre système de retraite complémentaire est menacé,
- Que l'astreinte est ridiculement reconnue (surtout par rapport à l'astreinte du privé),
- Que le travail au noir dans les hôpitaux ça existe encore vu le paiement inégalitaire du Temps de Travail Additionnel,
- Que la bonification financière abusive de certaines spécialités par rapport à d'autres via la Part Complémentaire Variable (en MCO, chirurgie contre tout les autres) sous prétexte de risque (mais accordée par leur place T2A dépendante) va faire exploser les équipes, et introduire un revenu productivité dépendant supplémentaire à un secteur privé déjà largement inégal et contourné.

Faut-il là aussi se résigner ? Ce serait désespérant ! Le SMARNU va lancer ces prochains mois des campagnes pour faire progresser les intérêts concrets des praticiens en anesthésie-réanimation.

Liberté tarifaire, renouvellement des générations, assurés pour le privé ? Inféodation + strangulation financière, contraintes de la permanence des soins et désertification médicale pour le public ? Ca suffit !

1. Augmentation des salaires pour tous (au prorata des augmentations tarifaires accordées au privé, de quoi attirer les jeunes) ;
2. Défense de notre retraite (audit, vraies négociations toujours en attente)
3. Augmentation des tarifs de gardes et astreintes (au niveau de ceux des PU-PH, de quoi faire reconnaître la pénibilité)
4. Paiement uniforme en France du TTA, au tarif de jour pour tous (et faisons cesser la fusion prime de sujétion/paiement des plages de TTA) -de quoi réellement faire se réorganiser les hôpitaux, qui doivent comprendre que le temps médical a un prix !!!!
5. Refus de la PCV proposée, mesure discriminante, coûteuse et inutile
6. Que tout soit fait pour que nos FMC et l'EPP obligatoires soient accessibles et mises en oeuvre
7. Rendons au médecin hospitalier sa place dans l'hôpital public= non à la nomination-inféodation par les directeurs.

*Dr James Brodeur, Vice-Pdt du SMARNU (CH Bourges)  
septembre 2006*



# EPP-CERTIFICATION-ACCREDITATION-FMC

L'été fut productif, tous les textes, même ceux que l'on n'attendait plus depuis 10 ans, sont enfin parus, la lisibilité de chacun d'eux est possible mais les interférences entre les différents textes et surtout leurs conséquences méritent une séance de décodage.

Sur le lexique utilisé d'abord :

**L'EPP** : Evaluation des Pratiques Professionnelles, obligatoire , pour tous les médecins, périodicité de 5 ans. Début de la démarche, à partir du 01-07-05.

(Art. 14 de la loi du 13 août 2004, décret du 14 avril 2005)

Rôle prépondérant de l'organisme agréé (OA), ces organismes pouvant être privés ou professionnels, comme le CFAR, reconnu en tant que tel par la HAS depuis janvier 2006.

La démarche peut aussi être effectuée indépendamment des OA en passant directement par les CME et validation par des experts habilités par la HAS.

**LA CERTIFICATION** : C'est la partie EPP, références 44, 45, 46, du manuel de la certification des établissements de santé (ES), dans le cadre de la V2. Certification obligatoire pour les ES, périodicité 4 ans.

**L'ACCREDITATION** : Il s'agit ici de l'accréditation des professions médicales à risque dont vous vous en doutez bien l'anesthésie et la réanimation, médicale ou chirurgicale ainsi que les soins intensifs font partie. La démarche est ici volontaire, individuelle ou d'équipe et la périodicité est ici de 4 ans. Elle donnera droit à une aide au paiement de la responsabilité civile professionnelle, surtout intéressante pour ceux qui ont une activité libérale hospitalière.

(Art. 16 de la loi du 13 août 2004, décret du 21 juillet 2006).

L'organisation de cette démarche repose sur des OA mais ce ne sont pas forcément les mêmes que les OA de l'EPP. Ces OA formeront des experts par spécialité.

