



**1** €

# Interessez-vous à votre avenir :

# LISEZ



SYNDICALISTE!

CHARB.

Les pouvoirs publics vont apprendre à légiférer, ou à prendre des ordonnances, sur la base du travail des partenaires sociaux

Jacques Chirac, s'adressant au Conseil économique et social, le 10 octobre 2006.

罗罗

Le pessimisme de la connaissance n'empêche pas l'optimisme de la volonté

Gramsci

Quel plus terrible fléau que l'injustice qui a les armes à la main ?

Aristote

Pour les Français, le libéralisme est une notion négative, c'est la raison pour laquelle on a inventé l'Europe.

Alain Touraine

PP

NOVEMBRE 2006

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

:01 60 10 72 62 www.amuhf.com AMUF

ASSOCIATION DES MEDECINS URGENTISTES DE FRANCE

# Syndicales

### STATUT DES PH:

### ce que prévoient les textes

En préparation depuis des mois, le décret modifiant le statut des praticiens hospitaliers est paru le 6 octobre au Journal Officiel. Désormais, la nomination des praticiens dans un établissement de santé se fera par arrêté du ministre de la Santé, mais sur avis de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif. Dans les cas où les deux avis seraient divergents, celui de la commission nationale statutaire sera requis. Les PH associés et les PH à temps partiel seront nommés selon la même procédure.

Une fois nommé, le candidat sera affecté sur un poste donné sur proposition du responsable de pôle et du président de la CME. En cas de désaccord, l'affectation sera prononcée par arrêté du ministre de la Santé après avis de la commission statutaire nationale.

Une exception est faite pour les psychiatres qui, durant les cinq prochaines années, continueront à être nommés directement par le ministre de la Santé dans un pôle d'un établissement public de santé, après avis de la commission statutaire nationale.

Le concours national de praticien des établissements publics de santé comportera, dès l'année 2007, pour les épreuves de type I, un entretien avec le jury et un examen sur dossier des titres, travaux et services rendus. Pour les épreuves de type II, « une épreuve orale de connaissances professionnelles » s'ajoutera au reste.

Ce décret découle, rappelons-le, d'un protocole d'accord, signé le 31 mars 2005 par Philippe Douste-Blazy, alors ministre de la Santé, François Aubart, président de la CMH (Coordination médicale hospitalière) et Roland Rymer, président du SNAM-HP (Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics). Outre les modifications de procédure s'agissant de la nomination des PH, un second décret paru le même jour prévoit une valorisation de l'astreinte ainsi qu'une part complémentaire variable, « pour l'ensemble des praticiens temps plein et temps partiel quelle que soit leur discipline ou spécialité ». Laquelle devait être mise en place au plus tard le 1er juillet 2005, prioritairement en chirurgie et en psychiatrie. Du coup, la mesure est rétroactive pour les chirurgiens et les psychiatres au 1er juillet 2005. L'extension du dispositif de la part variable à toutes les disciplines est prévue au cours de l'année 2007.

Pour en savoir plus : www.amuhf.com et www.journal-officiel.gouv.fr.



## GRÈVE DU 24 OCTOBRE 2006 : petit décryptage !

Une récente enquête sur les techniques d'influences montre que 80% du lobbying se fait sans dépasser le cercle des initiés. Un des moyens classique pour exclure les principaux intéressés du débat les concernant est :

1° de rendre ces dossiers volontairement « techniques », en clair on n'y comprend rien ! 2 °de sélectionner les partenaires de négociations c'est à dire ceux qui sont déjà acquis à la cause (c'est plus simple !) surtout si ils sont minoritaires.

Une fois ce préalable acquis il est alors facile de faire croire à un dialogue « social », alors que la conclusion est faite avant même le début des négociations.

Devant ces méthodes peut-on encore croire en une relation naturelle avec les tutelles où nos intérêts et ceux des patients seraient spontanément pris en compte sans avoir à agir?

En effet, alors que pour l'AMUF tous les voyants passent depuis plusieurs mois de l'orange au rouge vif++, certains voudraient encore croire au discours officiel.

- la T2A c'est pour plus de qualité
- le statut de PH, c'est juste pour rendre attractif l'hôpital (discours du ministre)
- la gouvernance, il ne faut pas s'inquiéter
- l'EPRD et les mesures de correction c'est juste de la comptabilité etc.

Or le système va bientôt se refermer. Les conséquences pratiques de ces dossiers techniques vont être redoutables tant pour les individus que pour le système public de santé. Par exemple : quel peut être le lien entre l'EPRD et la titularisation des PH ? Voici un extrait de la dernière commission nationale statutaire ou le conseil d'administration d'un CH a refusé de titulariser un PH de médecine pour raison budgétaire en argumentant « L'EPRD 2006 a été présenté comme déficitaire et les prévisions quant à une augmentation de l'activité de médecine ne sont pas réalisées ».

Voilà la réalité concrète de tout ce dispositif pour ce praticien.

Qu'en sera-t-il lorsque le lobbying du privé visant à contraindre le ministère à passer le pre-hospitalier en T2A aura abouti. Il faut en effet savoir que, en janvier 2007, lorsque la T2A sera à 50% pour un poste de PH aux urgences (100 000 euros) l'ARH donnera 50 000 euros et l'hôpital devra financer les 50 000 autres euros (T2A à 50%).

Donc toute création de poste de PH en T2A dans un hôpital en déficit creusera encore plus le déficit!

La réforme profonde du statut qui vient de passer est donc en cohérence avec tous les autres dossiers. Ne pas agir maintenant risque de nous plonger dans de grandes difficultés demain. L'hôpital dans son ensemble est resté sur l'idée que les urgentistes sont des privilégiés (beaucoup de postes crées, temps continu etc.) ne rendant rien à l'hôpital, coûtant cher, faisant de la « bobologie » pour les urgences et ayant beaucoup de temps libre pour les samu smur (Sic!).

Le nouveau statut de PH est donc une arme redoutable sans garde fous. Nul doute que les lobbies médicaux ou administratifs au sein des hôpitaux vont l'utiliser à sa pleine puissance dans le cadre des Pôles. Mais comme nous a dit récemment un directeur d'ARH « Vous ne serez pas viré mais juste mis à disposition du centre national de gestion ».

Nous n'acceptons pas cet état de fait et, les décrets étant publiés, demandons l'ouverture immédiate de négociations afin de faire reconnaître la pénibilité de notre activité.

Il ne s'agit pas de s'arc-bouter sur des positions ou des prérogatives anciennes mais bien d'être garant de l'avenir du système de soins d'urgence.

### OUVERTURE DES NÉGOCIATIONS

Grâce à la mobilisation active de l'Amuf, notamment lors de la journée de grève du 24 octobre dernier, une pré-négociation va s'engager avec la direction des hôpitaux et le cabinet du ministre autour de la prise en compte de la pénibilité de notre activité, l'augmentation de la rémunération de l'indemnité de garde, le paiement du différentiel entre 39 et 48 heures.

Nous tenons à rappeler que nous sommes le seul syndicat à défendre ces positions et à se mobiliser.



### PDS et 33 33

Le débat sur la permanence des soins est loin d'être clos. Il est illusoire de vouloir dissocier la médecine de ville et l'hôpital. Il y a une globalité mais le rapprochement n'est pas facile car si les hospitaliers à travers Samu de France et l'Amuf se sont unis pour permettre un progrès, il est clair que depuis 2002, nous avons accepté beaucoup de mutations. Mais nous ne pouvons accepter celle qui consisterait à voir naître la régulation par SOS médecins et un numéro choisi comme le

33 33. En conséquence, l'Amuf et Samu de France vont s'unir et réunir leurs délégués des Codamups dans les prochaines semaines. Il est temps que nous nous mobilisions de nouveau sur cette question, sans conflit avec qui que ce soit mais simplement pour réaffirmer notre complémentarité et l'importance des centres 15 et de l'accès aux soins pour tout un chacun, quelles que soient les heures de la journée et les périodes dans l'année. Nous rappelons notre volonté de voir aboutir la

problématique des certificats de décès afin que les Smur ne servent pas de médecins par carence. Il est inadmissible que des familles ne trouvent pas de médecin pour signer des certificats de décès le samedi!

Il faut absolument envisager la possibilité de faire évoluer le système d'enseignement afin que les Samu se dotent d'un nouveau vecteur léger, par exemple le déplacement à l'extérieur de l'hôpital d'une unité médicale constituée d'un interne. Après tout, nous avons bien accepté l'installation de maisons médicales dans les hôpitaux publics avec un paiement à l'acte. Il est peut-être temps que le monde libéral accepte à son tour que l'hôpital sorte de ses murs avec un médecin sans UMH. Cela fait partie du débat actuel et nous vous engageons à y participer. D'ailleurs, ceux qui souhaitent devenir représentants de l'Amuf doivent contacter de toute urgence le Dr. Frédéric Pain (painfr@cc-parthenay.fr).

### METTRE LES RESPONSABLES

### face à leurs contradictions

La Coordination médicale hospitalière, dont fait partie le syndicat des urgences hospitalières, soutient depuis 2000 toutes les mesures qu'ont prises les gouvernements successifs. Ils sont d'une telle intelligence qu'ils ne voient jamais la contradiction entre leurs positions, leurs actes et l'avenir de l'hôpital. Ainsi, après avoir soutenu la réforme dite des 35 heures et comme nous en informait Martine Aubry lors d'un colloque récent (colloque sur les 35 heures à la Cité universitaire de Paris en mai 2005), ils ont été tellement minables que c'est le seul accord catégoriel où le ministère n'a pas donné l'ensemble des moyens qu'il pouvait accorder aux praticiens hospitaliers. Mais après avoir signé cet accord, François Aubart déclarait à L'Humanité du 3 février 2000 que la seule chose qui resterait de la RTT, c'est le compte épargne temps. Pourtant, s'il y a une chose qui n'existe pas du tout, ce sont bien les comptes épargne temps!

