LA MUFLÉE

48

4 €

2007 l'année des "Bond"

"Je ne vois pas pourquoi l'argent n'aurai pas d'odeur, lui qui peut tout avoir"

Erik Satie

"On prend le bonheur toujours en retard"

Léo Ferré

"Si nous laissons faire les Français ils ne finiront par ne plus fabriquer que des portes clés"

Général De Gaulle 1958, mémoires

"Tous les matins elle achetait des petits pains au chocolats"

Joe Dassin

"Chercher l'erreur"

La rédaction

DÉCEMBRE 2006 - JANVIER 2007

AMUF - 7, rue Emile-Chartier
91140 Villebon-sur-Yvette

☎ : 01 60 10 72 62
www.amuhf.com

AMUF

ASSOCIATION DES MÉDECINS URGENTISTES DE FRANCE

L'IRCANTEC
notre régime de retraite

Les médecins hospitaliers, quel que soit leur statut, sont des personnels non titulaires de la fonction public hospitalière (FPH) et de ce fait relèvent du régime de retraite de l'IRCANTEC.

Quelques éléments d'histoire
Le choix fait en 1984 de ne pas être intégrés à la fonction publique, a de nombreuses conséquences défavorables en terme de protection sociale. Notre régime d'assurance maladie ne nous assure qu'une couverture minimale au-delà de 3 mois d'arrêt, le temps de travail reste sous le régime général des 10 demi-journées avec comme seule limite les 48 heures de la législation européenne et l'âge de la retraite est fixé à 65 ans. En ce qui concerne la retraite, il faut savoir que le régime des titulaires de la FPH – la CNRACL – est beaucoup plus intéressant avec un pourcentage de cotisations supérieur de 10 points au nôtre. La traduction concrète est un taux de remplacement qui atteint péniblement un peu plus de 50 % de notre dernier salaire, si nous avons eu la chance d'intégrer le statut de PH très rapidement après la thèse.

Les événements récents
Le gouvernement utilisant l'argument du « choc démographique » a tenté fin 2005 de faire passer en force une réforme de notre régime qui se serait traduite par une diminution de notre retraite de plus de 30 %. Grâce à une très forte mobilisation des personnels concernés – postiers, personnels de l'audiovisuel public et surtout des médecins – le Premier ministre a été contraint de suspendre le projet en décembre 2005. Pour l'instant, ce projet est « enterré », au moins jusqu'aux prochaines échéances électorales.

Qu'est-ce que l'IRCANTEC ?
L'IRCANTEC est un régime de retraite par répartition, c'est-à-dire que les cotisations encaissées lors d'une année servent à couvrir les allocations versées aux retraités. Par ailleurs, les droits sont calculés sur la base de points, avec une valeur fixée annuellement (actuellement 0,4251) : le montant annuel de la retraite s'obtient en multipliant le nombre de points par cette valeur. Le taux des cotisations, réparties sur la base 1/3 salarié et 2/3 employeur, est séparé en tranche A et en tranche B: la tanche A correspond au salaire en dessous du plafond de la sécurité sociale – environ 2500 €/mois – et son taux est de 5,63 %, la tranche B concerne la part du salaire au-dessus du plafond de la sécurité sociale et son taux est de 17,50 %. Cette répartition des cotisations, couplée à l'absence de prise en compte des gardes jusqu'en 1995 dans l'assiette des cotisations, explique la faiblesse du nombre de points de nombreux urgentistes intégrés tardivement dans le statut de PH. Les cotisants sont actuellement 2,s45 millions et les retraités 1,56 millions, ce qui correspond à 1,4 milliards d'euros d'allocations versées et 1,8 milliards de cotisations encaissées.

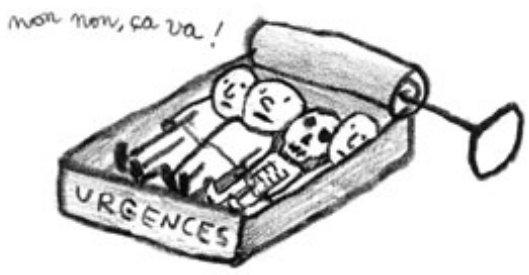
Quelques données importantes pour mieux comprendre la situation actuelle
Le régime est actuellement dans une situation financière très favorable puisque les excédents annuels sont de près de 350 millions d'euros et que les réserves totales s'élèvent à 4,5 milliards d'euros, soit près de 2,5 années de versement des allocations. Ce point est important à souligner car dès 1995, le gouvernement annonçait un déficit du régime en 2005. Or les arguments pour nous imposer une réforme en 2005 s'appuyaient sur des projections du même type qui s'avèrent aujourd'hui complètement erronées. En effet, les prévisions actuelles nous permettent d'affirmer – sur la base de documents fournis au conseil d'administration en septembre 2006 – que le régime reste excédentaire au minimum jusqu'en 2026 pour un rendement des réserves de 3 % (ce qui constitue une hypothèse basse).

