



Actu'APH

Journal d'Action Praticiens Hôpital



n°1

Fédération Nationale des Praticiens des Hôpitaux généraux

Syndicat des Psychiatres Français



Suivez nous sur facebook :
<https://www.facebook.com/Action-Praticien-Hopital-252176902225161/>



Suivez nous sur
Twitter
@ActionPratHopit

Syndicat National des Praticiens à Diplôme Hors Union Européenne

Syndicat des Praticiens des Hôpitaux Publics

Syndicat National des Biologistes des Hôpitaux

Syndicat National des Praticiens Hospitaliers
Anesthésistes-Réanimateurs élargi

Avenir Hospitalier

**ACTION
PRATICIENS
HÔPITAL**



Confédération des Praticiens des Hôpitaux

Syndicat des Médecins Pathologistes Français

Syndicat des psychiatres des hôpitaux

Syndicat Martiniquais des Hospitaliers

Syndicat des Jeunes
Biologistes Médicaux

Union syndicale de la Psychiatrie

Syndicat National de Gériatrie
Clinique

Association Nationale de Médecine
et d'Ergonomie des Personnels
Hospitaliers

SAMU et Urgences de France

Les journaux AH et CPH fusionnent pour
devenir Actu'APH

Décembre 2018

Actu'APH, LA Revue

Me voici en charge d'introduire le premier numéro de la revue APH. Oui c'est une nouvelle revue sur le paysage syndical actuel, mais cette nouveauté est d'importance car elle va être le reflet du travail réalisé de concert depuis maintenant plusieurs années par l'union Avenir Hospitalier (AH) et Confédération des Praticiens Hospitaliers (CPH).

Le paysage syndical et intersyndical est en évolution constante depuis une dizaine d'années, avec d'abord l'émergence aux élections statutaires nationales de 2011 de Avenir Hospitalier, qui forte de ses 21 % de voix s'est vu reconnaître sa représentativité, et a pu grâce à des valeurs spécifiques (travail local et national, défense du service public et des collègues au quotidien, démocratie interne) changer la donne des discussions avec les pouvoirs publics et bouleverser un ronronnement à notre avis délétère pour les médecins hospitaliers.

C'est sur la base de ces valeurs que s'est effectué un rapprochement progressif avec la CPH : merci donc aux échanges lors du Pacte de Confiance et de la Mission Lemenn, qui, s'ils n'ont été suivis de peu d'effets sur l'attractivité des carrières, a permis nos fiançailles sous l'étiquette « Action Praticiens Hôpital » (APH), et bientôt un mariage dont cette revue est le reflet.

Cette union, renforcée désormais par l'alliance, toujours sur les mêmes valeurs, avec la génération montante regroupée sous l'égide de « Jeunes médecins », est pour nous une décision plus que nécessaire, car rien ne justifie l'éclatement actuel du paysage syndical et intersyndical, en dehors d'ambitions personnelles qui ne font pas partie de nos engagements et de notre conception du syndicalisme.

APH contient aujourd'hui en son sein des syndicats hors spécialités, des syndicats de spécialités très importants (psychiatrie, anesthésie-réanimation, biologie etc), des syndicats de jeunes médecins, de médecins étrangers, de temps plein et de temps partiels, et son champ de réflexion et d'actions s'étend désormais aux hospitalo-universitaires.

Cette revue, va donc désormais remplacer celles de AH et de la CPH et sera adressée à tous les médecins hospitaliers (voie électronique). C'est pour nous un lien avec chacun de vous, qui nous permettra, en dehors des communiqués et newsletters, d'approfondir pour vous les sujets d'actualités et les sujets de fond, de vous livrer nos analyses et projets, de relayer si besoin les informations de chacun des constituants de notre union.

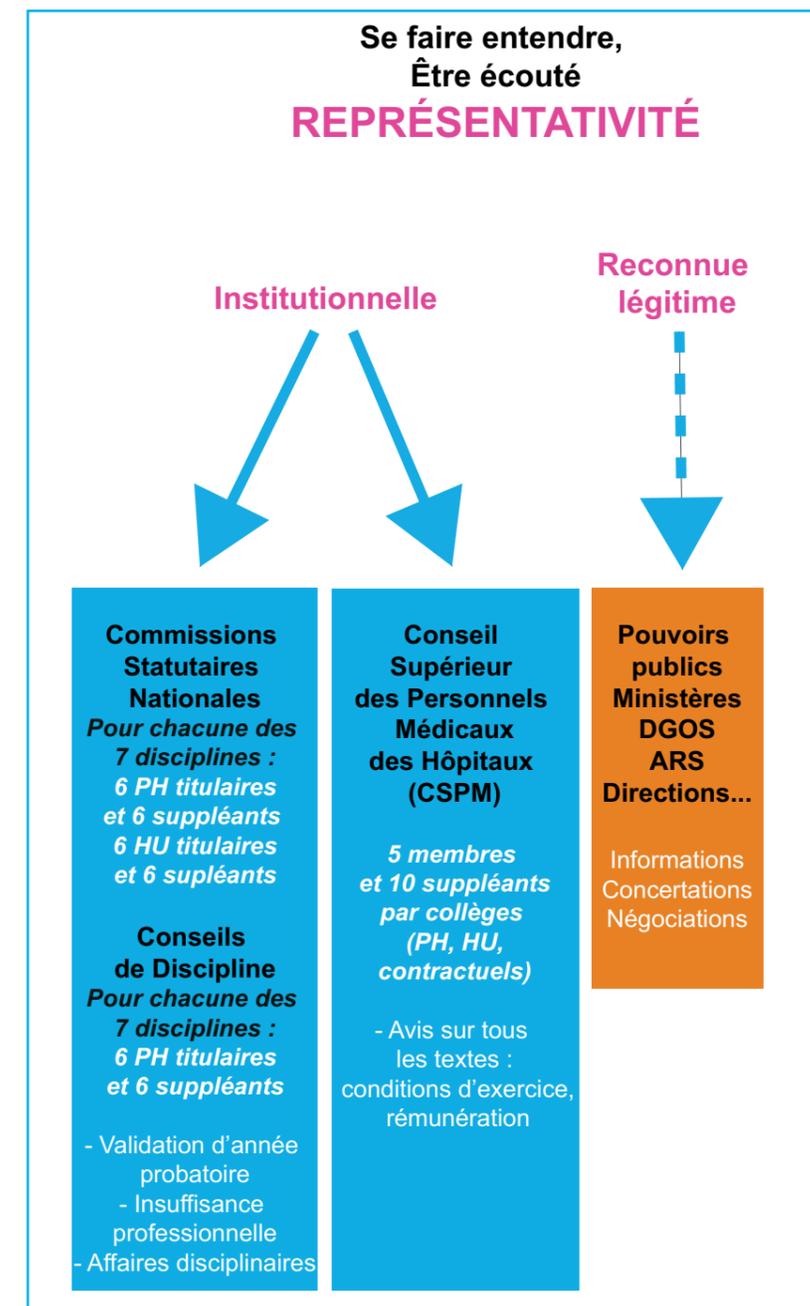
Ce sera l'expression officielle, pour vous et pour les pouvoirs publics et institutionnels, qui recevront cette revue, de nos idées, valeurs, revendications, et actions. Nous vous remercions par avance de votre lecture, de vos remarques, et de votre soutien.