Le plus étonnant réside dans le fait que cette organisation a toujours soutenu, encadré et permis l'aboutissement du plan hôpital 2007. Il faut arrêter le syndicalisme d'adolescent attardé et mettre les responsables syndicaux qui ont entraîné la fin du statut de praticien hos-

pitalier, la mise en place de la T2A, la nouvelle gouvernance, la naissance de la part variable pour les chirurgiens, le paiement des gardes pour les hospitalo-universitaires à 450 €, devant leurs responsabilités. Lors des élections de juin 2005, la CMH et le syndicat des hospitalo-universitaires ont perdu. Mais, « pour autant », tic verbal du président de la CMH, ils sont restés maîtres de toutes les signatures et décisions, grâce à l'ami proche de Aubart et directeur adjoint de cabinet de Xavier Bertrand, le célèbre Cédric Grouchka. Ce dernier vient de quitter le ministère de la Santé pour être nommé auprès du président de la République comme conseiller aux Affaires sociales. Hôpitalentreprise 2007 est achevé, les cadeaux peu-

Mais ce n'est pas terminé: dans un récent article de Libération, du 6 novembre 2006, écrit par Eric Favereau, autre ami personnel de François Aubart, ce dernier explique tout le bien qu'il pense de l'ancienne directrice générale de l'AP-HP, que les moyens des hôpitaux sont suffisants, que les syndicalistes qui disent que ça ne va pas sont d'odieux menteurs et que Jean-François Mattéi est un homme exceptionnel... Il est certain qu'un syndicalisme d'ac-



compagnement tel qu'il le pratique est une aubaine pour l'ensemble de la classe politique qui a trouvé des paillassons idéaux pour ses bottes, ce qui conduit inéluctablement les hôpitaux vers la privatisation.

Il y a un point sur lequel ils ont raison, c'est que tant que le monde médical n'aura pas un syndicalisme fort, démocratique, transparent, il n'aura aucune force ni légitimité à négocier quoi que ce soit avec les pouvoirs publics. Ainsi, les adhérents de l'Amuf sont appelés à s'engager fortement, partout pour que le moindre adhérent de la CMH soit mis devant ses contradictions et démissionne de cette organisation et des syndicats qui la composent afin de lutter sur le terrain contre ceux qui font croire qu'ils défendent le service public hospitalier et qui ne cessent de le détruire.

Patrick Pelloux

## TEMPS DE TRAVAIL et historique de la polémique

Tout commence en 1993, date à laquelle le conseil européen définissait des normes minimales de sécurité et de santé sur le temps de travail. Il s'ensuivit une plainte des Espagnols, le fameux arrêt valencia qui reconnaissait formellement dans le droit le temps de travail de garde. Lors des négociations sur l'aménagement de la réduction du temps de travail des médecins en France, en 2001, a été décidé de reconnaître le temps de travail de nuit et le repos de sécurité. Ceci constituait une avancée sociale majeure pour l'ensemble des professionnels ayant une charge de travail avec une continuité de service. Le gouvernement Raffarin avec les mesures d'assouplissement de l'ARTT en 2003 n'a pas touché au temps de travail de nuit mais a commencé à distiller l'idée que le temps de travail n'était pas compté pour les médecins, avec le soutien d'organisation comme la coordination médicale hospitalière, dont fait partie le syndicat des urgences hospitalières (choisissez votre camp!). L'Amuf s'est battue alors pour confirmer la reconnaissance du temps de travail et permettre à des services de passer en temps continu. A noter que les urgentistes qui sont en temps continu ont approximativement 40% de salaire en plus par rapport à ceux qui sont en temps en demi-journées. En septembre 2004, la CEE décide de définir les périodes actives et inactives de garde, c'est-à-dire que seront décomptés du temps de travail les périodes où les médecins dorment à l'hôpital et donc « ne travaillent pas », selon l'administration. Cette mesure est contraire au droit du travail puisqu'à partir du moment où un médecin est sur son lieu de travail, est considéré comme travaillant. Nous avons donc mené une grève qui a donné lieu à la lettre d'avril 2005 où la France s'engageait à ne pas faire de distinction dans le temps de travail. Mais Gérard Larcher qui fut président de la Fédération hospitalière de France, aujourd'hui ministre de l'Emploi, a toutefois l'idée d'appliquer la directive distinguant le temps actif et inactif. Une délégation de l'Amuf est allée rencontrer les parlementaires européens en charge de la proposition de directive.

Le opt-out qui permet à des Etats comme l'Angleterre de ne pas avoir de limite dans le temps de travail hebdomadaire doit se terminer dans les prochains mois. D'où les négociations actuelles et le lobbying des directeurs d'hôpitaux pour que cet opt-out reste en place car s'il se terminait, les directeurs devraient soit réellement payer les médecins sur l'ensemble de leur temps de travail, soit embaucher. Nous n'accepterons jamais de revenir sur la reconnaissance de notre temps de travail sur l'ensemble de ces prérogatives. Nous tenons à préciser notamment qu'un médecin de Smur qui attend le départ et se repose est en fait dans un état de préparation de son intervention et se met dans les meilleures conditions possibles. Il ne faut pas minimiser cet effort intellectuel, physique et moral de rester sur son lieu de travail pour se tenir prêt. C'est là une des prérogatives des services d'urgentistes que d'assurer quelque part une bonne part de la sécurité publique.

Bruno Faggianelli



### ANNIE PODEUR Directrice de l'ARH Bretagne

Ancienne directrice de l'ARH Bretagne, elle a été nommée début octobre à la tête de la DHOS, à la place de Jean Castex qui a pris la haute fonction de directeur de cabinet du ministre de la Santé.

#### DANONE

A quoi reconnaît-on un carriériste ? Aucun scrupule ne peut arrêter son ascension. Van Lerberghe, ancienne directrice des ressources humaines de chez Danone, après avoir plongé l'Assistance publique dans une gestion industrielle qui de l'aveu même des plus conservateurs des grands mandarins, n'a jamais connu une telle dégradation, a décidé de quitter sa fonction. En 2004, elle avait fermé 1000 lits de soins aigus de gériatrie. Elle vient de partir pour un groupement de cliniques privées lucratives pour y ouvrir des lits de gériatrie aigus pour personnes âgées aisées. C'est la première fois dans l'histoire de l'AP-HP qu'un fonctionnaire quitte sa mission de service public pour gagner le service privé lucratif et faire l'opposé de ce qu'elle disait quelques mois auparavant.

### **QUAND LA PAROLE**

### n'engage que ceux qui l'écoutent...

Courrier adressé par Philippe Douste-Blazy, alors ministre de la Santé à Patrick Pelloux.

Le 21 Avril 2005 Monsieur le Président,

Le projet de révision de la directive européenne 93/104 CE relative à certains aspects de l'aménagement du temps de travail en cours d'examen au sein du Conseil et au Parlement européen suscite de votre part des interrogations légitimes. Je tiens, tout d'abord, à souligner qu'en la matière, la réglementation européenne constitue la base minimum du droit applicable dans chaque Etat, lequel peut toujours adopter ou conserver des dispositions plus favorables

C'est pourquoi, dans ce cadre, je souhaite solennellement vous réaffirmer, comme je vous l'avais déjà indiqué dans mon courrier en date du 1er octobre 2004 en réponse à votre demande, que les dispositions en vigueur en France depuis le 1er janvier 2003 sur le décompte du temps de travail

des médecins hospitaliers ne seront pas remises en cause par la révision de la directive : la totalité du temps de garde hospitalière restera considérée comme du temps de travail effectif et le délai maximum pour la prise du repos quotidien demeurera fixé à 24 heures.

En espérant vous avoir apporté les précisions que vous souhaitiez, je vous prie de croire, Monsieur le Président, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Philippe Douste Blazy



# Syndicales

# LES JEMU ANNULÉES



A notre plus vif regret, nous vous informons que les Journées Européennes de Médecine d'Urgence (JEMU2006 - Bruxelles 23-25 Novembre 2006) sont annulées. Les organisateurs ont appris que la journée parlementaire du 23 Novembre ne pouvait avoir lieu pour des raisons internes du Parlement Européen le dix octobre .Nous ignorons encore les détails exacts à ce moment. L'annulation de ce rassemblement européen et fédérateur est indépendant de notre volonté. Selon des sources « bien informées » il s'agirait non seulement d'une mauvaise anticipation par les parlementaires européens français mais aussi depuis le « non » les initiatives françaises sont pas bien vues à Bruxelles. Après considération et évaluation de

la situation, il a donc été décidé d'annuler l'évènement dans sa totalité. Il est évident que tous ceux déjà inscrits seront remboursés au cas ou vous avez déjà effectué votre paiement. Celà est très dommageable mais nous réoganiserons ce rassemblement si necessaire très

L'AMUF continuera d'œuvrer pour une meilleure reconnaissance et le développement de la médecine d'urgence en Europe.

Nous nous excusons pour cette situation totalement imprévue.

Le comité d'organisation et l'AMUF



## COMMUNIQUÉ DE PRESSE

### concernant le négociation européenne sur le temps de travail

Suite au débat interministériel retransmis sur la Chaîne parlementaire le 6 octobre et en l'absence de protocole d'accord lors de la réunion européenne du 7 octobre, l'Amuf exprime sa plus profonde inquiétude sur les propositions du gouvernement de valider le principe des périodes inactives de garde, dans le cadre de la révision décennale de la directive européenne sur le temps de travail.

Lors de ce comité interministériel, les ministres Philippe Bas, Gérard Larcher et Brice Hortefeux ont argumenté le fait que la limitation à 48 heures du temps de travail exigible devait s'accompagner à l'hôpital de la prise en compte des périodes inactives de garde. Le temps de garde « inactif » ne serait donc plus du temps de travail.