**LA FMC** : Les textes existent depuis 10ans, mais le décret n'est paru que depuis le 13 juillet 2006. Chaque médecin doit obtenir un total de 250 crédits tous les 5ans . Rôle clé des Conseils Régionaux de FMC dans la gestion des crédits FMC .100 crédits tous les 5 ans, sur les 250 seront obtenus par la démarche d'EPP obligatoire pour tous les médecins.

Si j'ai regroupé dans un même texte ces 4 sujets différents c'est en raison de certaines concordances, puisque :

La démarche d'accréditation et la certification V2, valent pour démarche d'EPP.

L'EPP permet de répondre à l'obligation de FMC.

Par contre des éléments discordants doivent nous interpeller :

Certification et accréditation valent toutes deux démarche d'EPP mais leur période est de 4 ans et celle de l'EPP, de 5 ans .

L'EPP dans le cadre de la certification des ES a souvent pour cible des prises en charge, des chemins cliniques, dont certains ne sont pas forcément au cœur du métier d'anesthésiste- réanimateur.

OA de l'EPP et OA de l'accréditation des professions médicales à risques ne sont pas forcément les mêmes, et peuvent ne pas être centrés sur la profession (c'est souligner ici le rôle primordial du Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs, dont le travail exemplaire est centré sur la profession et après sa validation comme organisme agréé pour l'EPP, le CFAR a déposé un dossier d'agrément pour la démarche d'accréditation).

Des experts différents pour la validation de l'EPP et la validation de l'accréditation.

Le caractère obligatoire de la FMC et de l'EPP et volontaire non obligatoire de l'accréditation . mais pour cette dernière de fortes incitation sont à craindre, de la part des compagnies d'assurances d'une part (qui ne souhaiteront probablement assurer que des médecins anesthésistes réanimateurs accrédités), et des directeurs des ES, pour les mêmes raisons et en terme de clientélisme.

Enfin, dernier point, devant la pression des syndicats libéraux (gynécologues-obstétriciens, chirurgiens et MAR), notre ministre X. Bertrand à déjà accepté le principe d'une aide au paiement de leur assurance en responsabilité civile professionnelle ( dans l'attente de la hausse de leur rémunération, elle aussi dans le plateau des revendications). Cela rend donc caduque la carotte promise aux médecins des spécialités dites " à risques " qui auraient validé ou qui se seraient dans leur démarche d'accréditation.

Comme vous pouvez le constater, le problème reste entier, la cohérence des décideurs risque d'être prise en défaut et je ne vous parle pas de la joie ( !!!) des médecins hospitaliers à l'annonce d'une éventuelle revalorisation des honoraires des libéraux sans revalorisation des carrières hospitalières. Mais il est vrai qu'à l'hôpital, avec les 35 heures et le repos de sécurité, la notion de pénibilité n'existe plus ( c'est du deuxième degré et cette phrase ne doit pas être sortie de son contexte, au cas où...), à moins qu'il s'agisse d'une volonté politique ?

L'actualité est donc à suivre de très près.

Dr Pierre Perucho,  
vice-pdt du SMARNU (CH Perpignan)  
septembre 2006



## LA COMMISSION NATIONALE STATUTAIRE S'EST TENUE LE 15 JUIN 2006

La CNS se tient deux fois par an, et son avis est sollicité pour les mouvements de PH temps plein.

Les quelques 315 candidats ont quasiment tous trouvé un poste de leur premier choix (744 postes publiés CHU et non-CHU) . 4 candidatures qui "posaient problème" ont été examinées à la loupe. Un candidat souhaitant s'éloigner d'un service AR d'un hôpital, en aucun point conforme aux données actuelles de fonctionnement, et à qui on refusait sa mutation, a été autorisé à muter et le service en question devrait faire l'objet d'une inspection.

Qu'apprend-on surtout à cette CNS ?