Nicole Smolski

Elections professionnelles : le pourquoi



...le comment



ISSN : À VENIR

DIRECTEUR DE PUBLICATION : CHRISTIANE MURA

RÉDACTEUR EN CHEF : JACQUES TREVIDIC

COORDONATEUR DE LA RÉDACTION : RICHARD TORRIELLI

RÉDACTEUR : SAVERIA SARGENTINI

COMITÉ DE RÉDACTION : HICHEM ASSAMI, HELENE BERINGUIER, MARC BETREMIEUX, PASCAL BOISSEL, FRANÇOIS BRAUN, DENIS CAZABAN, JOËL CUCHEROUSET, ANNE DAVID-

BREARD, MICHEL DRU, OLIVIER FLECELLES, JEAN GARRIC, JEAN-MARIE LELEU, XAVIER, PALETTE, CHRISTIAN LE PROVOST, PASCALE LE PORS-LEMOINE, RENAUD PEQUIGNOT, NICOLE SMOLSKI, ANNE WERNET, SALEM ZEIN

EDITEUR : EKTOPIC
EKTOPIC@EKTOPIC.COM

PETITES ANNONCES : K. TABTAB - K.TABTAB@RESEAUPROSANT.FR

IMPRESSION : IMPRIMATUR

SOMMAIRE

EDITORIAL :2

ÉLECTION

Le pourquoi et le comment2

L'ADN d'APH.....4

INTER GÉNÉRATION

“Jeunes médecins “ qui sont-ils ?6

Parole à la nouvelle génération-.....8

Quel avenir pour l'hôpital public ?9

ACTUALITÉS11

LA PAROLE...

...au SPH : psychiatrie publique, le temps de la colère12

...au SNBH : à force de tirer sur la corde13

...au SJBH : de la nécessité de dialoguer13

...au SNPHARE : le choc d'attractivité14

RÉFLEXION

...sur la consultation pré-anesthésique15

Petites Annonces16

L'ADN d'APH



APH est née du rapprochement d'Avenir Hospitalier et de la Confédération des Praticiens des Hôpitaux pour porter au plus haut niveau les revendications de leurs syndicats constitutifs respectifs. Les deux instersyndicales ont des histoires différentes et sont constituées de syndicats encore plus divers. Pourtant, au-delà des revendications liées aux spécialités représentées par chacun d'eux, se dessine une vision commune, une foi affirmée dans les valeurs de soin en général, du Service Public de Santé en particulier.

Le service Public de Santé ne doit être assuré que par des professionnels formés, dont la bonne santé physique et mentale est un enjeu inaliénable. Ces professionnels doivent être reconnus, aussi bien par des conditions de rémunération décentes que par une place incontournable dans la gouvernance des hôpitaux où ils exercent leur art, font progresser la science, et dispensent leurs soins.

Cette aspiration commune à pouvoir exercer au meilleur profit des patients est l'ADN d'APH. Nous décrivons ici ce qui nous rapproche et nous unit.

L'autonomie

Les praticiens hospitaliers appartiennent à la profession au niveau d'instruction le plus élevé, ceci étant valable dans le monde entier. Ils ont une idée très claire de ce qui est nécessaire à l'exercice de leur métier, souvent individuellement, et à tout le moins collectivement. Les patients qui viennent à l'hôpital y cherchent des médecins. Même les comptables les plus éloignés du terrain évaluent l'activité d'un hôpital avant tout selon le volume des actes produits par ses praticiens.

Personne ne conteste que certains aspects techniques doivent être délégués à des administratifs. Mais le directeur de l'administration devenu, au fil des années et des lois, directeur d'hôpital – sans connaître le plus petit début de ce qui s'y passe – ne pourra jamais construire l'avenir de la prise en charge médicale d'une

population. Il ne peut que dire combien ça coûte.

Les Praticiens Hospitaliers doivent donc retrouver une place prépondérante, et pour commencer, au moins équitable, au sein des instances décisionnaires pour leur activité : soigner une population. Les médecins présents dans les instances ne devraient pas être nommés par le directeur, mais élus par leurs pairs, qu'ils soient chefs de service ou de pôle, membre de la CME ou de la CM de GHT. Toutes les modifications structurelles devraient être validées par les médecins qui en seront impactés.

Les conditions de travail

Tout d'abord, outre des moyens techniques suffisants, ce qui tombe sous le sens, les médecins devraient être sécurisés sur leur temps de travail. Tous les PH ne sont pas attachés à la mesure précise de leur temps de travail, mais tous devraient avoir le choix.

« L'aspiration commune à pouvoir exercer au meilleur profit des patients est l'ADN d'APH »

Notre métier échappe à la fois au code du travail, qui régit le secteur privé, et au code de la fonction Publique, aboutissant au paradoxe d'être protégé uniquement par la directive européenne interdisant de dépasser 48 heures par semaine. Nombreux sont ceux qui dépassent cette borne : ils ne devraient pas y être obligés et ne devraient avoir aucune difficulté à être indemnisés pour cette dévotion au service public qui se fait souvent au détriment de leur santé. La tarification à l'activité a poussé les directions à exiger une inflation infinie du nombre d'actes avec des moyens diminuant sans cesse... puisque les autres établissements de santé en

font autant ! Le sens du travail, le sentiment de participer à un effort collectif, la notion de « beau travail » ont disparu dans la hiérarchie des priorités, au profit du rendement du nombre d'actes, sans aucun retour quant à l'intérêt pour la population.

L'autre composante d'une ambiance de travail attractive, est l'équipe. Médicale, bien sûr, mais aussi médico-soignante. Lorsque l'ensemble des professions sont rationnées, pour arriver au point de rupture où plus personne n'a une minute de trop pour échanger sur le sens de ce qu'on accomplit, puis au-delà du point de rupture, lorsque le *burn out* devient dramatiquement banal, la tension, le stress, l'épuisement, le vécu anxio-dépressif et le risque suicidaire deviennent eux aussi banals. Comment des soignants privés de santé peuvent en donner aux patients ?

« À la création du statut en 1984, un PH en début de carrière touchait 4,2 SMIC (en travaillant 50 heures au lieu de 39). En 2018, il touche désormais 2,8 SMIC (en travaillant 48 heures versus 35), soit une diminution relative d'un tiers ! »

La rémunération

Les médecins sont – de moins en moins – souvent considérés comme des nantis. C'est peut-être vrai de certains médecins libéraux, au prix d'horaires extensifs, c'est désormais largement faux concernant les PH. À la création du statut en 1984, après une dizaine d'années d'études post-baccalauréat, un PH en début de carrière touchait 4,2 SMIC (en travaillant 50 heures au lieu de 39, soit dit en passant...). En 2018, il touche désormais 2,8 SMIC (pour 48 heures versus 35), soit une diminution relative d'un tiers ! Et si on s'intéresse au salaire horaire, on n'est plus qu'à 2 SMIC ! Qui peut oser soutenir qu'en commençant à être réellement payé à 30 ans avec un tel niveau d'expertise et de responsabilités, être payé le double du SMIC horaire fait encore de nous des privilégiés ? Les PH ont beaucoup enduré, les prochaines générations ne l'accepteront sans doute plus. Les chiffres sont têtus : le nombre de postes de PH non-pourvus augmente chaque année et frôle les 30 %, les praticiens se dirigeant de plus en plus vers l'intérim, bien plus lucratif, et requérant beaucoup moins d'engagement. Ce défaut d'engagement est ce qui peut entraîner l'écroulement du système ; il coûte beaucoup plus cher à la collectivité que l'économie réalisée par le blocage mesquin des salaires depuis maintenant 8 ans sans qu'on en voit la fin.