Par ailleurs, notre régime est fortement dépendant des politiques de l'emploi public. Or nous constatons actuellement plutôt une baisse du nombre de fonctionnaires au profit de personnels non titulaires, donc affiliés à l'IRCANTEC. La population de cotisants a donc de fortes chances d'augmenter.
Tous ces éléments montrent donc que la réforme proposée n'avait pour seule justification que de diminuer la retraite obligatoire pour inciter les populations solvables, notamment les médecins, à basculer vers des systèmes par capitalisation proposés par les compagnies d'assurances !

Les perspectives
A la différence de la plupart des affiliés de l'IRCANTEC, les médecins font partie de ceux qui effectuent toute leur carrière en relevant de ce régime, ce qui fait que la plus grande partie de leur retraite en dépend. Or notre taux de remplacement est très bas comparativement aux autres salariés du public et du privé qui sont actuellement entre 65 et 75 %. La théorie voudrait que ce taux soit à 75 %, mais les différentes réformes de ces dernières années ont notoirement abaissé ce pourcentage pour une grande partie des retraités.
Par ailleurs, notre retraite est liée au statut et il est important dans le cadre de la réforme actuelle d'insister sur cet aspect en termes de revendications. En effet, la pénibilité liée à la continuité des soins et à l'affectation géographique devrait être prise en compte au niveau de la retraite. Il faut souligner qu'en 1945, alors que le pays se relevait de la seconde guerre mondiale, il a été possible de prendre en compte la pénibilité de certains métiers pour leur permettre de partir à la retraite plus précocement que les autres salariés. Aujourd'hui, le travail de nuit constitue un aspect essentiel de la pénibilité, or il est ignoré.
C'est pourquoi dans ce contexte nous pouvons avancer les propositions suivantes :
• Obtenir un taux de remplacement de 75 %,
• Prendre en compte la pénibilité grâce à une bonification en terme de trimestres de sécurité sociale et de points IRCANTEC supplémentaires,
• Obtenir l'intégration rétroactive des gardes effectuées avant 1995 dans le calcul des points de retraite.
Ces revendications ne sont pas irréalistes et les solutions financières existent :
• Les excédents du régime peuvent être utilisés,
• Le taux de cotisation peut évoluer sur la base de la répartition actuelle, soit 1/3 pour le salarié et 2/3 pour l'employeur.

En guise de conclusion
Ces quelques éléments peuvent alimenter le débat sur l'évolution de notre statut et la nécessaire prise en compte des différences d'exercice liées aux contraintes de la continuité des soins et à leur localisation géographique. Il est par ailleurs important d'informer nos collègues que les arguments « démographiques » utilisés actuellement pour justifier des réformes amputant nos futures retraites, ne correspondent pas à la réalité des chiffres. Enfin, nous souhaitons une réforme qui permette à l'ensemble des praticiens de bénéficier d'un meilleur taux de remplacement, notamment pour ceux qui ont exercés dans les spécialités et les secteurs à plus forte pénibilité.

Christophe Prudhomme
Administrateur de l'IRCANTEC,



ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL
Les médecins aussi…

Pas du tout hypocondriaques, les médecins. Au contraire, ils auraient plutôt tendance à ne pas voir leurs soucis de santé, physiques et moraux, à nier leur état de fatigue,… à se prendre pour des surhommes, en quelque sorte. Résultat, le taux de suicide chez les médecins serait près de trois fois supérieur à celui de la population générale (14% des décès, versus 5,4 % en population générale), selon une étude menée en 2003 par un médecin généraliste du Vaucluse, Yves Léopold. Du point de vue de ce généraliste, le malaise des praticiens serait à relier à leur surmenage, à l'altération ressentie de leur image, à la difficulté de passer du statut de soignant au statut de soigné, à la désintégration familiale, etc.

C'est donc indéniable : les médecins, quel que soit leur mode d'exercice, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers, souffrent bien de ce que le psychanalyste Herbert J. Freudenberger a nommé dans les années 70 le « burn out syndrome », le syndrome d'épuisement professionnel. 20 à 40% des soignants seraient aujourd'hui en état d'épuisement professionnel, selon Pierre Canoui, auteur de l'ouvrage Le burn out, paru aux éditions Masson en 2004. « Le Burn out permet de reconnaître que le monde médical devient parfois un monde d'exception. Assumer plusieurs décès par semaine, poser des décisions d'arrêts thérapeutiques, être tout simplement confrontés à des "accidents de vie", participer aux progrès de la médecine et en vivre les échecs est lourd de conséquences. Le Burn out révèle un malaise existentiel singulier et social », écrit-il.