Or, nous avions obtenu un engagement du gouvernement signé par Philippe Douste-Blazy alors ministre de la Santé écrit le 21 avril 2005 que « la totalité du temps de garde hospitalière resterait considéré comme du travail » suite à un conflit organisé par l'Amuf. Cette lettre d'engagement de l'Etat stipulait que l'ensemble du temps de présence de garde serait comptabilisée comme du temps de travail effectif. L'introduction de périodes inactives de garde remet en cause ce principe.

Nous dénonçons ce double discours du gouvernement mais aussi les lobbies comme la Fédération hospitalière de France et la Coordination médicale hospitalière qui militent depuis des années contre la reconnaissance du temps de travail de nuit et le décompte horaire du temps de travail des médecins, préférant l'obscurité du décompte en demi-journées. Ces organisations soutenant le plan hôpital 2007 veulent déréglementer le temps de travail afin de faire des économies.

L'Amuf souhaite un développement profond et dynamique de l'Europe sociale et reste attachée à l'idée européenne de la définition du temps de travail. En reprenant les propos de Dominique de Villepin, il est évident qu'il doit y avoir un mieux disant social de la part de la France. Mais il est paradoxal qu'au cours de cette réunion, il ne souhaite pas aborder ce sujet complexe de temps de travail des métiers alternant les activités diurnes et nocturnes, comme anesthésistes-réanimateurs, sages-femmes, infirmières, pompiers, policiers, urgentistes.

Fait le 9 novembre 2006





## QUI FAIT QUOI À L'AMUF?

Une organisation syndicale ne peut pas être figée. Nous avons donc décidé de rénover l'organisation de l'Amuf. La thématique préhospitalière prend toute son importance avec la remise en cause de la permanence des soins et Philippe Crova, Franck Legrand et Régis Garrigue travaillent sur cette problématique. Vous pouvez néanmoins aussi y participer.

Frédéric Pain va s'occuper exclusivement de la dynamique sur les Codamups. Et devant l'urgence de défendre les Samu, il a été convenu avec Samu de France et Marc Giroud, d'organiser avant fin novembre un groupe de travail Amuf-SdF sur des propositions concrètes et une position commune. Nous avons décidé pour le 2ème vendredi de décembre à Paris de réunir l'ensemble des délégués Codamups de Samu de France et de l'Amuf pour un grand rassemblement unitaire sur la permanence des soins. Nous voulons que les commissions aient un rendu de travail ouvert à tous les adhérents et très réactif par rapport aux problèmes du quoti-

dien et sur le lieu de travail.

Une commission sur le droit des femmes a vu le jour avec à sa tête **Isabelle Aune** afin de véritablement parler des problèmes que rencontrent les femmes dans un monde hospitalier qui semble avoir gardé une culture sociologique masculine. Pour ne pas dire machiste.

Le travail de **Bruno Faggianelli**, secrétaire général et de moi-même, s'inscrit désormais dans la négociation au niveau national mais aussi au traitement particulier de chacun. Il s'agit de bien voir que l'Amuf sera encore plus solidaire des uns et des autres. Une adhérente ou un adhérent doit se sentir épaulé en cas de difficultés ou dans la recherche d'un épanouissement professionnel comme nous l'avons toujours fait avec la création des concours blancs. Grâce au travail de l'Amuf, beaucoup d'urgentistes ont eu accès au statut de PH parce qu'ils avaient préparé ce concours avec nous.

La commission juridique, composée de Pierre Poles et Frédérik Teissière, va être de plus en plus sollicitée et nous songeons à renforcer le soutien juridique de nos adhérents. C'est pour cette raison que la cotisation est passée à 100 euros, ce qui place l'Amuf dans le même niveau de tarifs que les autres syndicats médicaux. Nous n'avions pas augmenté la cotisation depuis 2001 et l'embauche de permanents afin d'assurer un travail de qualité pour l'ensemble des adhérents a un coût.

En espérant que cette nouvelle organisation permettra un développement fort de l'association et du syndicalisme des urgentistes...

Parmi les autres responsables de dossiers à l'Amuf, nous pouvons encore citer **Christophe Prudhomme** qui est en charge du dossier retraite, **Carole Finck** qui s'occupe désormais du suivi des adhérents - c'est elle qui vous rappellera à l'ordre pour la mise à jour de vos cotisations. **Philippe Sattonnet** est en charge du marchandising et de la promotion de l'Amuf tandis que **Karim Boudenia** se voit confier la délicate mais néanmoins

essentielle responsabilité du comité des fêtes de l'Amuf.

Par ailleurs, c'est **Philippe Leveau** qui suit les questions relatives à la formation médicale continue tandis que **Didier Storme** s'intéresse au travail des urgentistes à proprement parler ainsi qu'à l'organisation de leur exercice. **Philippe Olivier** se charge pour ce qui le concerne de tout ce qui a trait à la tarification à l'activité.

Christophe Jédrécy est la personne référente s'agissant de l'organisation des visites en région et **Régis Garrigue** conserve ses prérogatives sur le dossier humanitaire.

Il importe que l'Amuf soit présente et réactive sur tous les sujets qui intéressent l'exercice de la médecine d'urgence. C'est la raison pour laquelle nous avons choisi de désigner ces responsables de dossiers.

Patrick Pelloux

### **CONTRIBUTION DE L'AMUF**

### à la campagne des éléctions présidentielles

Au cours du conseil d'administration de l'Amuf du mois de juillet, nous avons décidé d'agir pour l'hôpital à l'occasion de la campagne présidentielle. Pour cela, nous avons décidé de participer à l'élaboration d'un livre blanc qui sera écrit de commun accord avec des médecins libéraux du syndicat des médecins généralistes (SMG), et de l'union syndicale des psychiatres (USP). Il est en cours de finalisation et nous y définissons des principes que le prochain président de la République ne devrait pas oublier pour les services d'urgence et l'hôpital.

Pour le pré-hospitalier, l'importance du lien entre l'hôpital et les services de secours est fondamental afin de préserver tout malade de dérives qui seraient contraires à la déontologie et à l'éthique.

Pour les urgences hospitalières, il est important de donner des moyens architecturaux et en effectifs afin que non seulement les difficultés de travail s'amenuisent mais que nous réussissions à rendre attractif notre métier pour les générations futures. Il n'est pas normal qu'à l'heure actuelle la naissance de la spécialité d'urgence s'annonce de plus en plus comme le propre suicide de la profession (à ce jour, moins de 100 urgentistes ont choisi de faire le DESC sur l'ensemble du territoire).

Nous exigeons de réaffirmer l'indépendance intellectuelle des médecins par rapport à l'industrie pharmaceutique mais aussi par rapport à l'administration. Ainsi, il est évident qu'il faudra revenir sur ce mode de gouvernance et de pôles qui a explosé toute confraternité à l'intérieur des hôpitaux. Mais aussi la tarification à l'activité qui ne peut absolument pas s'appeler comme cela mais tarification à la qualité.

Nous souhaitons une réforme profonde du statut des hôpitaux universitaires afin que l'hégémonie des grands CHU soit remise en cause pour promouvoir le savoir universitaire et non pas les castes, les petits fiefs, les pouvoirs de réseaux divers et variés, délétères à la culture humaniste de l'hôpital.

Cela rejoint la réforme nécessaire de la formation médicale continue qui doit être universelle, dépendante de l'Université de la Santé et non pas d'un côté les médecins libéraux et de l'autre les médecins hospitaliers. A-t-on déjà imaginé des facultés de médecine pour les médecins libéraux et d'autres pour les médecins hospitaliers?

Nous proposons la diminution du nombre d'années d'études de médecine afin de faire venir dans le monde du travail de manière plus précoce les étudiants, que ces derniers aient un salaire minimum afin d'éviter des problèmes d'argent tels qu'arrivés à trente ans, ils ne choisissent que les spécialités qui rapportent. Il convient également de favoriser le passage de spécialité en spécialité et de valoriser la médecine libérale par des stages pour l'ensemble des étudiants.

Nous devons en outre protéger les médecins urgentistes de l'inflation des plaintes et pour cela nous souhaitons que le principe d'une confrontation immédiate en cas de litige entre les différentes parties et sous l'autorité d'un médiateur.

Il faut enfin faire naître une véritable démocratie sociale et participative à l'intérieur des hôpitaux et ne pas laisser quelques personnes diriger. Ainsi, il faut revoir le mode électoral, il n'est plus possible de définir des collèges par spécialité, ce qui rend la gestion de l'hôpital impossible. Il doit y avoir des listes basées sur des programmes sociaux avec une parité de spécialités et de statuts. Pour ceux qui seraient mis en minorité, il convient de définir des recours possibles.

Patrick Pelloux

### LES « GENTILS ORGANISATEURS » DE L'AMUF

### le rôle essentiel des délégués de Région

Le délégué régional représente l'AMUF dans sa région et, à ce titre, est l'interlocuteur essentiel des instances régionales et locales (DDASS, DRASS, ARH...):

- Il siège au comité régional des urgences.
- Il met en place et anime le réseau régional avec les délégués départementaux et des correspondants hospitaliers. Il installe luimême ses représentants au sein des Codamups.
- Il assiste les adhérents de sa région dans les difficultés ou litiges et transmet les informations au Conseil d'administration.
- Il a la charge de diffuser dans sa région les décisions et orientations de l'AMUF et est l'animateur de sa région.
- Il fait valider par le CA l'organigramme de son réseau régional. Il participe également aux réunions du CA élargi sur invitation et l'informe des événements notables de sa région.
- Il peut présenter la nomination d'un délégué adjoint élu en AG.
- Il est nommé par le CA pour 2 ans sur pro-

position du bureau.