Pour retrouver une réelle attractivité, le salaire du début de carrière doit être de 5000€ net mensuel en incluant une prime d'exclusivité de service public représentant réellement 20 % du salaire puisque compensant 20 % d'exercice libéral pour ceux qui y renoncent, c'est à dire que l'IESPE devrait débiter à 1000 € nets mensuels en plus d'un salaire de base de 4000 €. La progression doit ensuite être plus linéaire, au lieu des 6 à 8 premiers échelons désespérants. APH propose 10 échelons de 3 ans ajoutant chacun 500 € mensuels. Les valences administratives, d'enseignement, de recherche ou cliniques devront faire l'objet de contrats dont l'indemnisation viendra en sus du salaire rémunérant. Enfin, la garde doit être valorisée au niveau actuel des universitaires, mais être pourvoyeuse de cotisations patronales comme pour les hospitaliers actuellement : tout travail doit produire des droits à retraites, particulièrement le travail pénible comme l'est le travail en garde.

En conclusion

Les causes de la désertification de l'Hôpital et de la fuite vers l'intérim sont connues, et les remèdes simples et équitables compte tenu des charges qui pèsent sur les épaules des Praticiens Hospitaliers. APH portera ces revendications valables pour toutes les spécialités, toute la force de ses syndicats constitutifs, dont elle appelle le plus grand nombre à grandir pour rendre ces évolutions inévitables. Elle portera ce programme pour les élections professionnelles de 2019.

Renaud Péquignot, Président d'Avenir Hospitalier

« Jeunes Médecins » : Qui sont-ils ?

APH se réjouit de son rapprochement avec les « Jeunes Médecins ». La rédaction d'Actu'APH souhaitait s'entretenir avec Emanuel Loeb, président du mouvement « Jeunes médecins » ainsi que le président de la région Ile-de-France, Franck Verdonk. Ils reviennent avec nous sur leurs aspirations, l'actualité et nos valeurs communes.



EMANUEL LOEB

FRANCK VERDONK

Actu'APH : Un première question d'évidence nous vient, en se désignant comme « Jeunes Médecins » n'est-ce pas introduire un clivage générationnel, préjudiciable à l'action commune ?

Emanuel Loeb : Non, le but n'est pas celui là ! Il y avait un vide entre la représentation étudiante de premier, deuxième et troisième cycle et la représentation historique des syndicats professionnels, on a pensé qu'en partant d'une structure existante on pouvait mobiliser toute une partie de la communauté médicale qui aujourd'hui a du mal à faire émerger sa vision du système de santé et ses revendications. Toute cette logique s'inscrit dans une volonté de discussion et d'ouverture c'est pour cela que nous travaillons conjointement avec APH, CPH et Avenir Hospitalier.

Franck Verdonk : Non vraiment pas, nous investissons un terrain qui était vide et au contraire notre objectif est de sortir des clivages qui peuvent exister entre spécialités, statuts et modes d'exercice. Nous ne sommes pas du tout en opposition avec les syndicats « séniors », au contraire nous souhaitons créer des ponts entre la fin de

l'internat et les seniors. Nous essayons de créer du lien en sortant du côté statutaire pur. Notre objectif n'est pas d'aller empiéter sur les internes, ou les seniors, mais plutôt d'interagir sans aucun complexe.

Actu'APH : Tous les jeunes médecins ne se destinent pas massivement à l'hôpital public. Pourtant le rapprochement de « Jeunes Médecins » avec APH nous donne à penser que vous partagez un grand nombre de valeurs et d'orientations syndicales défendues par notre intersyndicale très attachée au Service Public. Non ?

Emanuel Loeb : Il y a un certain nombre de valeurs qui sont partagées avec APH bien sûr ! Nous essayons d'apporter des témoignages de problématiques actuelles pour les jeunes praticiennes et praticiens qui n'émergent pas souvent. Nous avons pour objectif de mettre en place une logique de concertation entre les différents secteurs d'activité.

« Il ne faudrait pas que la communauté médicale se perde dans des combats internes ! »

Emanuel Loeb

Franck Verdonk : Nous sommes attachés au service public oui mais aussi au service privé. 30 % de nos adhérents sont actuellement libéraux, nous n'avons pas vocation à défendre un des deux secteurs mais plutôt une manière d'exercer. Nous défendons l'exercice de demain qu'il soit public ou privé.

Actu'APH : Un débat actuel concerne la légitimité du Syndicat des médecins remplaçants des hôpitaux à black-lister les établissements qui appliquent la loi limitant leur rémunération. Une plainte est même déposée

par la ministre de la santé, suivie par le Conseil de l'Ordre. Quelle est votre position ?

Emanuel Loeb : Nous avons fait un communiqué de presse conjoint justement. Il y a un certain mode d'action qui a été prôné par cette organisation syndicale et il est discutable. Nous ne devrions pas nous auto-accabler de problématiques dont nous ne sommes pas responsables. L'intérim est la conséquence de l'incurie du système de santé français, il ne faudrait pas que la communauté médicale se perde dans des combats internes.

Franck Verdonk : Nous ne souscrivons pas à la modalité avec laquelle la revendication a été portée cependant nous sommes opposés à cette manière de briser la voix syndicale. Au-delà de la modalité que nous ne validons pas, il y a une souffrance des médecins remplaçants et elle n'a pas été entendue. On ne peut pas soutenir la manière de faire du Ministère. Mais tout cela signe bien le problème d'attractivité que nous connaissons.

Actu'APH : Il s'agit donc d'un problème d'attractivité des carrières hospitalières... Que proposez-vous dans l'immédiat et à terme pour y remédier ?

Emanuel Loeb : Dans notre livre blanc, il est question de propositions sur la restructuration de l'offre de soins hospitalière avec une gradation de l'offre hospitalière. Nous pensons qu'il faut se diriger vers un statut de praticien unique titulaire qui permettrait de moduler son activité sur des établissements publics et privés avec un mode de financement propre à chaque établissement.

Franck Verdonk : Premièrement, il faut revaloriser financièrement les carrières de PH. En 10 ans nous avons perdu la moitié de notre pouvoir d'achat... Deuxièmement, c'est un monde opaque pour le moment, donc il faut plus de visibilité sur les carrières hospitalières. Par ailleurs, il me semble essentiel de sortir de la précarité de certains statuts comme ceux d'attachés. Il faut converger vers un statut unique qui soit flexible sans sortir de la titularisation.