Pour répondre à cette réalité, l'Association d'aide professionnelle aux médecins libéraux (AAPML) a créé l'an passé un numéro d'écoute téléphonique et de soutien psychologique à destination des médecins libéraux d'Ile-de-France. Dès son ouverture, le dispositif a reçu des appels émanant de toute la France, preuve s'il en était du besoin ressenti par les praticiens. Néanmoins, aucun dispositif similaire n'a à ce jour été créé pour les professionnels de santé hospitaliers. Il est vrai qu'à l'hôpital, les soignants bénéficient des services d'une médecine du travail. Sauf que voilà, alors que la législation prévoit un médecin du travail pour 1500 professionnels, dans les faits, on ne compterait qu'un médecin du travail pour 2750 soignants. Effectif insuffisant pour déceler les cas de burn out syndrome.

CA AMUF

VISITE DE LA RÉGION NORD PAS DE CALAIS

Début juin, Patrick Pelloux et Bruno Fagianelli, accompagnés de Régis Garrigue et de Franck Legrand (les locaux de l'étape) sont venus prendre la température du terrain dans notre région. Vaste programme en regard de l'étendue du territoire et de l'actualité syndicale.

La visite a donc débuté à l'hôpital de Seclin, où l'équipe des urgences a présenté les bases d'un nouveau service en construction. Fort beau projet qui permettra à terme d'accueillir dans de meilleures conditions la population. Le climat social plutôt détendu en dehors des craintes émises pour l'été avec le problème récurent des fermetures de lits.

Armentières, fidèle à sa réputation, pauvre mais fière ! Le travail dans des locaux étriqués rend souvent difficile la tâche des urgentistes. Toutefois, nous avons rencontré les gériatres de l'équipe mobile qui participe activement et efficacement à la prise en charge des personnes âgées ce qui soulage les collègues armentiérois. Les équipes sont soudées et le résultat est là. Cette étape est l'occasion d'une rencontre avec la presse régionale.

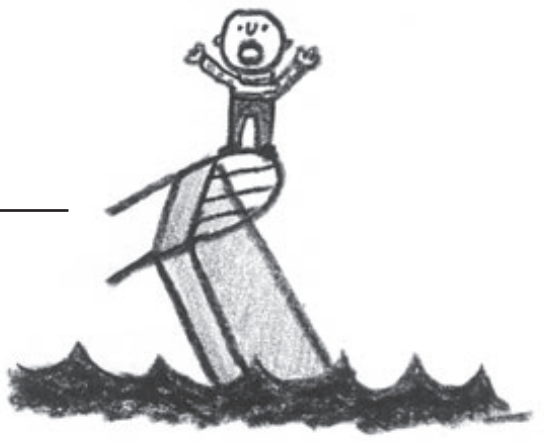
Après une halte au SAMU de Lille où nous nous avons rencontré Patrick Goldstein nouvellement élu président de la SFMU, le repas a été l'occasion de retrouvailles entre Patrick Pelloux et Mr Deroubaix, DARH de la région Nord Pas de Calais. C'est l'occasion d'échanges informels entre ces deux « rescapés » de la canicule 2003.

Après midi, direction la côte ! Arrivée à Boulogne. Le combat syndical mené avec l'aide de Philippe Bourel, délégué départemental, a permis de sauver une de nos collègue. Contre l'avis de la directrice de l'hôpital, d'un chef de service anesthésiste et d'une CME manipulée, notre collègue a été nommée Praticien Hospitalier à l'issue de son année probatoire. Sur ce dossier nous devons remercier François Douchain de la CPH qui a été solidaire de notre action.
Nous souhaitions rencontrer la direction pour évoquer les pistes possibles d'amélioration des conditions de travail aux urgences. Madame la directrice fut curieusement et soudainement injoignable. C'est donc avec les urgentistes que nous avons fait l'inventaire des difficultés locales en les assurant du soutien de l'AMUHF qui reste mobilisée et vigilante sur l'évolution de la situation boulonnaise.

La visite de région se termine par les urgences de Calais. Informés des difficultés rencontrées par nos collègues, nous sommes effarés par les conditions de travail. Dans des locaux exigus, une équipe restreinte et solidaire fait face à un flux tendu de patients à force de temps additionnel et sans l'aide d'internes . Loin de la métropole lilloise, les postes ne sont pas pourvus. Comme partout, les restrictions budgétaires, la T2A et l'évolution du statut de PH ne permettent pas d'offrir des carrières attractives aux jeunes médecins. Les équipes en place s'épuisent. Leur engagement dans une médecine publique est bien souvent mal reconnu.