Au niveau de chaque région, l'efficacité de la vie du réseau passe par la tenue de réunions régulières (au minimum trois fois par an) dont le compte rendu est transmis au CA par des contacts fréquents téléphoniques ou courriels. Les délégations ont également un rôle essentiel à jouer dans la mise à jour des coordonnées des urgentistes pour l'annuaire de l'AMUF, le recrutement de nouveaux adhérents et le recouvrement des cotisations.

Le délégué régional doit constituer un réseau de presse (écrite, radio, TV) et informer le CA de toutes publications.

#### Rôles du délégué départemental :

En fonction de la taille et de la densité de la région, le délégué régional organise le réseau avec des délégués départementaux et/ou des correspondants locaux dans chaque centre hospitalier. Ceux-ci ont la tâche de diffuser localement les orientations de l'AMUF et d'informer le délégué régional de la situation locale

et d'éventuelles difficultés.

En cas d'empêchement du délégué régional, ils peuvent le représenter.

Le délégué départemental peut également siéger au CODAMUPS.

#### Voici la liste des délégués :

- Délégué Bretagne : Mohamed SAÏDANI
   Délégué Bassa, Normandia : Christon
- Délégué Basse Normandie : Christophe MARIOTTI
- Délégué Haute Normandie : Fabrice VENIER
- Délégué Picardie : Amine MALLEMDélégué Nord : Franck LEGRAND
- Délégué Lorraine : Philippe SATTONNET
- Délégué Alsace : Jean-Marie MINOUX
  Délégué Ile de France : Bruno FAGGIANELLI
- Délégué Pays de Loire : Bertrand WEYD
- Délégué Centre : Philippe GUILLE DES BUTTES
- Déléguée Bourgogne : Dalila SERRADJ
   Déléguée Transla Compté : Christoph
- Délégué Franche Comté : Christophe
   KALETKA
- Délégué Limousin :

- Délégué Auvergne : Didier STORME
- Délégué Rhône-Alpes : Philippe CROVA
   Délégué Rhône-Alpes : Philippe CROVA
- Délégué Midi-Pyrénées : Marie ECOIFFIER
  Délégué Provence Alpes Côte D'Azur : Philippe OLIVIER
- Délégué Corse : Xavier BINETTI
- Délégué Martinique : Didier RIBOLLETDélégué Guyane : Gérald EGDMAN
- Délégué Réunion :
- Délégué Polynésie : Yann TURGEON
- Délégué Nouvelle-Calédonie : V. FARDEAU

SI VOUS VOULEZ PARTICIPER
A NOS ACTIONS,
SACHEZ QUE NOUS CHERCHONS
UN DELEGUE DE REGION EN:
AQUITAINE,
CHAMPAGNE ARDENNES,

POITOU-CHÂRENTE,
LÂNGUEDOC-ROUSSILLON!

Vous l'avez compris sans eux l'AMUF n'en serait pas là aujourd'hui...
CONTACTEZ-LES VITE SUR : www.amuhf.com !

# Formations

# AMUF

# FORMATION PROFESS



## Programme de formation profe Année universit

Date	Thème et objectifs pédagogiques
14 et 15 décembre 2006	Lecture ECG-nouveautés thérapeutiques en urgences cardiologiques  • Lecture d'un ECG en urgence : Aider l'urgentiste à lire un ECG en acquérant une méthode rigoureuse, reconnaître les signes d'ischémie aiguë, les principaux troubles du rythme et de la conduction,  • Nouveautés thérapeutiques en urgences cardiologiques : place et intérêt des anti GIIbIIIa, place des HBPM dans l'embolie pulmonaire, les nouveaux anti-arythmiques,
22 et 23 janvier 2007	<ul> <li>Urgences ORL et ophtalmologiques</li> <li>Urgences ORL : savoir diagnostiquer un épistaxis, corps étrangers dans le conduit auditif externe, dans une narine et savoir faire les gestes utiles à chaque situation. Fracture des os de la face. Suture de l'oreille, pose de trachéotomie en urgence, urgence des cancers oro-pharyngés, epiglotite, lecture scanners ORL d'urgence.</li> <li>Urgences ophtalmologiques : savoir examiner un œil et connaître les signes de gravité, savoir faire et interpréter un fond d'œil, utilisation de la lampe à fente, extraction de corps étranger, signe de gravité d'un traumatisme oculaire, exploration des plaies profondes de l'arcade sourcilière et paupière, lecture des scanners des orbites .</li> <li>Cette formation est organisée en collaboration avec le service ORL de l'hôpital Saint-Antoine et Tenon ainsi que l'hôpital des Quinze Vingt.</li> </ul>
	Lundi : théorie  Mardi : stage alternativement aux urgences ORL et ophtalmo.
Février 2007	Echographie vasculaire en médecine d'urgence  • Echographie veineuse simplifiée des membres inférieurs : savoir faire une échographie veineuse des membres inférieurs en 4 points de compression pour affirmer ou éliminer le diagnostic de thrombose veineuse profonde  • Echo-repérage et écho-guidage pour la pose d'une voie veineuse (centrale ou périhérique), mesure de la veine cave inférieure : être capable de poser une voie veineuse centrale jugulaire interne, être capable de poser une voie veineuse périphérique du membre supérieur, poser l'indication d'un remplissage vasculaire pour un état de choc en s'aidant de la mesure du diamètre de la VCI.
Février 2007	Lecture d'un scanner en urgence • Scanner cérébral : connaître les principes de l'interprétation des TDM cérébrales sans et avec injection, et reconnaître des signes d'AVC ischémique ou hémorragique, de thrombophlébite cérébrale, un processus expansif, Scanner thoraco-abdominal : connaître les principes de l'interprétation d'une TDM thoraco-abdominale, reconnaître les signes d'EP, de pneumopathie, de pneumothorax, de pancréatite, d'ischémie mésentérique, d'appendicite, d'occlusion
Mers 2007	<ul> <li>Gériatrie d'urgence, nouveautés en biologie d'urgence et désordres hydro-électrolytiques</li> <li>Gériatrie d'urgence : connaître les spécificités de la prise en charge des personnes âgées en urgence, techniques d'évaluation gériatriques en médecine d'urgence</li> <li>Nouveautés en biologie d'urgence : intérêt, indications et interprétation des dosages de la troponine, du BNP, de la CRP</li> <li>Désordres hydro-électrolytiques : maîtriser le raisonnement face à une dysnatrémie, une dyskalimie, une dyscalcémie et connaître leur prise en charge</li> </ul>
Avril 2007	Obstétrique et urgences gynécologiques  • Accouchement : reconnaître l'imminence d'un accouchement et savoir motiver sa décision d'accoucher à domicile ou aux urgences, connaître les signes d'examen indiquant un engagement pathologique, savoir faire un accouchement eutocique, savoir accoucher une présentation par le siège, poser l'indication d'un césarienne en urgence  • Agression sexuelle : connaître les techniques d'examen et les règles de rédaction d'un certificat médical après agression sexuelle, connaître les structures d'aide à la victime
3 et 4 mai 2007	Pédiatrie d'urgence Prise en charge d'un nourrisson de moins de 2 ans : savoir examiner un nouveau-né, repérer des signes de gravité du nouveau-né et du nourrisson, poser l'indication et les techniques d'abord vasculaire et maîtriser les principaux gestes de réanimation (examen du NN normal, signes de gravité du NN et du NR, voies d'abord vasculaire, MCE, VA, nébulisations, clapping, Mofenson,) Appareil locomoteur et urgences pédiatriques générales : connaître l'examen locomoteur de l'enfant en fonction de son développement, les principales spécificités traumatologiques de l'enfant, la conduite à tenir face à une impotence fonctionnelle non traumatique ; connaître la prise en charge de la déshydratation de l'enfant, des principaux accidents domestiques et des principales pathologies ORL et stomatologiques (savoir diagnostiquer une déshydratation chez l'enfant et mettre en route son traitement, connaître les spécificités de la prise en charge des brûlures, des noyades, des intoxications de l'enfant, connaître la conduite à tenir en cas de corps étranger dans l'oreille, dans le nez, dans les voies aériennes ou digestives de l'enfant, savoir diagnostiquer et traiter les dyspnées laryngées de l'enfant, connaître les critères d'hospitalisation).
Juin 2007	Exploration d'une plaie de la main Reconnaître les différents éléments anatomiques lésés et poser l'indication d'une prise en charge chirurgicale spécialisée, en partenariat avec le service de SOS main de l'hôpital St Antoine
Juillet 2007	Polytraumatisé en urgence stratégie de prise en charge, place de l'urgentiste dans le management des polytraumatisés dans la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV), traitement du choc hémorragique, place et indication de la ventilation artificielle et du drainage thoracique
En cours d'élaboration	Anesthésie locorégionale en médecine d'urgence : cuisse, pied, main, face.  • Connaître les techniques d'anesthésie loco-régionale (ALR) accessibles et utiles en médecine d'urgence, savoir poser les indications d'une ALR en urgence et connaître les contre-indications, connaître les conditions de sécurité à la mise en œuvre d'une ALR, savoir-faire une ALR du membre inférieur, du membre supérieur et de la face.

Il faut rendre hommage au travail de Philippe Leveau qui s'est engagé depuis 1998 dans la médecine d'urgence et a toujours été fidèle à la nécessité d'organiser la formation médicale continue sa avons obtenu un numéro d'agrément est quelque chose d'original, de totalement indépendant de l'industrie pharmaceutique, faite par des urgentistes pour des urgentistes.