Actu'APH : Dans le programme « Ma Santé 2022 » du gouvernement, quelle part faites-vous entre les points positifs et ceux qui le sont moins ?

Emanuel Loeb : Malheureusement, j'ai l'impression que les propositions formulées ne diffèrent pas des logiques

qui ont été prônées jusqu'alors. Est-ce qu'il existe une volonté de modifier en profondeur l'organisation des soins ? Je ne suis pas sûr et surtout existe-t-il une rupture entre le pacte de confiance à l'hôpital de Marisol Touraine et ce qui se fait aujourd'hui ? Je n'ai pas entendu parler de refonte de la loi HPST par exemple.

Franck Verdonk : Un certain nombre de points sont dans la dynamique de notre livre blanc mais un grand nombre d'entre eux sont encore très flous, comme les assistants médicaux par exemple. La mise en place des grandes lignes directrices nous en dira plus, nous prêtons beaucoup d'attention à la réorganisation de la gouvernance hospitalière. Nous craignons que ces réformes n'impliquent pas tous les acteurs concernés.

« Il faut converger vers un statut unique qui soit flexible sans sortir de la titularisation. »

Franck Verdonk

Actu'APH : Quels moyens pensez-vous donner à l'action commune avec APH pour faire aboutir nos revendications ?

Emanuel Loeb : « Jeunes médecins » peut réussir à sensibiliser les jeunes praticiens en entrée de carrière sur les questions qui auront trait à l'ensemble de leur exercice au sein des établissements publics de santé. Nous essaierons de réfléchir sur la forme à un mode de communication attractif et sur le fond à ce que les propositions qui soient portées répondent aux aspirations de la génération à venir sans être antagoniques à ceux qui sont déjà bien lancés dans leur carrière hospitalière.

Franck Verdonk : Nous avons les moyens de mobiliser une population mal informée et faire participer cette génération au débat. Nous essayons d'apporter à la communauté cette vision de ce que les jeunes veulent avoir pour leur exercice de demain. Le but est de fédérer pour que cette communauté puisse exprimer ses aspirations.

Propos recueillis par Saveria Sargentini

PENSEZ À SUIVRE L'ACTUALITÉ SUR LE SITE d'APH

<https://aph-france.fr/>

Pour s'abonner à la lettre d'information : <http://eepurl.com/c04mX1>



Suivez nous sur facebook :
<https://www.facebook.com/Action-Praticien-Hopital-252176902225161/>



Suivez nous sur
Twitter
[@ActionPratHopit](https://twitter.com/ActionPratHopit)

Parole à la nouvelle génération



Eux aussi font partie des « jeunes », de la nouvelle génération et ils sont eux aussi dans les rangs d'APH ! Le SJB (Syndicat des Jeunes Biologistes médicaux) représenté par son vice-président Hichem Assami a accepté de faire le point avec la rédaction d'Actu APH sur leurs positions, l'actualité syndicale et leurs aspirations pour le futur.

Actu'APH : Quelle est la limite d'âge pour adhérer au SJB ?

Hichem Assami : Il n'y en a pas ! Tous ceux qui partagent notre vision d'une biologie médicale éthique peuvent adhérer au SJB.

Actu'APH : Quels moyens pensez-vous donner à l'action commune avec APH pour faire aboutir nos revendications ?

Hichem Assami : Je dirais notre dynamisme avant tout ! Le SJB est un syndicat actif et réactif, nous pensons qu'en nous unissant à Action Praticiens Hôpital nous pourrions apporter notre pierre à l'édifice de façon plus concrète.

Actu'APH : Justement, en quoi le SJB partage un grand nombre de valeurs et d'orientations syndicales défendues par APH ?

Hichem Assami : Le SJB a d'abord rejoint Avenir Hospitalier car nous partageons des valeurs communes mais aussi car les revendications de l'intersyndicale et des structures la composant sont fortes et en phase avec notre époque. Par ailleurs, le choix de l'intersyndicale est fondé sur le partage de l'idée d'union des professionnels de santé, comme le témoigne la fusion de CPH et Avenir Hospitalier au sein d'Action Praticiens Hôpital.

Actu'APH : Un débat actuel concerne la légitimité du Syndicat des médecins remplaçants des hôpitaux à black-lister les établissements qui appliquent la loi limitant leur rémunération. Une plainte est même déposée par la ministre de la santé, suivie par le Conseil de l'Ordre. Quelle est votre position ?

Hichem Assami : Nous ne cautionnons évidemment pas l'attitude du syndicat des médecins remplaçants, mais

« Les revendications d'APH et des structures la composant sont fortes et en phase avec notre époque ! »

d'un autre côté vouloir sanctionner une présidente de syndicat, de la part d'un ministère, nous apparaît comme une décision délibérée de limiter la parole syndicale.

Actu'APH : Il s'agit d'un problème d'attractivité des carrières hospitalières... Que proposez-vous dans l'immédiat et à terme pour y remédier ?

Hichem Assami : APH a déjà émis plusieurs propositions concrètes que nous partageons entièrement. Pour n'en citer que quatre :

- la suppression des 5 premiers échelons de la carrière de PH avec début de carrière à 5000 € brut mensuels et création de deux échelons supplémentaires à la fin de la carrière de PH
- le statut unique de praticien hospitalier titulaire,
- le statut unique de praticien contractuel et
- la clarification de la durée du temps de travail

Actu'APH : Dans le programme « Ma Santé 2022 » du gouvernement, quelle part faites-vous entre les points positifs et ceux qui le sont moins ?

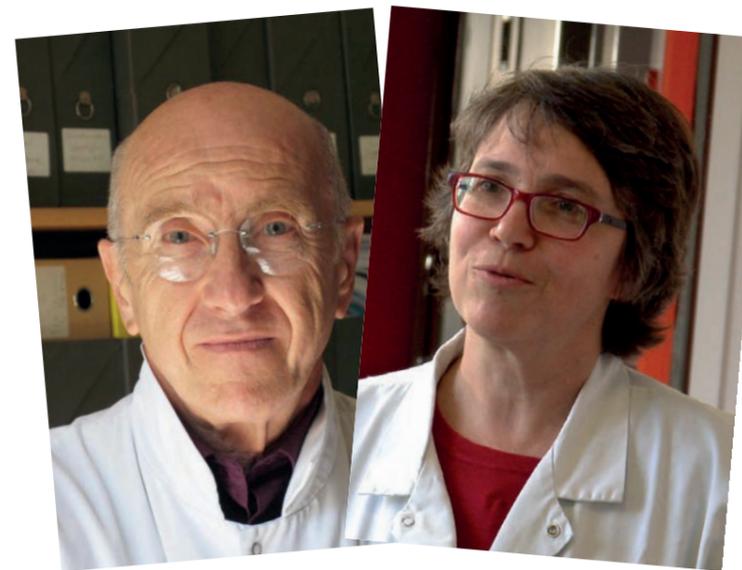
Hichem Assami : À vrai dire, lors de sa présentation par le Président de la République, je l'avais personnellement trouvé ambitieux, novateur, mais j'ai vite déchanté quelques jours plus tard avec l'annonce des 3,8 milliards d'économies supplémentaires.