Nous vous remercions de l'accueil qui nous a été réservé et restons à votre écoute pour vous aider au quotidien. Le temps ne nous a pas permis d'aller à la rencontre de toutes les structures d'urgence et nous le regrettons. En 2007 sans doute…

Franck Legrand, Délégué régional Nord



FRONT COMMUN AMUF-SNPHAR-SMARNU

Communiqué de presse commun

Ainsi donc les arrêtés inaugurant la mise en route de la Part Complémentaire Variable (PCV) sont prêts, puisqu'ils nous ont été transmis pour information.
Cette PCV, prime à l'intéressement est proposée comme variable de rémunération pour les praticiens des hôpitaux. Elle a été formalisée par la déclaration liminaire du 2 septembre 2004, et surtout le relevé de décision du 31 mars 2005, signé seulement par la CMH et le SNAM-HP, organisations minoritaires de Praticiens Hospitaliers.
Cette PCV s'annonce depuis toujours comme une prime à la productivité, avec un alibi de qualité et de sécurité permettant de la faire accepter par les praticiens et le public.
A la lecture des textes, confirmant les notes et rapports ministériels, elle apparaît
• Dispendieuse, car exerçant une pression sur les acteurs, surtout les chirurgiens, pour qu'ils produisent des actes, à l'utilité médicale non garantie, remboursés par la Sécurité Sociale à un Hôpital malade de son financement par la T2A, le tout dans un contexte de déficit de la Sécurité Sociale, et de crédits à la Santé corsetés par l'ONDAM ;
• Injuste, car ne bénéficiant par un budget approprié qu'à deux spécialités, et ce avec une rétroactivité des mesures au 1 juillet 2005. Les autres spécialités ne bénéficieront d'une extension du dispositif qu'à partir de 2007, sans budget garanti, et sur des critères tellement imprécis qu'ils sont inapplicables ;
• Injuste encore, puisque les chirurgiens ne bénéficieront de ces « dispositions » que s'ils ont respecté des pré-requis qui relèvent précisément du travail et de la responsabilité des anesthésistes-réanimateurs (antibioprophylaxie, anticoagulation, hospitalisation ambulatoire…) ;
• Inutile, puisque les chirurgiens à 99% bénéficient déjà d'un secteur libéral lucratif à l'Hôpital Public, qu'ils préfèrent fructifier aux dépens du secteur public, dont les urgences, secteur constamment menacé par la démédicalisation et la surchauffe dû à l'afflux de patients abandonnés par une médecine de ville épuisée ;
• Nocive, car introduisant une variable de revenus inégalitaire propre à désolidariser les membres d'une même équipe, en particulier au bloc opératoire ;
• Nocive encore, parce qu'inscrite dans le « profil de poste » définit par les récentes modifications du statut de PH, la PCV risque de pousser les jeunes candidats vers un système véritablement taillé pour le profit, le privé.
• Nocive enfin, parce que les conditions de sécurité imposées à l'hôpital public, en particulier aux Anesthésistes-Réanimateurs, se trouveront en contradiction avec les impératifs de productivité de chirurgiens se battant pour « quelques $ de plus ».
Sans nier les dysfonctionnements retrouvés dans certaines structures, nous pensons que la PCV ne répond pas aux défis de l'Hôpital public moderne =
• Démédicalisation démographique et géographique,
• afflux inégalé de patients dans les structures d'urgence,
• investissement nécessaire en personnels médicaux et non-médicaux de qualité,
• investissement en matériels associé à une restructuration de l'offre de soins,
• développement de coopérations avec le privé en particulier dans le domaine de la permanence des soins.
Rendre l'Hôpital plus attractif ne passe pas par une « prime d'intéressement ».
La PCV n'éloignera pas les médecins qui ont perdu la foi en leur mission d'exercice public. Par contre, elle va désespérer tous ceux dont l'action efficace, permanente, et souvent épuisante, n'est pas réductible à des « actes » et donc ne sera pas reconnue.
Les syndicats de la permanence des soins, anesthésistes-réanimateurs et urgentistes se retrouvent aujourd'hui ensemble parce qu'ils sont en première ligne de cette non-reconnaissance de la part des ministres de la santé successifs.
Les signataires ci-dessous refusent toute PCV, et parce que nous considérons que la santé est un bien méritant un meilleur traitement que celui appliqué à la production industrielle, nous exigeons le retrait des projets en cours.
Nous réclamons une reprise de négociations sur le dossier de la permanence des soins (son organisation territoriale, ses coopérations, la rémunérations des gardes et astreintes).
Nous réclamons des incitations financières forts propres à corriger les inégalités démographiques géographiques, et entre spécialités, et à reconnaître l'investissement des praticiens dans les missions transversales.
Nous réclamons des négociations sur l'avenir de nos retraites, élément autrement plus fort de l'attractivité pour le public qu'une PCV inapplicable.