Les six premières formations faites ont donné satisfaction et l'argent ainsi récolté nous a permis d'acquérir du matériel pédagogique et informatique. Les formations sont à chaque fois évaluées pa Nous ne saurions que vous recommander de participer à ces formations car les personnes qui y participent le font pour eux mais exercent également un véritable engagement associatif et militant ginalité. Philippe Leveau y contribue activement avec sa volonté de renouveau pédagogique et de formation. Tous ensemble, nous devons participer à la naissance de cette formation professionne



## AMUF



# SIONNELLE CONTINUE

# essionnelle continue de l'AMUF taire 2006-2007

Numéro d'activité de formation professionnelle continue : 11 91 05735 91 Délégué AMUF, Dr Philippe Leveau : leveauph@cc-parthenay.fr

Format pédagogique	Nb inscrits	Tarifs
diaporamas illustrés, ateliers interactifs, remise d'un cédérom	40	<ul> <li>Adhérents AMUF: 80 €</li> <li>Non adhérents: 190 €</li> <li>Inscription + adhésion: 170 €</li> </ul>
diaporamas illustrés, séquences vidéo, cas cliniques, ateliers interactifs, apprentissage de geste entre participants remise d'un cédérom	30	<ul> <li>Ahérents AMUF:</li> <li>80 € la journée ou 120 € les deux jours</li> <li>Non adhérents:</li> <li>190 € la journée ou 230 € les deux jours</li> <li>Inscription + adhésion:</li> <li>170 € la journée ou 210 € les deux jours</li> </ul>
diaporamas illustrés, séquences vidéo, pratique de l'échographie entre participants, puis pratique sur malades volontaires des urgences de Saint-Antoine, remise d'un cédérom	20	<ul> <li>Ahérents AMUF:</li> <li>100 € la journée ou 160 € les deux jours</li> <li>Non adhérents:</li> <li>210 € la journée ou 270 € les deux jours</li> <li>Inscription + adhésion:</li> <li>190 € la journée ou 250 € les deux jours</li> </ul>
diaporamas illustrés, cas cliniques, ateliers interactifs, remise d'un cédérom	50	<ul> <li>Ahérents AMUF : 50 €</li> <li>Non adhérents : 160 €</li> <li>Inscription + adhésion : 140 €</li> </ul>
diaporamas illustrés, cas cliniques, ateliers interactifs, remise d'un cédérom	50	<ul> <li>Ahérents AMUF:</li> <li>50 € la journée ou 80 € les deux jours</li> <li>Non adhérents:</li> <li>160 € la journée ou 190 € les deux jours</li> <li>Inscription + adhésion:</li> <li>140 € la journée ou 270 € les deux jours</li> </ul>
diaporamas illustrés, séquences vidéo, cas cliniques, exercices sur mannequin, 3h en salle d'accouchements au CHU Saint-Antoine par groupe de 3, remise d'un cédérom	20	<ul> <li>Ahérents AMUF : 120 €</li> <li>Non adhérents : 230 €</li> <li>Inscription + adhésion : 210 €</li> </ul>
diaporamas illustrés, séquences vidéo, cas cliniques, gestes techniques sur mannequin, remise d'un cédérom	30	<ul> <li>Ahérents AMUF:</li> <li>80 € la journée ou 120 € les deux jours</li> <li>Non adhérents:</li> <li>190 € la journée ou 230 € les deux jours</li> <li>Inscription + adhésion:</li> <li>170 € la journée ou 210 € les deux jours</li> </ul>
diaporamas illustrés, exploration sur mains de cadavres à la faculté des Saints Pères, remise d'un cédérom	20	<ul> <li>Ahérents AMUF : 120 €</li> <li>Non adhérents : 230 €</li> <li>Inscription + adhésion : 210 €</li> </ul>
diaporamas illustrés, séquences vidéo, cas cliniques, ateliers interactifs, remise d'un cédérom	30	<ul> <li>Ahérents AMUF : 80 €</li> <li>Non adhérents : 190 €</li> <li>Inscription + adhésion : 170 €</li> </ul>
diaporamas illustrés, séquences vidéo, ratgestes techniques, remise d'un cédérom	30	<ul> <li>Ahérents AMUF : 80 €</li> <li>Non adhérents : 190 €</li> <li>Inscription + adhésion : 170 €</li> </ul>

ns ostracisme, sans exclusion d'aucun statut ou d'hôpital ou de mode d'exercice. Ce qu'il entrepris au sein de l'Amuf et à travers la commission sur la formation médicale continue pour laquelle nous

r les participants et c'est un franc succès.

C'est un élément important du combat de l'Amuf. Notre organisation n'est pas seulement dans la revendication et le combat social, mais aussi dans une solidarité sociale qui lui donne toute son orielle élaborée par l'Amuf. Certaines dates ne sont pas encore précisées mais vous pouvez d'ores et déjà vous y inscrire.

# Syndicales

### **NOTRE POSITION**

### sur le financement des urgences : SAMU - SMUR - SAU

Lettre à Martine Aoustin, directrice de la mission T2A au ministère de la Santé

« Nous demandons le financement des services d'urgences par le MIGAC »

Philippe Olivier, membre du CA de l'AMUF

Nous ne refusons pas la logique comptable qui doit s'appliquer à toute dépense publique mais dans le même temps nous ne pouvons accepter l'application pure et simple d'un tel système dès lors que les moyens de sa mise en place ne sont pas ad-hoc et qu'il existe une dichotomie entre l'urgence pré hospitalière (le SAMU – SMUR), qui émarge au MIGAC et l'urgence intra hospitalière qui intègre le système de la T2A.

Nous nous battons à l'AMUF depuis toujours pour homogénéiser les pratiques médicales entre le pré et l'intra hospitalier, pour regrouper sous une seule bannière et éventuellement dans un pôle, les maillons d'une même chaîne, pour rapprocher deux entités historiquement issues de deux familles différentes : l'anesthésie réanimation pour les SAMU – SMUR, la médecine polyvalente et la CAMU pour les urgences intra hospitalières. Dans la plupart des structures hospitalières les Urgences et le SAMU-SMUR ne sont qu'une seule entité et les équipes mixées, pourquoi les séparer comptablement ?

Ce mariage de raison a parfois du mal à fonctionner, même si la spécialité de médecine d'urgence a vu le jour à travers le DESC, et il ne faudrait pas qu'un traitement comptable imposé par l'administration creuse à nouveau le fossé qui séparait ces deux sœurs « ennemies » au détriment des patients et de la rentabilité économique du système que vous prônez.

Vous avez voulu nous convaincre de l'intérêt, notamment financier, que nous aurions à nous maintenir dans la logique T2A. Cet intérêt, tout particulièrement sur l'évolution des tarifs peut sembler séduisant au motif qu'il pourrait avoir un effet prix - volume plus favorable qu'une simple indexation du MIGAC.

Mais ce raisonnement reste très hypothétique, la preuve en est qu'aucun service d'urgence à ce jour n'a pu « émarger » sur les éventuels « profits » que génèrent les ATU, le forfait passage, les actes et les GHS de l'UHCD. Les ATU ne sont même pas encaissés à hauteur de leur tarif, ce qui nous pénalise déjà. La facturation des actes « externes » est une incitation à faire du chiffre plutôt que de la qualité et au détriment des malades « lourds ». Les règles de facturation des ces

Faut-il aussi parler de l'archaïsme technique notamment des logiciels proposés par la plupart des hôpitaux qui ne permettent pas une saisie rapide et efficace de nos actes?

Faut-il rappeler que tout ce temps perdu se fait au détriment du temps de soin et du diagnostic auprès du malade sauf à mettre en place un secrétariat médical 24 h/24 permettant cette saisie? Pourquoi pas si nous pouvions le financer sur nos propres ressources mais tel n'est pas le cas!

Nous ne sommes pas encore une fois hostiles à l'évaluation de nos coûts mais alors que nous n'avons pas encore sorti la tête de l'eau en matière de moyens humains (nous partions de très très bas) il ne faudrait pas qu'une réforme hâtive et mal préparée nous fasse à nouveau couler et crouler sous des tâches administratives dont nous ne voyons pas réellement le bénéfice ni à court terme ni à moyen terme.

Une bonne comptabilité analytique nous permettrait de comparer les coûts réels de nos structures et montrer probablement les écarts très notables par exemple en matière de dépense médicale et para-médicale d'un établissement à l'autre : tel hôpital qui paie les chefs de clinique à « dormir » pendant qu'un petit centre hospitalier se débat pour assurer sa seule et unique ligne de garde et à des tarifs très différents.

Enfin que dire du coût de la mission de service public et de la permanence de soins qui à l'évidence ne permet pas d'envisager une véritable et saine convergence tarifaire avec le privé ?

Que dire des actes réalisés aux urgences non reconnus dans la CCAM au motif qu'ils relèvent d'une spécialité et que nous urgentistes sommes spécialistes de rien ou de tout ?

Enfin que dire de l'activité produite pour les malades hospitalisés hors UHCD à partir des urgences et qui certes permet à l'entité juridique d'engranger des GHS mais sans que cette charge de travail ne soit tout au moins pour partie évaluée au bénéfice de l'accueil des urgences.

A notre sens il eut été plus pertinent de proposer une large étude nationale de coût comme cela avait été initié lors du RPU. En effet la méthode proposée aujourd'hui s'oriente davantage vers une déclinaison des recettes pour les services d'urgence sans en analyser véritablement les coûts. Il nous semble donc plus raisonnable de remettre l'accueil des Urgences dans le MIGAC avec des contrats négociés annuellement avec les ARH dans le cadre particulier des commissions régionales sur la permanence des soins.

Dans l'attente de votre réponse recevez madame nos salutations les plus respectueuses.



actes ne sont pas « gérées » par les logiciels de nos hôpitaux qui empilent les actes sans les hiérarchiser.

Comme vous l'avez rappelé, tout un chacun travaille au service de la collectivité et les recettes « engrangées » le sont au profit des structures.