Si je résumais ma pensée je dirais que ce programme est formidable sur le papier mais dans les faits ce n'est qu'un programme de plus qui n'aboutira à rien faute de moyens.

Propos recueillis par Saveria Sargentini

Quel avenir pour l'hôpital public ?

La rédaction vous propose une lecture nécessaire pour compléter cette rubrique inter générations ! Ce texte, à propos de l'avenir de l'hôpital public, a été écrit par André Grimaldi, professeur émérite de la Pitié Salpêtrière et « lanceur d'alerte » et Anne Gervais, vice-Présidente de la CME de l'AP-HP qui exerce au service d'hépatogastro-entérologie de l'Hôpital Louis-Mourier à Colombes.



La crise de l'hôpital public est maintenant connue de tous et a de multiples causes.

■ L'agonie prolongée du pouvoir mandarin n'a pas permis de constituer une communauté médicale fonctionnant démocratiquement. Le « nouveau management » par la norme et par le nombre a favorisé l'éclatement des communautés soignantes (médicales et paramédicales).

■ L'affaiblissement du « pouvoir médical » a facilité le développement d'une techno-bureaucratie. Les soins et la recherche sont désormais plus entravés qu'encadrés par des règlements. Au nom de la sécurité et de la qualité, les soignants croulent sous les procédures. Ils ont perdu leur autonomie, condition de l'innovation et de la satisfaction au travail.

■ Certains jugent que la médecine est devenue industrielle. Ce discours idéologique rentre en parfaite résonance avec le New Public Management (NPM) estimant que tout service public doit être géré comme une entreprise privée ayant pour objectif la rentabilité.

■ L'hôpital souffre depuis plus de 10 ans d'un sous-financement participant à la désorganisation, entraînant une baisse d'efficacité et produisant un cercle vicieux destructeur. Les 35 heures ont été sous-financées et ont

entraîné la bombe à retardement des comptes éponge-temps. Depuis cinq ans, l'hôpital sert de volant de régulation pour tenir l'objectif des dépenses de la Sécurité sociale voté par l'assemblée nationale. À la fin des fins, l'hôpital public se chargera-t-il des activités non rentables – les maladies très graves et les patients très pauvres – laissant l'activité rentable aux cliniques commerciales ?

Dix propositions pour une Réforme Debré 2

1 Parmi les CHU, 5 à 10 ont un niveau de recherche international. Ils pourraient constituer la tête de pont de groupement de recherche universitaire. La recherche clinique devrait être à la fois mieux financée et mieux évaluée. Sa gouvernance devrait être revue et simplifiée. La recherche clinique ne s'arrête pas à la porte des CHU, elle doit irradier l'ensemble des établissements de santé et impliquer largement les professionnels.

2 Entre les quatre pouvoirs de l'hôpital : médical, administratif gestionnaire, paramédical et celui des usagers, il faut définir les domaines spécifiques de chacun, leurs domaines partagés et les procédures de décision en cas de désaccord. Il devrait y avoir un directeur médical élu, animant une commission médicale et un directeur gestionnaire nommé par l'ARS. La vie démocratique de l'institution à l'inverse doit remplacer le verticalisme actuel, dans sa forme autoritaire (« si vous n'êtes pas content, personne ne vous retient ») ou pseudo-empathique (« j'entends votre colère... »).

3 Le projet médical de l'hôpital doit s'inscrire dans un projet territorial de santé avec des conventions de partenariats passées entre différents établissements et acteurs du territoire en répondant à la graduation des soins :

- 1^{er} recours : médecine générale de proximité ville/hôpital de proximité
- 2^{ème} recours : médecine spécialisée ambulatoire ville/hôpital,



- 3^{ème} recours : médecine spécialisée hospitalière non ambulatoire, centres hospitaliers de référence.

- 4 Les hôpitaux publics doivent participer à la lutte contre les déserts médicaux (consultations avancées, liens préférentiels avec les professionnels y travaillant, télémédecine). Il faut proposer aux étudiants des contrats d'engagement de service public dans un désert médical en échange d'un certain nombre d'avantages (salaire garanti, conditions d'exercice, libre choix de la spécialité...).
- 5 Il existe plusieurs médecines : celle des maladies aiguës bénignes et des gestes techniques simples, celle des maladies aiguës graves et des gestes techniques complexes et la 3^{ème}, celle des maladies chroniques et de leur prévention. Les modes d'organisation et de financement doivent être adaptés à chacune d'elles.
- 6 L'hôpital repose sur des équipes de soins médicales et paramédicales co-animées par le couple médecin/cadre de santé. Il faut redonner de l'autonomie aux équipes, associer l'ensemble des personnels à la définition de l'organisation.
- 7 Il faudrait un statut unique de médecin hospitalier avec pour socle l'activité clinique et en sus deux activités parmi les cinq missions suivantes : soins, recherche, enseignement, gestion, santé publique. Ces valences d'activité devraient varier dans le temps en concertation avec les équipes concernées et après l'accord du directeur médical.

- 8 Dans chaque hôpital un praticien de santé publique et un cadre de santé devraient être responsables de la politique de la qualité des soins et de la relation avec les professionnels du territoire, élaborée et mise en œuvre avec l'ensemble des services hospitaliers en impliquant les représentants des patients.
- 9 Il faut revaloriser le salaire des médecins hospitaliers en début de carrière, préciser le temps de travail dû et mieux codifier les activités professionnelles annexes hors temps de travail. Les différences de revenus entre les médecins de ville et les médecins hospitaliers doivent être en partie compensées par une prime de service public modulée selon les spécialités et selon les régions. Cela suppose une limitation des dépassements d'honoraires ou leur mise en extinction pour les médecins installés en ville conventionnés en secteur 2 en revalorisant les tarifs du secteur 1. Il serait aussi logique que la Sécurité sociale finance une partie des frais de logistique et de locaux des médecins libéraux et que l'Etat crée une assurance publique pour couvrir les risques professionnels. Les infirmières commencent avec un salaire mensuel de 1500 euros (25^{ème} rang des pays de l'OCDE, comparativement au salaire moyen dans chaque pays). Il n'y a pas de réforme de l'hôpital public digne de ce nom sans augmentation des salaires des infirmières et des aides-soignantes.
- 10 Les études de médecine devraient être branchées en dérivation sur les filières universitaires existantes avec des quotas par discipline (avec une priorité à la biologie mais aussi des places pour les filières littéraires ou les écoles d'ingénieurs). Cela donnerait des chances aux candidats sans les engager dans une voie sans issue et permettrait de diversifier les profils des étudiants se destinant au métier de médecin.

La médecine est devenue scientifique et technologique mais elle n'est pas une technique ou seulement une science, elle reste en grande partie artisanale et repose sur des interactions humaines. Le médecin ingénieur, doit rester un artisan et, si possible, devenir un artiste !