Le Jeudi 14 Décembre 2006
Pour l'Association des Médecins Urgentistes de France (AMUF), Dr Patrick Pelloux
Pour le Syndicat des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs non Universitaires (SMARNU), Dr James Brodeur
Pour le Syndicat National des Praticiens Hospitaliers en Anesthésie-Réanimation (SNPHAR), Dr Michel Dru

Pour une véritable revalorisation des métiers assurant la permanence des soins

Le Jeudi 14 Décembre 2006 étaient réuni pour la première fois Les syndicats de la permanence des soins (AMUF, SMARNU,SNPHAR) pour une conférence de presse commune.

Il s'agit de l'acte de naissance d'une nouvelle version syndicale basée sur nos conditions réelles d'exercice et non sur la logique des grands appareils +++

1 Refus du principe de la mise en route de la Part Complémentaire Variable (PCV).
Rappel : Cette prime à l'intéressement, basée sur des critères de productivité sera accordée dans un premier temps uniquement à deux catégories de praticiens les Psychiatre et les Chirurgiens (avec effet rétroactif au 01 juillet 2005 !!). Elle résulte du relevé de décision du 31 mars 2005, signé seulement par la CMH et le SNAM-HP, organisations minoritaires de Praticiens Hospitaliers.

Cette prime à la productivité est injuste car elle profite justement aux chirurgiens qui bénéficient déjà d'un secteur privé lucratif à l'hôpital et dangereuse car elle risque de remettre en cause les conditions de sécurité imposées à l'hôpital public. Les Anesthésistes-Réanimateurs, se trouveront ainsi en contradiction avec les impératifs de productivité de chirurgiens se battant pour « quelques $ de plus. Enfin les moyens financiers considérables engagés dans cette revalorisation ne répondent pas aux grands défis de l'Hôpital public moderne que sont la Démédicalisation démographique et géographique et l'afflux de patients dans les structures d'urgence.

L'AMUF, le SNPAHR et le SMARNU refusent donc ce principe de la part complémentaire variable telle que les textes l'ont prévue.

2 Demande d'une vraie Valorisation des activités assurant la PDS à l'hôpital
Au lieu de cette prime à la productivité, nous revendiquons une véritable valorisation des métiers assurant la PDS. Nos trois syndicats demandent donc une reprise des négociations sur la permanence des soins
Nos propositions
- revalorisation de la garde (actuellement écart trop faible entre la revalorisation de l'astreinte (180 euros) et celle de l'indemnité de sujetions (250 euros)
- Zones sous médicalisées : Incitation financière fortes pour les praticiens exerçant en zones sous médicalisées
- Retraite : prise en compte de la pénibilité de notre activité dans le décompte des points ircantec (actuellement réforme défavorable aux médecins)
- Le décompte horaire doit devenir la base sur le territoire

3 Discussions européennes sur le temps de travail ++
Lors du débat du 07 novembre 2006 à Bruxelles, les propositions de la commission étaient double :
- requalifier le temps de travail des périodes de gardes en introduisant les notions de périodes « actives » et périodes « inactives ». L'objectif est de remettre en cause la jurisprudence de la cour de justice européenne (affaires SIMAP et Jaeger)
- Pouvoir conserver la possibilité de ne pas appliquer la durée maximale de travail (48 heures) à la demande d'un certain nombre d'état.
L'absence de consensus sur ces 2 points lors du conseil nous a donc donné un répit. Mais malgré la lettre de Xavier Bertrand il est probable que ce dossier reviendra sur le devant de la scène rapidement. De nos contact officieux avec les instances européennes il ressort que pour la commission européenne le prix à payer pour la fin à l'OPT-OUT (fin de la dérogation permettant de dépasser les 48 heures hebdomadaires) sera l'introduction de cette période dite « inactive » de garde.

Nous réaffirmons avec force que si ce remaniement de la directive européenne se traduit in fine par la transposition dans le statut des PH de la distinction entre temps de travail actif et inactif, nos trois syndicats s'opposeront avec force à cette mesure, le risque étant une fuite massive des praticiens des hôpitaux public

Le CA AMUF

LA REVUE DES ACTEURS DE L'URGENCE
URGENCE PRATIQUE
ABONNEMENT PARTENAIRE
A retourner à : Urgence Pratique Publications -BP 26 - 34190 Ganges
AMUF
ASSOCIATION DES MÉDECINS URGENTISTES DE FRANCE
Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
.....
Code Postal : ..... Ville : .....
Pays : .....
E-mail : .....
(pour vous informer de nos actualités)

Abonnement	6 numéros/1 an -12,5 % de réduction + 1 micro-ampoulier	12 numéros/2 ans -30 % de réduction + 1 carnet d'intervention
Individuel France	❑ ~~80 €~~ 70 €	❑ ~~131 €~~ 91,70 €

❑ Carte bancaire N° (Carte Bleue, Visa, Mastercard)
3 derniers chiffres du cryptogramme au dos de votre carte :
Date d'expiration : Signature :
❑ Réglement par chèque à l'ordre de URGENCE PRATIQUE PUBLICATIONS
AMUF
ASSOCIATION DES MÉDECINS URGENTISTES DE FRANCE
VOTRE CADEAU : Micro Ampoulier (11 x 16 x 6 cm) : Coque thermoformée anti-choc, ceinture fournie. Couleur jaune.