La nouvelle procédure budgétaire telle que l'EPRD a le mérite de proposer des budgets vérités mais le plus souvent présentés avec des reports de charge qui n'inciteront pas nos directions à nous proposer des marges de manœuvres même négociées comme vous le proposez. Ce manque de lisibilité est très clairement un premier obstacle majeur.

Alors soyons logiques jusqu'au bout et ne faudraitil pas installer dans les urgences des régies permettant la perception de tout ou partie des actes ?

Nous voulons bien participer au financement de l'établissement mais encore faudrait-il y trouver notre compte !

L'idée de l'Etat en la matière n'est-elle pas finalement de reporter l'intégralité de la charge de la permanence des soins dans les hôpitaux et de la facturer coûte que coûte à l'assurance maladie?

Si tel est le cas il faut le dire et nous permettre d'anticiper sur une organisation de la permanence des soins dans les hôpitaux publics totalement différente.

# NON À LA DÉLATION témoigner ou se taire ?

Le code de déontologie et le serment d'Hippocrate sont des valeurs essentielles à l'exercice de la médecine. On ne peut déroger à ces principes fondamentaux. Ce qui s'est aux urgences de l'hôpital de Nantes il y a quelques jours est un exemple de banalisation des transgressions du secret médical, du code de déontologie et de l'éthique. Que des administratifs rappellent la police pour venir chercher une femme sans action a été reconduite aux Pays-Bas, pays qu'elle fuyait car elle y était torturée par un réseau de prostitution, doit nous conduire à réfléchir sur notre métier et pourquoi nous le faisons. Les services d'urgence ont une singularité. Au carrefour des problèmes de la civilisation, de la santé, des évènements sociologiques, politiques... Heureux les imbéciles qui pensent qu'on peut empêcher les pauvres, les étrangers, les petits maux, les patients difficiles, les fous... de venir aux urgences. Comme si un service d'urgence pouvait être un endroit idéal. Nous sommes confrontés à des situations très complexes et où probablement la pression de la police pour exercer une répression ou violer le code de déontologie ou les procédures ou le secret médical est facilitée. Or il faut résister à la délation des malades, au refus de soigner le pauvre, le pénible, l'agressif, le sans papiers, le sans logis.

En tant qu'organisation syndicale nationale, nous nous inscrivons dans les principes des naissances des syndicats au lendemain de la libération de la France et des différentes chartes de 1945. Nous ne pouvons accepter ce qui se passe actuellement notamment pour les enfants sans papiers. C'est pour cela que nous soutenons l'action du réseau Education sans frontières et nous appelons nos adhérents à faire leur travail dans le respect de l'éthique et de la déontologie, comme cela a toujours été le cas. Nous ne sommes pas des agents de police. Par ailleurs, nous rejoignons l'union syndicale des psychiatres qui dénonce l'amendement à la loi sur la sécurité permettant les arrestations dans les blocs opératoires et les salles d'attente. Nous avons déjà dénombré quatre arrestations dans les salles d'attente des services d'urgence, dont une aux urgences psychiatriques de Sainte Anne en juin dernier.

 $www. educations ans frontieres. org\\ www. uspsy. fr$ 



## RÉVEILLONS

#### nos consciences

En 1998, la loi Chevènement sur le droit de séjour des étrangers en France autorisait les étrangers malades à résider en France dès lors que la non prise en charge, dans leur pays d'origine, de leur état de santé risquait d'entraîner « des conséquences d'une exceptionnelle gravité ». En 2005, pas moins de 6300 personnes ont dans ce cadre pu bénéficier d'une carte de séjour, selon un rapport de l'Igas.

Un projet de circulaire émanant du ministère de l'Intérieur veut revenir sur ce principe et restreindre les possibilités d'accès aux traitements et aux soins pour ces personnes. Il stipule en effet qu'à partir du moment où le traitement existe dans le pays d'origine de la personne concernée, cette dernière n'a pas à être régularisée sur le sol français. Or, que le traitement existe est une chose, mais que le malade puisse y avoir effectivement accès en est une autre.

D'autant plus que selon le projet de circulaire, il appartiendrait aux Préfets de déterminer, sur la base de documents pré-établis pays par pays, s'il existe a priori ou non un traitement pour le malade dans son pays d'origine. Et ce, après que le médecin inspecteur ait notifié au Préfet « des indications suffisantes sur la gravité de la pathologie. » Quid du respect du secret médical dans cette affaire ? L'encouragement à la délation, là encore, bat son plein.

L'Observatoire du droit à la santé des étrangers (www.odse.eu.org) a d'ores et déjà adressé un courrier à Jacques Chirac, l'enjoignant d'intervenir auprès du gouvernement pour que ce projet ne voit pas le jour, en vertu du principe d'équité dans l'accès aux soins et du droit des malades, de tous les malades. Il dénonce « le

renoncement à ce qui a longtemps été présenté comme une « raison humanitaire » et l'acceptation de laisser renvoyer dans leur pays des malades qui y mourront faute de soins appropriés ». La communauté médicale dans son ensemble se doit de rejoindre l'ODSE dans ce combat, nous ne saurions accepter une telle évolution de société. Nous sommes médecins pour tous les malades.

Cette dernière poussée dans le sens de la sélection des malades est à relier d'une part, aux études récentes du fonds de financement de la CMU (www.fonds-cmu.fr) et de Médecins du monde (www.medecinsdumonde.org) qui révèlent les difficultés d'accès aux soins des pauvres en France et d'autre part, à la dénonciation d'une personne sans papiers par un agent hospitalier du CHU de Nantes. Les médecins n'ont pas à être les suppôts du ministère de l'Intérieur ni à faire de la discrimination parmi les patients. Leur mission est de soigner. Rappelons simplement l'article 7 du Code de déontologie médicale : « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soit leur origine, leurs m?urs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur

Il doit leur apporter son concours en toute cir-

constance.

Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.

# Syndicales

# Syndicales

# SI J'AURAIS SU, J'AURAIS PAS VENU\*? (\* La guerre des boutons)

Je suis né pauvre, au milieu du siècle dernier, au milieu des vaches, loin du confort et de la civilisation

J'aurais pu être curé et pourquoi pas Pape ? J'aurais pu être grand chef scout, Baden Powell des temps modernes ?

J'aurais pu être psychiatre ou psychanalyste? J'aurais pu être orthopédiste ou pire encore... Urgentiste, pour moi, c'est un peu tout ça et

beaucoup plus, bien sûr.

C'est très prenant : ma femme et mes enfants m'ont beaucoup attendus, même quand j'étais là. Premier poste d'urgentiste contractuel en 1984 aux urgences de Lorient.

Mais la Cour des Comptes s'est écriée : c'est illé-

Deuxième poste : assistant-adjoint en 1985, aux urgences de Vannes.

Mais le conseil de l'Ordre s'est offusqué : il va

nous piquer nos patients!
Troisième poste, en 1990, aux urgences chirur-

gicales du CHU de Caen.

Mais le doyen s'est inquiété : je suis contre l'urgentiste, surtout en traumatologie. Je ne veux pas de cette spécialité. Si vous avez un procès, vous serez indéfendable.

Heureusement, les directeurs m'ont ouvert chaleureusement les bras, voyant se raréfier les plaintes, auparavant nombreuses sur leur bureau. Je ne me suis pas retrouvé dans l'élitisme de la société savante et de son syndicat.

Et puis, oh miracle, est apparu Patrick Pelloux, avec ses idées généreuses et novatrices.

Ouf! Je ne serais donc pas le seul vilain petit canard sur cette terre?

Avec lui, j'ai mené quelques combats, ferraillant à ses côtés :

Patrick, gardes toi à droite, gardes toi à gauche

Quatrième poste, en 2001, dans l'unité d'accueil traumatologique du CHU de Nantes, théoriquement en « positive attitude » avec les orthopédistes

Pourquoi cette conviction saugrenue m'a-t-elle toujours poursuivi, à savoir de chercher à faire s'entendre les urgentistes et les orthopédistes ? Là aussi, au delà de certaines prises de positions « indécrotables », sectaires et doctrinaires,

j'ai eu le plaisir de découvrir de grands amis comme les urgentistes Jean Jacques, de Grenoble et Michel, de Poitiers ou les orthopédistes, Hervé, de Rennes et Thierry, de Paris.

Si le congrès de traumatologie de l'urgentiste, de Grenoble, avait été baptisé, aurais-je eu l'honneur d'en être le parrain ?

Surtout, que cette petite flamme ne s'éteigne pas! Rendez-vous dans 2 ans au Futuroscope de Poitiers

Qu'est devenu l'urgentiste au cours de ces vingt

Un vrai professionnel, exerçant un vrai métier, technique et relationnel, de plus en plus complexe ?

Ou bien un pataugeur dans son cloaque, chef de rien, si ce n'est du sphincter de l'hôpital ouvert à tous vents, portant sur son dos, couche après couche, un lourd fardeau?

Les dés ne sont-ils pas pipés quelque part ? Personnellement, je ne me poserai plus ces questions, car à prendre trop les choses à cœur, mes coronaires y ont laissé leur peau. Pleins de combats sont encore à mener, comme, par exemple, faire reconnaître la pénibilité du travail aux urgences.

MEDECINS ETRANGERS,

JOUEZ AU FOUT YOUS GAGNEREZ

L'urgentiste croit naïvement qu'une reconnaissance lui sera rendue. Mais, comme pour le poilu au front, les gens de l'arrière n'en n'ont rien à faire, y compris quelquefois le chef de service dans son bureau, qui pense à lui ou au dogme de la « Grande Spécialité » et de la « gestion comptable », en sacrifiant ses troupes.

Il faut aussi -vaste chantier- repenser toute l'organisation du système de santé ainsi que la mentalité de la médecine, abatardie par un atavisme familial...