André Grimaldi, Anne Gervais

Conseil supérieur des personnels médicaux (CSPM)

Cette nouvelle instance nationale destinée à officialiser le dialogue social avec les syndicats examine pour avis les textes (loi, décrets...) concernant les personnels médicaux hospitaliers. Lors de la séance du 8 novembre, plusieurs textes ont reçu un avis favorable des collèges concernés. Voir le compte-rendu : https://aph-france.fr/IMG/pdf/cp_aph_jm_cspm_09-11-18.pdf.

Recertification

Un rapport du Pr Uzan préconise une recertification des médecins tous les 6 ans. Entre son côté « nouvelle usine à gaz » et la nécessité d'assurer la remise à niveau des connaissances des praticiens, il y a un gouffre qu'on appelle bureaucratie. Depuis les ordonnances Juppé de 1996, toutes les réformes de la formation continue ne cessent d'échouer. Un seul exemple : le DPC, principal élément de cette recertification. Les éléments que nous livrent régulièrement l'ANFH sur les programmes financés par l'ANDPC, c'est à dire correspondant aux orientations prioritaires et validés par les CSI, démontrent que ceux-ci ne constituent qu'une faible partie des demandes de financement. Pourquoi ? Parce que les critères imposés par l'ANDPC sont bien trop lourds pour les organismes de formation et les praticiens. En théorie, la fin de la première période de 3 ans où l'on devrait avoir accompli son parcours DPC devrait se situer en 2019. Combien de praticiens hospitaliers auront effectué au moins une formation prioritaire validée par l'ANDPC ? Très peu. Est-il donc raisonnable de poursuivre cette fuite en avant ? Telle est la question.

PADHUE

Alors que la situation de 4000 de ces praticiens était critique en raison de la fin programmée de leur autorisation le 31 décembre 2018, le gouvernement vient à la fois de prolonger leur situation et va mettre en place un dispositif pérenne qui permettra l'intégration du plus grand nombre. Voir http://www.cphweb.info/IMG/pdf/presentation_padhue_v_consolidée.pdf

Expertises judiciaires

Le gouvernement avait décidé de mettre fin au statut de COSP pour les praticiens hospitaliers qui pratiquent des

expertises judiciaires, à travers un amendement au PLFSS 2019 présenté à l'Assemblée nationale, les obligeant à s'installer comme indépendant. La mobilisation syndicale a semble-t-il payé puisque, *in extremis*, le Gouvernement a approuvé un nouvel amendement, cette fois-ci au Sénat, les réintégrant. Il faudra attendre la promulgation de la loi au Journal officiel pour être fixé définitivement.

Ma Santé 2022

Le plan lancé par le Président de la République le 18 septembre va entrer dans sa phase opérationnelle. La Ministre de la santé a présenté lundi 19 novembre les pilotes des 10 chantiers retenus. Une série de concertation va être lancée avec comme objectif un projet de loi début 2019 qui autorisera le Gouvernement à légiférer par ordonnances, puis commencera la rédaction des décrets. Concernant les dispositions statutaires pour les praticiens hospitaliers, le Gouvernement prévoit 18 mois de concertation.

CNG

Un autre amendement gouvernemental, adopté celui-là conjointement par l'Assemblée nationale et le Sénat, a confié à la seule assurance maladie le financement du CNG et supprimé les cotisations des hôpitaux prévues pour son fonctionnement. Dans le même temps, l'assurance maladie a décidé de baisser sa part du financement du CNG pour 2019 de 4,1 M€ après l'avoir baissé en 2018 de 2,8 M€. Sur un budget annuel de 31 M€, c'est clairement la survie de cette institution qui est en péril et donc, la gestion nationale des carrières médicales hospitalières. L'ensemble des organisations syndicales de praticiens et de directeurs ainsi que la FHF, se sont exprimés contre cette réforme non concertée et le Conseil d'administration du CNG a refusé de valider ce budget catastrophique. Le dossier est donc loin d'être clos.

OSAT

Le site de l'Observatoire de la souffrance au travail d'APH reçoit en permanence de nouvelles déclarations. N'hésitez pas à le faire connaître. Les informations recueillies sont précieuses pour l'action syndicale et permettent de faire le point avec les collègues qui souhaitent être contactés.

Jacques Trévidic, Président d'APH

...au SPH : psychiatrie publique, le temps de la colère

Je marche seul...

Lors du Conseil National ce 27 novembre 2018 nous avons demandé à tous nos représentants syndicaux de présenter le tour de France des mobilisations. Nous avons mesuré les effets destructeurs sur le dispositif de soins en psychiatrie publique de l'abandon de la politique de secteur, amplifié par les attaques massives sur le plan des moyens alloués par l'État aux soins de santé mentale. Les mouvements de ruptures idéologiques impactent violemment toutes nos organisations et références. Ce mouvement de déliaison entraîne partout des ruptures des réseaux que les équipes avaient mis des années à construire et des replis vers des structures morcelées où les collègues, psychiatres des hôpitaux, se retrouvent de plus en plus seuls.

C'est bien l'organisation spécifique associant proximité par des implantations au cœur de la cité et continuité des soins par une même équipe œuvrant dans les différents temps d'un parcours de soins coordonné qui avait permis les avancées majeures de notre discipline en pratiques ambulatoires.

Invisibilité

Agnès Buzyn a annoncé dans sa feuille de route le 28 juin 2018, la « préservation » des financements de la psychiatrie ! Cette annonce du maintien en précarité du parent pauvre de la médecine selon ses termes de janvier, était totalement inacceptable ! Préserver le financement ! Mais de quoi parlons-nous ? Quand chacun vit dans son exercice quotidien les effets dévastateurs de mesures d'économie imposées à notre discipline ! Dans son discours « Ma santé 2022 » et ses 54 promesses le Président Macron n'a prononcé qu'une fois le mot psychiatrie et le résultat sur papier est quasiment nul. Aucune ligne politique affirmée pour la discipline, une reprise au gout du jour de quelques orientations antérieures et surtout une absence de volonté de répondre avec force à la réalité des besoins de soins.

Les diminutions autoritaires ou les gels des DAF pérennisés par les ARS et les Plans de Retour à l'Equilibre suite à ces déficits organisés ne sont plus acceptables !

Du besoin de reconnaissance...

Agnès Buzyn avait affirmé en juillet 2017 : "Nous avons un déficit démographique en psychiatres et notamment en pédopsychiatres, c'est une véritable catastrophe pour l'accès au dépistage précoce et la prévention" Le niveau démographique des psychiatres et de leurs équipes dans le cadre général de la politique d'austérité, est le risque majeur ! Le taux de vacance statutaire continue à progresser au-delà de la moyenne des disciplines avec un taux à 28,7 % pour les PH temps plein et à 49,8C% pour les PH temps partiel. Pour la psychiatrie c'est un total de 2525 postes de praticiens qui ne sont pas occupés par des titulaires ! Les soignants en psychiatrie souffrent du déni par les pouvoirs publics de l'importance de leur apport à la santé de la population. Cette absence grave de reconnaissance, vécue dans une grande souffrance, s'est transformée en colère dans nombreux établissements et ce mouvement ne fait que s'amplifier. À quand un Grenelle de la Psychiatrie ? À quand un plan avec un financement objectif en phase réelle avec les besoins en soins ? À quand des mesures fortes et courageuses ?