L'EDITO

N'ayez pas peur

En ces périodes de fêtes, on peut dire que notre métier ne l'est pas du tout. La permanence des soins est quasi virtuelle presque partout en France, un Ordre des médecins complètement dépassé par les évènements, des structures hospitalières qui deviennent pôles avec la fin définitive des services dès le premier janvier… Si nous résumons avec des paraboles religieuses : la terre promise des urgentistes n'est vraiment pas pour demain.
Mais ce qui est le plus inquiétant est ce chiffre : les médecins se suicident trois fois plus que la moyenne des Français et c'est la première catégorie des cadres à se tuer. Cela pousse à la réflexion : d'abord la connaissance scientifique et médicale n'empêche pas de tomber malade, y compris de la dépression. Mais surtout elle ne permet pas une meilleure prévention. Nous savions cela avec le tabac ou les maladies chroniques et le corps médical mais pour les maladies psychiatriques, ce chiffre de santé publique est un échec pour la profession médicale qui ne semble plus si heureuse que ça.
Il me semble que le monde médical et plus précisément hospitalier est plus proche de la guerre des Gaules que de la paix des braves. Jamais depuis la naissance de l'AMUF il y a bientôt dix ans nous n'avons eu autant de plaintes pour harcèlement moral, humiliation, injures, personnes poussées à la démission, entre urgentistes, entre chef et subalternes, entre hospitaliers.
Pierre Poles et Frédéric Tessiere qui s'occupent de la commission juridique de l'AMUF et se penchent activement sur les jurisprudences de harcèlement.
Les plaintes pour harcèlement dans le monde du travail se comptent par milliers… très peu sont reçues. D'ailleurs dans le langage courant il est désormais fréquent d'entendre « c'est du harcèlement ». Déjà, les juges écartent tout ce qui a trait au caractère, au domaine de la séduction, sans toutefois dériver sur de la perversion ou petite drague, comme ils écartent les querelles d'anciens amants… Déjà donc, le harcèlement n'est pas dans la relation privée. En revanche l'agression sexuelle est prise en compte comme tout ce qui entre dans l'avancement de carrière (le chantage, tu couches ou tu es viré par exemple). Les jurisprudences sont entrain d'arriver et les dommages et intérêts sont importants.
Le procès contre les syndicalistes de Peugeot qui n'ont pas eu leur avancement comme les autres mais qui ont été bloqués pendant des années ont eu gain de cause. Qu'en sera-t-il des urgentistes. Il est évident que plusieurs affaires vont surgir. Les chefs de services qui dans leur fonction se transforment en kapo ne vont pas tarder à réflechir. Amis il faut du courage.
Nous ne pouvons rien tant que l'urgentiste de terrain ne se bouge pas un peu. Actuellement certains nous disent « on ne nous avait pas dit pour les pôles » alors que depuis trois ans nous exprimons toutes nos critiques sur ces usines à gaz. Parfois des urgentistes osent nous avertir. Certains à mots couverts . D'autres ont peur. Ainsi nous recevons des appels d'urgentistes qui nous disent « ne dites pas que je suis dans la merde et ne faites rien ».
C'est assez drôle comme situation. Il faut dire que lorsque l'AMUF bouge, les problèmes, le plus généralement, se résolvent.
A Lagny le chef de pôle avait décidé de changer le temps continu en demi-journées. Ils nous ont alerté et cela a été réglé… mais paraît il le chef de pôle fait remonter les mails (ce qui pour le coup rentre dans l'espionnage et la violation de la vie privée). Un collègue sur Cognac d'origine d'Afrique du nord était en grande souffrance. Nous avons agi , il a été changé d'affectation. Une plainte pour racisme est en cours. Une collègue de Nemours a été humiliée, nous avons réussi à la muter… cela entraînera probablement la fermeture des urgences de Nemours… nous avons si bien agi que le directeur a été muté. Etc.
Tout cela pour dire que si vous ne vous bougez pas lorsque vous êtes dans la merde, nous ne pourrons pas vous aider. Le cas le plus emblématique est celui des services d'urgences et samu de l'APHP. Les conditions de travail dans les urgences de Paris sont épouvantables, ils travaillent tous en demi journées, ce qui leur fait perdre jusqu'à 40% de leur revenu. Seul un service est en temps continu : celui où je travaille. Mais nous nous sommes battus pour cela. Bilan :
les plages additionnelles sont toutes payées, les horaires comptés… Alors l'autre jour une collègue nous a appelés d'un service d'urgences de l'ouest de Paris : « notre chef de service nous interdit d'être syndiqués, on travaille 75h par semaine, on est en vacations… » Il arrive un moment où certains feraient bien de rentrer dans l'âge adulte. Bougez et nous bougerons, levez la tête et vous ne serez pas seuls mais nous ne pouvons pas aller relever tout le monde ou les accompagner comme des enfants. D'autant que le nombre d'urgentistes qu'on a aidé et qui après oublient que l'AMUF leur a permis d'avoir leur poste de PH et parfois se comportent d'une manière pire que celle qu'ils dénonçaient les années d'avant !
Pour reprendre cette seule phrase brillante d'un Pape : n'ayez pas peur. Le courage consiste aussi à dire non. D'être différent. De savoir dire que je ne veux pas. Le syndicalisme s'est construit en cent ans pour l'égalité des droits et les logiques de justice sociale.
Nous sommes allés à Epernay : aucun urgentiste n'a voulu nous recevoir ! La peur, la honte ? Les seuls qui se battent sont les syndicalistes des personnels pour éviter des fermetures. Le jours où vous serez dans la merde, c'est toujours le syndicalisme que vous irez parce que comme pour les urgences : ils aident quelles que soient les circonstances.
Il n'y a pas de désespoir à avoir mais les années qui arrivent ne feront pas de cadeau. Les pôles vont fermés des services et les regroupements vont s'accélérer. Si les médecins ne se regroupent pas ils ne seront pas fort. C 'est pour cela que nous nous sommes regroupés avec les anésthésistes afin de mieux défendre les intérêts de ceux qui sont les derniers à travailler nuits et jours. Ce rapprochement devrait concrétiser un certains nombres d'aides comme la santé au travail, la lutte contre les harcèlements… C est une vrai bonne nouvelle pour 2007 qui sera l'année la plus chouette !