J'ai commencé ma carrière en 1984, année de mise en place du statut de PH. Je la termine en 2006, année du démantèlement des PH, à moins que vous ne vous battiez encore et encore....

Aux armes, citoyens urgentistes d'en bas!

**GUY JEGO** 

### LA COMMISSION STATUTAIRE DE JUIN

Il s'agit de la plus belle escroquerie qu'il m'a été permis de connaître. On nous a fait croire que la représentativité médicale était faite en fonction des élections. Si l'on pouvait reprendre le slogan de mai 1968, ces élections en seraient un véritable exemple : « élections, piège à con ». Je suis tombé dedans, certes, mais il est intéressant de voir comment les gouvernements successifs ont réussi à acheter la bonne conscience des organisations de praticiens hospitaliers en leur faisant croire que de siéger à cette commission avait de l'importance.

Vous recevez environ 100 kilos de papier correspondant à l'ensemble des CV des médecins qui seront nommés PH dans l'ensemble des hôpitaux. Un matin, vous vous rendez à 7h30 au ministère pour en ressortir vers 20 heures. L'ensemble des corps administratifs et des différentes directions des hôpitaux est présent, le tout présidé par un haut magistrat et en face, se trouvent les deux représentants de la CPH, le représentant de l'INPH, le représentant de la CMH et moi-même. Il y a débat sur les cas litigieux ou posant un certain nombre de problèmes. Il est à noter que les problèmes apparaissent souvent à la frontière entre des difficultés de personnalités mais aussi de racisme, de chefs de service despotiques, de conflits à l'intérieur de la communauté hospitalière... Et donc il y a débat et nous défendons très souvent l'ensemble de ces médecins. Il est très difficile de convaincre l'administration qui a décidé de ne pas nommer untel ou untel. Force est de constater qu'au

moins de juin, je me suis battu pour un gériatre de Fontainebleau. Malgré le vote de la commission nationale statutaire en faveur de sa nomination, le cabinet du ministre, sur influence d'un des responsables de la CME de l'hôpital de Fontainebleau et l'appui du député UMP de la ville, a fait changer la décision...

A travers cet exemple, il est facile d'imaginer que le véritable travail fait par cette commission est inutile puisque les réseaux d'influence dans notre pays détruisent toute logique et finalement justice. Une fois de plus, cette commission nationale statutaire montre ses limites et il convient d'avoir une réflexion globale sur les instances de représentativité sociale et le travail qu'on doit y faire. Il existe néanmoins un contre-exemple

avec notre collègue de Boulogne-sur-mer qui est d'une grande compétence et qu'un grand docteur de son hôpital avait décidé de véritablement la harceler sur sa nomination de poste. Mon intervention au sein de cette commission a permis d'éviter qu'elle perde sa nomination.

Avec la réforme de la nouvelle gouvernance, on peut se poser la question de savoir ce que fera le centre national de gestion par rapport à cette commission nationale statutaire qui semble de plus en plus inutile...

Patrick Pelloux

### VISITE EN POITOU-CHARENTES le 27 juin 2006

Une délégation AMUF, composée de Patrick Pelloux, Bruno Faggianelli, Isabelle Aune et Frédéric Pain s'est rendue au nord de la région Poitou-Charente pour rencontrer les urgentistes et les syndicats des personnels de santé peu avant l'été.

La visite a été très positive. En effet, ils se sont rendus aux urgences des hôpitaux de Niort, de Montmorillon mais également aux urgences de la Polyclinique de Poitiers.

De ces rencontres, deux points litigieux ont été soulevés par les personnels soignants.

A Niort tout d'abord où les pédiatres et les syndicats du personnel ont soulevé le fait que le directeur de la Polyclinique « Inkermann » avait demandé au directeur de l'hôpital de Niort de faire en sorte que, de temps en temps, les pédiatres de l'hôpital public aillent remplacer les pédiatres de la polyclinique en congés

Stupéfiant : les pédiatres du public devaient se rendre sur leur temps de travail à la polyclinique pour combler le tableau de garde du privé!

A Montmorillon, nous avons pu rencontrer les deux urgentistes présents ce jour-là. On pouvait se rendre compte de leur inquiétude s'il s'avérait que le ministère de la Santé valide le fait qu'en deçà de 8000 passages par jour les services d'urgences allaient être fermés. En effet, alors que l'hôpital de Montmorillon ne fait que 7500 passages par jour, il couvre un territoire sanitaire que l'on peut qualifier de désert médical. Puisque la permanence de soins des libéraux n'existe plus dans cette région du sud des Deux-Sèvres - limitrophe avec l'Allier - et que l'hôpital le plus proche est le CHU de Poitiers, à plus de 50 km de Montmorillon et donc pour certains usagers à plus de 100 km. Autant dire que cet hôpital a un véritable rôle de garant sanitaire et qu'il serait donc souhaitable de le conserver avec une implication forte des tutelles de manière à ce qu'il reste attractif pour les praticiens et qu'il conserve une qualité de prise en charge optimale pour les patients, sans risque d'être phagocyté par le CHU de Poitiers.

Enfin, nous ne dirons que quelques mots sur l'organisation brillante de la Polyclinique de Poitiers. Les urgentistes, deux pour 45 passages par jour, se sont complètement intégrés à une équipe de plus de vingt radiologues, avec des chirurgiens également très présents. Le fonctionnement privé/public est déjà bien enclenché à cet endroit.

### **VOYAGE AU SUD DE L'AUVERGNE**

### en avril dernier...

Lors de notre périple en Auvergne du sud, Patrick Pelloux et moi avons été chaleureusement accueillis par les urgentistes d'Aurillac et de Mauriac. Nous avons apprécié la libre expression à l'intérieur de cette équipe où les points de vue peuvent être exprimés vigoureusement avec, semble-t-il, une bonne qualité d'écoute. Ce service d'urgence est très tonique, mais il rencontre des difficultés pour faire vivre « officiellement » son UMJ (Unité Médico-Judiciaire). Ici comme ailleurs, la bonne volonté ne peut suffire à pérenniser un service rendu à la population. De plus, la structure d'urgence se demande si elle pourra continuer à utiliser l'hélicoptère sanitaire au-delà de juin, les fonds n'étant pas encore débloqués.

Lors du débat sur le statut des PH, nous avons pu constater la participation des autres praticiens hospitaliers et le sérieux avec lequel chacun analyse la situation délétère future. Cela montre que les PH ont réfléchi plus loin que leurs organisations « représentatives ». Ces visites sont très revigorantes pour nous « amufiens », elles permettent de mesurer l'implication des PH dans la volonté de conserver la notion de service public pour le bien de la population.

Ensuite, nous avons été accueillis à Saint-Flour, et là, j'ai une pensée particulière pour Denis

Duchamp et ses collègues qui nous ont fait participer à la CME, en organisant une suspension de séance à notre arrivée. Ce qui est une première dans les annales de l'AMUF. Cela avait un côté surréaliste d'être reçus et écoutés avec attention par l'ensemble des médecins hospitaliers sur les sujets comme les pôles et le statut, avec un directeur renfrogné caché derrière son ordinateur. L'hôpital de Saint-Flour a, au sujet des pôles, eu une initiative intéressante. En effet, un seul pôle gère l'ensemble des services hospitaliers. La taille de cet hôpital permet cette démarche positive de l'ensemble des acteurs.

Bien entendu, je vous fais grâce de la crevaison, sans roue de secours, à Vichy, le matin avant de partir et de l'amour immodéré de Patrick pour le fromage d'Auvergne.

Ces voyages sont pour nous primordiaux, en accord avec notre conception d'un syndicalisme de terrain. Le temps nous limite malheureusement pour nous rendre efficacement dans toutes les structures d'urgences. Prochainement, nous irons probablement à Montluçon. En effet, l'ensemble de cet hôpital est en difficulté, et nos amis urgentistes, le sont particulièrement.

Amufalement vôtre. Didier Storme, délégué régional AMUF auvergne.

# Syndicales

### **URGENCE AUX URGENCES DE BOULOGNE-SUR-MER**

#### Comment en est-on arrivé là ?

Des médecins urgentistes en nombre insuffisant, débordés, des délais d'attente toujours trop longs pour les malades. La tension monte aux urgences de l'hôpital. » Cette formule était à la une de l'hebdo local du 1er mars 2006.

La médecine d'urgence est une spécialité passionnante mais dont la pénibilité doit être reconnue par nos confrères et nos gestionnaires. À Boulogne-sur-Mer, à défaut de la reconnaître, notre environnement administratif nous la rappelle au quotidien et ne cesse de l'aggraver.

Depuis trois ans nous avons ainsi pu essuyer les démissions successives de 3 collègues et amis dont le chef de service, présents depuis environ dix ans chacun et tous fuyant la médecine d'urgence. Ecœurés ou vidés, ils s'en sont allés vers d'autres spécialités. Ont-ils quitté la médecine d'urgence ou les urgences de Boulogne-sur-Mer? Les deux, je pense... mais l'un a contribué à entraîner l'autre.

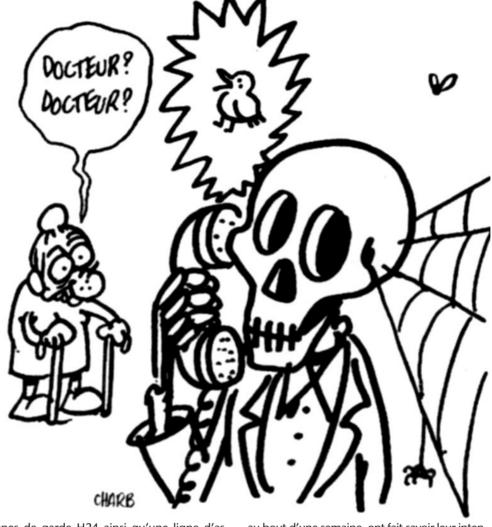
A l'aube de 2005, nous étions encore 10.5 ETP dans l'équipe pour un objectif minimal de 12.6 ETP. Notre nouveau chef de service, urgentiste des premières heures à Boulogne-sur-Mer avait su redonner de l'élan à l'ensemble du service et renouer le dialogue avec la machine administrative, du moins, il le pensait... A force d'abnégation, il avait su recruter un nouveau collègue. Il nous dira plus tard que ce ne fut non sans mal. Il s'agissait d'un praticien candidat au concours de PH, recruté PH contractuel 1 er échelon parce que certains ont jugé que le service d'urgence n'était pas une priorité dans l'établissement.