Marc Betremieux, Président SPH

EN BREF !

La FHF a présenté 20 propositions pour améliorer l'attractivité à l'exercice médical hospitalier. Trois axes sont développés : stratégie par les territoires, promotion de l'exercice hospitalier et formation initiale et continue. Pour la FHF il est nécessaire de créer les conditions d'une réelle attractivité, assumée politiquement et donc financièrement.

À LIRE SUR : <https://www.fhf.fr/Ressources-humaines/Gestion-du-personnel-medical/Attractivite-Medicale-Preconisations-2018>

...aux biologistes SNBH : à force de tirer sur le corde

À l'hôpital public, la souffrance ainsi que le mal être au travail touchent deux biologistes sur trois, avec un retentissement qui peut s'avérer parfois majeur sur la vie personnelle. Surchargés de travail, notamment par la démarche d'accréditation et par les projets concomitants de regroupement des laboratoires dans le cadre des GHT, souvent confrontés à une réduction des effectifs en personnels ou à des situations de harcèlement hiérarchique et administratif, les biologistes hospitaliers sont nombreux à partager le sentiment de ne plus y arriver. Beaucoup affirment ne plus se retrouver dans leur métier, gèrent constamment le plus urgent de l'urgent, n'arrivent plus à se rendre disponible pour leurs patients ou leurs collègues et n'ont plus de temps à consacrer à leur formation continue ou à des activités transversales au sein de leur établissement. Le sentiment fort de faire moins bien leur travail avec une véritable perte de sens du cœur de leur métier et de leur rôle.

Les paroles s'envolent !

L'Ordonnance relative à la biologie médicale avait été présentée en 2010 comme devant renforcer la médicalisation de la Biologie Médicale, assurer sa pérennité et garantir à tous les Français l'accès à une biologie de qualité prouvée dans tous les territoires. Mais qu'en est-il aujourd'hui ? Dans le secteur libéral, beaucoup de laboratoires se sont organisés en réseaux et ont regroupé la réalisation des examens sur des plateaux techniques dans un souci d'ef-

SJBM : de la nécessité de dialoguer...

La biologie médicale est une spécialité médicale dont les examens participent au diagnostic médical dans 60% à 70 % des cas en ville comme dans les établissements de santé, pour un coût estimé à 1,80 % des dépenses courantes de santé. Une nouvelle législation a validé la mise en place d'une accréditation obligatoire, norme de qualité ayant bouleversé l'organisation des laboratoires au sein des hôpitaux. Cette évolution s'effectue en parallèle de la mise en place de Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) et bien souvent de changements informatiques. L'ensemble de ces facteurs, particulièrement chronophages et sources d'angoisses pour le biologiste médical hospitalier, a abouti à une restructuration du métier avec concentration, et cela s'accélère, des laboratoires et baisses des moyens

efficience économique tout en se donnant les moyens de faire face aux exigences de l'accréditation obligatoire. Problème, de très nombreux sites périphériques ne sont plus techniquement en mesure d'assurer la moindre urgence lorsque le délai d'acheminement est trop long.

Warning !

Pour de nombreux hôpitaux publics, l'évolution actuelle des restructurations de la Biologie Médicale s'avère tout aussi inquiétante ; regroupements des examens sur le laboratoire du site pivot du GHT, fermetures de tout ou partie des laboratoires et/ou recours à la biologie délocalisée sur les sites périphériques. Cela a comme conséquences l'éloignement et la perte du dialogue entre biologistes et prescripteurs. Ainsi, le recul du maillage territorial avec des inégalités de prises en charge d'un territoire à l'autre et la dégradation de la sécurité des soins pour les patients sont inévitables. Au-delà de l'allongement global du délai de rendu des résultats lié à l'éloignement du plateau technique et de la dégradation du pré-analytique, la validation des résultats de biologie délocalisée par un infirmier formé, mais potentiellement susceptible de passer à côté d'un problème technique, constitue un risque réel. Quid alors de la responsabilité médico-légale du prescripteur qui utilise ce résultat erroné pour décider d'un geste thérapeutique pour son patient ?

Les biologistes médicaux ont toujours su faire face et s'adapter. S'ils tirent la sonnette d'alarme, c'est qu'ils sont au bout du rouleau et qu'ils ont besoin d'une pause et de cohérence. Il serait temps que les pouvoirs publics en prennent la mesure.

Xavier Palette, président du SNBH

pour l'achat d'automates analyseurs. Les conséquences sont une baisse du dialogue clinico-biologique, une diminution du temps des praticiens pour la formation des internes et la formation continue ainsi qu'une augmentation des délais de rendu de résultats de certains examens biologiques, notamment urgents. Face à cette mutation, il est nécessaire de replacer le partenariat clinico-biologique au cœur du métier, d'assouplir cette démarche d'accréditation afin de l'adapter au besoin des patients et d'inclure les biologistes médicaux, ainsi que tous les professionnels de santé, dans l'organisation des GHT. Seul le dialogue entre l'administration, les tutelles et les professionnels de santé permettra au système de santé français d'améliorer la qualité des soins, d'obtenir une organisation efficiente et une biologie médicale d'excellence, au plus proche du patient.

Lionel Barrand, président du SJBM

...au SNPHARE : le choc d'attractivité

Il y a un an, le SNPHARE rendait publics les résultats de l'enquête CONTRAMAR, concernant les conditions de travail des médecins anesthésistes-réanimateurs. Les prin-

cipaux résultats, représentés dans l'infographie ci-contre, illustrent l'indispensable « choc d'attractivité » dont l'hôpital public a besoin de toute urgence.

CONDITIONS DE TRAVAIL DES ANESTHÉSISTES-REANIMATEURS (AR) Résultats de l'enquête CONTRAMAR

29 % des AR sont en temps continu

Mais 75 %* font du TTA

42 % d'entre eux sont à 48 h/sem

Dont 46 % du TTA « contraint »

5 % des AR dont le temps de travail est compté en demi-journée travaillent 3 DJ par jour

70 % des AR n'ont pas de contrats individuels de TTA, ce qui est ILLEGAL

Pour 91 % des AR dont le temps de travail est compté en demi-journée 1 garde = 2 DJ

78 % sont dans des services en sous-effectifs

37 % des AR sont dans des services ayant recours à l'interim externe (61 % dans les CHU non-U), dont 22 % régulièrement (37 % CH non-U)

61 % seniorisent les internes, dont près d'un tiers quotidiennement

66 % des AR passent 10 à 20 % de leur temps à des tâches administratives

43 % font faire des consultations pré-anesthésiques aux internes

58 % des AR passent 10 % de leur temps avec les familles

65 % des AR ne relisent pas les CPA réalisées par les internes

45 % des AR travaillant en réanimation, font appel aux médecins du secteur anesthésie pour assurer la permanence des soins

11 % travaillent systématiquement sur plus de 2 salles

86 % travaillent dans des blocs où les dépassements sont HABITUELS

68 % voient les blocs d'urgence utilisés pour la chirurgie programmée

55 % ont l'impression de prendre des risques compromettant la sécurité anesthésique

56 % manquent de moyens la nuit en maternité en cas de complication maternelle

69 % observent une dégradation des conditions de travail depuis 5 ans

63 % des 30-39 ans envisagent de modifier leur activité professionnelle dont 48 % pour travailler dans le secteur privé

* des PH dont le temps de travail est compté en temps continu

Enquête en ligne réalisée du 6 au 27 novembre 2017 auprès des médecins anesthésistes-réanimateurs hospitaliers.
930 réponses (90 % de PH - CHU 61 % / CH 39 % - H/F 51 % 49 % - 10 % de médecins étrangers - 10 % DESC de réanimation médicale)
Intégralité des résultats et analyse par répartition CHU/CH et par tranche d'âge disponible sur le site snphare.com

Ce choc d'attractivité commence par l'arrêt du mépris des praticiens hospitaliers par la gouvernance, et appelle des mesures qui doivent se prendre à l'échelon local comme à l'échelon national !