Nous vous souhaitons de bonnes fêtes de fin d'années et une bonne année ainsi qu'à vos proches , vos amours, vos familles.

Bon courage a ceux qui sont de gardes

Par Patrick Pelloux, Président de l'AMUF

MÉDECINS DU MONDE

C'est fini…

En Octobre 2000, l'AMUF signait un partenariat avec Médecins du Monde. Les urgentistes manifestaient à cette époque un vif intérêt pour les missions humanitaires d'urgence. En 1997 le Cyclone Mitch en Amérique Centrale, puis en 1999 la guerre du Kosovo,
avaient mobilisé les ONG mais aussi le SAMU Mondial et donc les services d'Urgence, les SAMU et les SMUR.
C'est dans cet esprit d'engagement, poussé par nos adhérents, qu'avec Patrick Pelloux nous sommes allé à la rencontre des principales ONG humanitaires françaises (MSF, MDM, ACF..) pour leur proposer une mise à disposition de ressources humaines médicales hospitalières spécialisées. Le Dr Claude Moncorgé, alors président de MDM et le Dr Anaud Bourde (trésorier et chef de service du SAMU de la Réunion) avaient répondu positivement à notre proposition. MDM voulait à ce moment de son histoire s'engager de nouveau sur les "urgences".
Nous avons organisé un séminaire de recrutement et en une journée 10 urgentistes de toute la France ont été identifiés et formés aux spécificités d'actions de MDM. Notre but était simple : constituer des équipes d'urgentistes disponibles en moins de 24h pour des missions de 3 semaines maximum. MDM en échange s'était engagé à solliciter l'AMUF pour tout départ d'urgence et à nous former pour certaines interventions particulières (famines, choléra, populations déplacées, droit humanitaire international…). Celà a bien fonctionné sur le terrain (Gaza, Kurdistan, Inde..) mais aussi lors de prises de paroles communes AMUF / MDM.
En effet, ce partenariat ce voulait tout autant médical que politique. Nous le savons, les urgentistes sont aussi en premières ligne de l'accès aux soins des plus pauvres car les urgences des hôpitaux sont encore un des derniers lieux où les exclus peuvent venir se faire soigner. Patrick Pelloux s'était donc tout naturellement associé aux demandes faites par Claude Moncorgé pour communiquer sur l'Aide Médicale d'Etat et la CMU. Nous étions complémentaires et militants.
En mai 2004, Claude Moncorgé et une partie du Conseil d'Administration ont été destitué par un autre courant politique interne à MDM. En Assemblée Générale, une autre majorité a vu le jour avec une nouvelle Présidente. La santé publique a pris le dessus sur les urgences et les missions France sur l'internationale. Depuis ce jour nous n'avons plus jamais été sollicité par MDM. Ni sur le Tsunami, ni ailleurs…
En mai 2006, un nouveau Président est venu confirmer la continuité de cette orientation stratégique. Comme chacun peut s'en rendre compte, cette association humanitaire a choisi de s'engager en priorité sur des thématiques françaises touchant à la précarité et à l'exclusion (les tentes igloo pour les SDF et la réforme les études médicales avec mise en place d'un certificat "précarité").
Le 2 septembre 2006, lors d'un Conseil d'Administration, le Président de Médecins du Monde a proposé et fait voter la "dénonciation de la convention liant MDM et l'AMUF". Tout cela sans concertation, sans débat, sans échange, sans motif, sans un seul mot et sans même un courrier comme le prévoyait le contrat signé avec l'AMUF. Cette décision est unilatérale. La volonté de rupture avec le monde des urgentistes hospitaliers est indéniable et affichée. Cette méthode radicale est surprenante de la part d'une ONG humanitaire.