1) que dans toutes les sections le nb de postes publiés augmente d'année en année . Départs en retraite ?, transformations (plus que créations) de postes? départs dans le privé ? Pour l'AR, par exemple, 561 postes publiés en 2000 vs 744 en 2006.

2) que le nb de candidats (1er choix++) est pour l'AR de 315 (temps plein) pour 744 postes (42%) en 2006, et qu'une fois admis à leur poste, ceux qui y sont nommés (qui ont effectivement rejoint leur poste) et encore inférieur. Par exemple, pour 2005 = 264 vs 253.

3) que le nb de candidats AR pour des postes temps plein augmente aussi avec les années, mais avec des fluctuations (315 en 2006 vs 240 en 2000), mais reste aux alentours de 300 +/-15 depuis 2001, donc en inadéquation avec l'augmentation régulière du nombre de postes dispo.

4) que la répartition de la pénurie se fait au détriment des non-CHU, avec un nb de candidats régulièrement moins important admis en non-CHU (74,7% en 2000 vs 71% en 2006).

5) que la chirurgie se porte bien, avec un rapport entre potentiel de candidats et postes publiés par spécialité de 1,5 contre 0,5 pour l'AR

L'image est floue cependant. Pas de chiffres de répartition des postes dispo (ou existant) selon les régions (et il nous est pas possible de juger de l'héliotropisme), dans les régions (et donc CHU/non-CHU), entre l'anesthésie et la réanimation, comme activité majoritaire. La mission Berland travaille d'"arrache-pied" pour forger une image complète, et nous attendons impatiemment ses résultats.

De toute façon, ses conclusions ne feront pas apparaître l'AR comme spécialité nombreuse, renouvelée et jeune, alors que les besoins en AR semblent aller en croissant.

TOUS LES RESULTATS (TABLEAUX ET GRAPHIQUES) [www.smarnu.org](http://www.smarnu.org) "DOSSIERS/DEMOGRAPHIE"

### BULLETIN D'ADHESION AU SYNDICAT NATIONAL

#### DES MEDECINS ANESTHESISTES REANIMATEURS DES HôPITAUX NON-UNIVERSITAIRES

NOM : ..... Prénom : .....

Année de naissance : ..... Nationalité : .....

Adresse personnelle :	Adresse personnelle :
n° :	Centre hospitalier :
Voie :	
Code postal :	Code postal :
Ville :	Ville :
Tél :	Tél :
Fax :	Fax :
Adresse personnelle :	e-mail :

N.B. : un bulletin mensuel e-mail sera envoyé tous les débuts de mois à tous ceux qui nous auront fournis leur adresse électronique, permettant à tous les adhérents-cotisans d'être tenus au courant en temps quasi-réel des résultats des dernières réunions, des débats en cours et des derniers textes.

Cursus : - Année de thèse :

Mode d'exercice : CHG

- Année de qualification : .....

Convention FEHAP

- Année de DES : .....

Temps plein

- Année de CES : .....

Temps partiel

Activité libérale :

Responsabilité

☐ Chef de service

☐ Coordinateur

☐ Resp UF

Secteur : ☐ PH

☐ PH contractuel

☐ PH associé

☐ Attaché

☐ PAC

☐ Autres : .....

Secteur d'activité :

☐ Anesthésie/Bloc

☐ SAMU-SMUR

☐ Urgence

☐ Douleur

☐ Réa

☐ Autres : .....

Modifications intervenues dans votre établissement ces deux dernières années :

☐ Départs : Dr ..... ☐ Nominations : Dr .....

☐ Postes vacants : .....

### COTISATIONS ANNEE 2006

☐ Inscription unique 110 Euros

☐ Inscription groupée 100 Euros (2/3 pers. ou plus)

Formulaire à retourner accompagné de votre règlement à : **Dr BRECHIGNAC - Centre hospitalier - 74700 SALLANCHES**

Merci d'établir votre chèque à l'ordre du SMARNU CCP n° : 33.968.97 V 033 La Source