- Respect de la directive européenne du temps de travail, qui est de 48 heures hebdomadaires maximum et non de 48 heures impératives ; cela implique que si 10 demi-journées font 48 heures maximum, une garde de 24 heures ne peut faire moins de 5 demi-journées ; si des arrangements internes dans ce sens existent dans certains établissements, il serait temps de généraliser enfin cette évidence mathématique.

- Contractualisation du temps de travail additionnel, qui doit rester sur la base du volontariat ; cette enquête montrait d'ailleurs une « autocensure » des praticiens à renoncer à leur temps libre (en faisant du TTA auto-contraint).

- Sécurisation de l'exercice du métier, pour garantir la sécurité des patients : l'autonomie des anesthésistes-réanimateurs est bien mise à mal lorsque le nombre de salles ou les moyens humains mis à disposition sont quotidiennement insuffisants pour la prise en charge décente des patients.

- Réflexion sur la démographie qui doit aller au-delà de la seniorisation « forcée » des internes ou la délégation de tâches médicales à des personnels paramédicaux.

- Rémunération à hauteur des compétences et des responsabilités des praticiens hospitaliers, pour l'activité programmée comme pour la permanence des soins.

... choc d'attractivité qui n'est même pas effleuré par « Ma Santé 2022 »...

Anne Geffroy-Wernet, Vice-Présidente du SNPHARE

...sur la consultation pré-anesthésique



Max Doppia avait livré en 2015 sa réflexion sur la consultation pré-anesthésique (CPA), comme la trame d'un éventuel article. Elle n'a pas pris une ride. Elle est d'autant plus d'actualité qu'un décret paru au JO le 30 octobre dernier modifie celui qualifié de « sécurité anesthésique » de 1994 et autorise la réalisation de la surveillance post interventionnelle en chambre ou espaces adaptés, et non en salle dédiée, sous certaines conditions.

1 Le Décret sécurité anesthésique prévoit qu'on ne peut pas procéder à un acte d'anesthésie sans que le patient n'ait bénéficié d'une CPA détaillée dans un dossier médical. Jusqu'à preuve du contraire, il s'agit bien d'une consultation médicale et non pas paramédicale.

En conséquence de quoi, et en application du Code de Déontologie, le médecin est seul juge des conditions dans lesquelles il peut délivrer des soins consciencieux (une anesthésie bien pensée) au patient. Consciencieux, ce n'est pas un mot au hasard, c'est donc plutôt à dire « en sa conscience ».

2 Je n'accepte pas qu'une organisation me dicte ma conscience pour quel que motif que ce soit.

J'ai besoin d'établir la relation entre le patient et moi-même, ou, par mon intermédiaire, la relation entre le patient et l'équipe médicale qui le prendra en charge.

J'assume pleinement cette organisation. Mais je n'accepte pas d'assumer celle qui verrait substituer un paramédical à un médical.

3 Je suis peut-être vieux jeu ou idéaliste, mais il en va de l'idée que je me fais du métier que j'ai choisi mais aussi du contrat de soin que nous passons avec les patients qui viennent pour notre expertise.

Cette expertise n'est pas que technique ou de simple débrouillage des ATCD. Elle est aussi plus globalement, celle conférée à tout médecin pour ce qu'il a accompli comme parcours pour établir « ses savoirs » et aller au-delà de sa technique ou de sa spécialité.

(par exemple, entendre une confiance qui n'a rien à voir avec la chirurgie, prodiguer un conseil médical, orienter vers une consultation spécialisée un enfant « à problèmes », ou une femme battue, un toxicomane, etc. en plus de ce qui justifie la consultation par elle-même.

4 Je n'ai pas la maîtrise du parcours professionnel de l'IADE. Je n'ai pas autorité sur elle ni sur les formations qui me sembleraient adaptées, sur ses plannings, ou même ses affectations ponctuelles, puisque je ne suis pas son employeur.

De plus en plus, les cadres « nous enlèvent » des IADE prévues au bloc pour motif d'arrêts maladie à remplacer

ailleurs etc. On n'a rien à dire et c'est imposé comme un management qui ne nous revient pas. Donc, nous n'avons pas de poids là-dessus.

En conséquence, en tant que Docteur en médecine et non pas salarié ou rouage d'un service, je fixe les conditions qui doivent prévaloir à mon exercice médical au bloc en bout de parcours à savoir une consultation médicale => une anesthésie, sinon, rien !

Et là, c'est mon choix et personne ne peut me le refuser. J'ai sué 12 ans pour arriver à ce degré d'autonomie reconnu par des diplômés, je me suis engagé dans l'hôpital public pour y exercer mon métier et mes fonctions, et ce ne sont pas quelques spécimens managers qui pensent « affaires courantes » qui vont me le faire oublier...

Donc, pour moi, le débat est clos. Rien ne peut m'imposer de dériver de ma pratique. Le manque de moyens médicaux ? Où est la responsabilité ? Pas chez moi.

5 En revanche, et là, c'est autre chose, je ne suis pas opposé à ce qu'une IDE reporte sur le dossier d'anesthésie informatisé en tapant à la machine, des éléments pour lesquels ma plus-value n'est pas majeure : le poids la taille, la PA, SpO2, les opérations antérieures, le signalement de transfusions, de traitements... MAIS, je vois tous les patients munis de ce pré-dossier, et je valide les informations inscrites en les explicitant autant que nécessaire. Et je procède à l'examen clinique et aux prescriptions préopératoires, car c'est ma fonction de médecin et d'anesthésiste réanimateur et qui justifie mon titre (ce n'est pas rien !) et mon salaire ou mes honoraires (ce qui n'est pas rien non plus... car il faut bien nous dire que nos confrères nous attendent au tournant pour dire que nous facilitons la détérioration de l'image du médecin et la valeur de ses actes...

Je suis donc en l'état du droit, totalement libre de refuser un schéma de pratiques de responsabilités qui ne me convient pas, article 51 ou pas. Sans compter que la CPA est aussi une « respiration » et un espace de créativité pour nous changer les idées hors du bloc opératoire avec pour le coup « notre bureau » à nous !