Je suis aussi administrateur de Médecins du Monde et à ce titre je regrette plus encore la fin de ce partenariat. Malgré cela, nous ne pouvons que constater le désengagement de cette association humanitaire pour les urgences internationales au profit d'actions de lutte contre la précarité et l'exclusion en France. De toute façon, cela ne nous aurait pas de mobiliser de la même façon le monde hospitalier.
Face à cette nouvelle donne et pour combler la place laissé libre sur les urgences, avec quelques administrateurs de Médecins du Monde et d'autres confrères, nous venons de créer une nouvelle ONG : "Help Doctors".
Notre propos est l'urgence humanitaire. Fort de nos expériences respectives, nous pensons que les urgentistes, peuvent aussi être en première ligne sur les terrains de catastrophes naturelles, de guerres et de conflits. Notre polyvalence et notre adaptabilité quotidienne à des contextes difficiles sont sans aucun doute une véritable plus value pour des actions de solidarité médicales humanitaires internationales.
La semaine dernière l'AMUF et Help Doctors ont signé une convention de partenariat pour le départ de missions d'urgences humanitaires et pour construire des séminaires de FMC pour les médecins et infrmi(e)r(e)s des services d'urgence et SAMU-SMUR.
Je ne manquerai pas de vous présenter très prochainement plus en détail les projets en cours de Help Doctors.
Une nouvelle dynamique est née. Pour revenir à l'essentiel. Pour une médecine d'urgence qui sauve en premier ce qui tue en premier. Pour inventer ensemble un humanitaire équitable ou les vrais bénéficiaires sont avant tout ceux qui souffrent et appellent à l'aide.

Dr Régis Garrigue
Urgentiste, Lille

Adhérez et faites adhérer

DEMANDE DE PRELEVEMENT

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.

NOM, PRENOMS, ET ADRESSE DU DEBITEUR	DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER
COMPTE A DEBITER Banque Guichet N° de compte clé Date : Signature	NOM ET ADRESSE DU CREANCIER ASSOCIATION MEDECINS URGENTISTES HOSPITALIERS A M U H F 7, RUE EMILE-CHARTIER 91140 VILLEBON-SUR-YVETTE.

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1/4/80 de la Commission Informatique et Libertés.

✂ .....

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

Numéro national d'émetteur **482038**

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur du compte. Je regleral le différend directement avec le créancier.

NOM, PRENOMS, ET ADRESSE DU DEBITEUR	NOM ET ADRESSE DU CREANCIER
	ASSOCIATION MEDECINS URGENTISTES HOSPITALIERS A M U H F 7, RUE EMILE-CHARTIER 91140 VILLEBON-SUR-YVETTE.
COMPTE A DEBITER Banque Guichet N° de compte clé Date : Signature	NOM ET ADRESSE DE L'ETABT TENEUR DU CPTE A DEBITER

Prière de renvoyer les deux parties de cet imprimé au créancier en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (R.I.B.) ou postal (R.I.P.).

Alors n'attendez plus…

ADHEREZ

avec le prélèvement automatique !

Je souhaite un prélèvement automatique :

❒ Mensuel de 8,33 €
❒ Trimestriel de 25 €
❒ Semestriel de 50 €
❒ Annuel de 100 €

Joindre un RIB et envoyer à : AMUF :
7, rue Emile-Chartier - 91140 Villebon-sur-Yvette.

Rédacteur en Chef :
Dr B. Faggianelli
Directeur de publication :
Dr P. Pelloux
Rédaction :
Dr Prudhomme, Dr Legrand, Dr Garrigue
Dessins :
Chats Pelés
Charb, dessinateur à Charlie hebdo
Réalisation/Impression
Emendo - 01 60 88 89 35
LVRI - 01 60 89 06 22.