Pour parfaire le système, notre administration a saisi l'occasion de la pénurie d'internes dans les départements 59 et 62 pour supprimer les quatre postes d'internes et utiliser le budget pour reconnaître d'une part l'activité continue de la ligne de SMUR et la financer, et d'autre part financer le temps additionnel engendré par le manque d'effectif constant et s'aggravant depuis quelques années.

En effet, cela faisait trois ans que les lignes de garde de SMUR ne comptaient pas autant d'équivalent heure/demi- journée que les lignes d'urgence : Ainsi 24 heures d'urgence comptaient pour cinq DJ alors que 24 heures de SMUR, elles, rapportaient quatre DJ. Pourtant, le SMUR ne ferme pas entre midi et deux ni entre 20 h et 22 heures et en dehors des temps de sortie, le médecin SMUR a la charge des soins externes.

A la fin de 2005, un nouveau collègue tire sa révérence, encore un pilier du service, présent depuis treize ans, connu et reconnu de tous. Lui, il rejoindra la gériatrie.

Nous voilà donc réduits à 9.5 ETP pour assurer la permanence des soins d'un bassin de vie de 80 000 habitants avec en moyenne 35 000 entrées par an et remplir quotidiennement deux



lignes de garde H24 ainsi qu'une ligne d'astreinte opérationnelle.

Mission impossible! Que fallait-il décider? Se taire à nouveau et augmenter notre temps de travail. Certains collègues comptaient déjà quelques 130 nuits passées à l'hôpital en 2005... Autre solution, oser se rebeller! C'est la deuxième solution que nous avons choisie.

Dès décembre 2005, sur les conseils du délégué local AMUF, bien épaulé par le délégué régional Régis Garrigue (qui s'est déplacé pour rencontrer la direction) et d'autres références comme Didier Storme, Pierre Poles ou Bruno Faggianelli, nous avons envoyé un courrier individuel stipulant que nous nous limiterons à nos obligations légales en terme d'horaires, à savoir « 48 heures hebdomadaires lissées sur quatre mois ». Ainsi, nous avons rendu pour la première fois une liste de garde à trous sur la ligne urgences à partir de mi-janvier pour permettre une négociation éventuelle. En vain, la veille de la première journée de litige, nous avons vu pleuvoir les assignations auxquelles nous nous sommes dans un premier temps soumis. Puis quelques collègues, au bout d'une semaine, ont fait savoir leur intention de ne plus se soustraire aux assignations. Des praticiens des étages ont du au pied levé assurer la ligne de garde d'Urgence, non sans avoir au préalable accusé à tort ces urgentistes d'abandon de poste ( intelligemment, ils avaient attendu l'arrivée d'un autre praticien pour la relève). Bien sûr les praticiens des autres services n'ont pas tenu longtemps. Les nuits aux urgences seraient-elles pénibles ?

L'administration a eu recours à l'embauche sauvage de mercenaires recrutés dans les rangs des médecins généralistes libéraux assurant une présence habituellement jusqu'à minuit à la maison médicale, ce qui a permis de donner de l'eau au moulin des syndicats de médecins libéraux engagés dans le lynchage de Patrick Pelloux dans son conflit avec le Conseil de l'Ordre.

Ce nouveau dénouement, notre chef de service, attaché à l'intégrité de la médecine d'urgence et à la reconnaissance de notre spécialité, ne l'a pas supporté. Mis en difficulté dans sa fonction de garant de la permanence de soins, il démissionne.

L'administration ne prend pas la peine de rechercher un éventuel successeur urgentiste mais nous gratifie de la nomination du chef de la réanimation afin de nous mettre sous tutelle : la nouvelle gouvernance et l'avènement des pôles avant l'heure, la dissolution de la médecine d'urgence!

La directrice nous dira d'ailleurs en réunion que c'est SON choix et annoncera la nomination de ce nouveau chef dès février à l'ensemble du service ainsi qu'à la presse pour le 1er mars alors que la candidature unique ne sera discutée qu'à la CME de mi-mars... Etonnant : la CME de Boulogne ou l'utilisation de l'article 49/3!

Depuis, la prestance de notre nouveau chef, sa réputation et son autorité nous ont fait rentrer dans le rang. Une réunion d'information sur les contingences budgétaires liées à l'activité du service nous a été imposée par l'administration en présence de notre nouveau chef. Lors de cette réunion, il était stipulé qu'aucun point de polémique ne pourrait être abordé sous peine de suspension de séance. De même, présent à la répartition de garde de mars, notre chef ne nous a pas laissé l'occasion d'évoquer notre intention de ne pas travailler au-delà des limites légales des 48 heures, arguant qu'il s'était engagé auprès de la directrice pour que tous les plannings soient bouclés coûte que coûte... Ainsi, nous tournons tous en moyenne à environ...

Dernier événement en date, dans le cadre de l'évaluation des fins de période probatoire de PH nommés au concours de 2005, celuici avait l'intention de ne titulariser aucun des quatre candidats (soit 40% d'un effectif médical déjà insuffisant !) pour « montrer de quoi il est capable et leur montrer que rien n'est acquis ».

Après avis auprès des deux PH titulaires, son intention se portait sur deux d'entre nous, l'un étant d'ailleurs délégué syndical local ! En définitive, un seul passe à la trappe. La souscommission du personnel médical s'est réunie en présence du chef de service et de la direction. Celle-ci a confirmé l'intention du chef de service et la CME a suivi dans la foulée et ce, trois mois avant l'échéance de la période probatoire.

Tout ceci aura au moins eu le mérite de prouver que le syndicalisme n'est pas mort et de grossir les membres de l'AMUF à Boulogne-sur-Mer ! Merci à la direction de Boulogne-sur-Mer de nous fournir avant l'heure une illustration de ce que sera l'hôpital public et le statut du praticien hospitalier sous la prochaine gouvernance

Franck Legrand

### **PARTENARIAT AMUF**

# avec l'Association d'Aide au Développement de la Médecine d'Urgence en Afrique (ADMUA), Cotonou (Bénin).

Partenariat avec l'Association d'Aide au Développement de la Médecine d'Urgence en Afrique (ADMUA), Cotonou (Bénin).

L'ADMUA a co-organisé avec le SAMU du Bénin le 2è congrès de médecine d'urgence en Afrique francophone sub-saharienne, Africa 2006. Ce congrès a rassemblé plus de 300 congressistes d'une quinzaine de pays différents, du 20 au 22 juin, en partenariat avec l'AMUF qui a fourni des cédéroms. Le Dr Philippe Leveau est intervenu en particu-

lier au cours de deux ateliers, répétés, du 20 au 23 : un atelier d'aide à la lecture d'un ECG en urgence et un atelier d'apprentissage à l'anesthésie locorégionale de la cuisse et de la main.

Ces sessions de formation étaient adaptées aux spécificités locales, que ce soit au niveau des pathologies (l'accent n'était pas porté sur le syndrome coronarien aigu mais plutôt sur les troubles du rythme, de la conduction et les intoxications) ou au niveau des possibi-

lités matérielles (il est inutile d'approfondir le bloc iliofascial puisque les aiguilles à bout mousse ne sont pas disponibles). Chaque session a regroupé entre 40 et 50 congressistes l'après midi, après une matinée de conférences plénières. Les séances étaient très intéractives sur un mode questionréponse, avec une évaluation en fin de séance. Une première analyse montre que la formation ECG a été globalement appréciée (3 points sur 4), et que de nombreuses personnes l'on trouvé peu adaptée puisqu'elle

s'adressait à des urgentistes alors que la moitié de l'auditoire était composé d'infirmiers anesthésistes, piliers de l'organisation de la médecine d'urgence au Bénin. Le formation ALR a en revanche été très appréciée pour son côté très interactif et très pratique. Cette expérience de coopération sera poursuivie annuellement. D'autre part, nous avons participé à la réunion de l'assemblée constitutive de la Société Africaine Francophone de Médecine d'Urgence (SAFMU).

## LA SANTÉ LA SANTÉ LE SORT DES MÉDECINS DES HÔPITAUX à la loupe

Madeleine Estryn-Behar, médecin du travail à St Louis, a lancé une enquête sur la pénibilité du travail chez les médecins hospitaliers, après s'être penchée sur les paramédicaux. Elle recherche actuellement des hôpitaux qui accepteraient de participer à cette étude. C'est un sujet qui recoupe notre problématique d'analyse de la pénibilité dans le secteur de la médecine d'urgence. Une étude de ce type nous aiderait à étayer nos revendications.

Madeleine Estryn-Behar a publié en 2002, aux éditions Masson, un ouvrage intitulé : « Risques professionnels et santé des médecins ».



Le samedi 4 novembre, avaient lieu les 5<sup>ème</sup> rencontres de la défense des hôpitaux de proximité à Gisors. Ce fut une rencontre très riche avec des représentants qui n'appartiennent pas au corps médical mais bien souvent aux unions des familles de France et à des organisations syndicales. Nous avons pu saluer le responsable des urgences de Gisors qui est un adhérent de l'Amuf. L'hôpital de Gisors était au bord de la fermeture. Mais, par la contractualité entre des hôpitaux de la région, ses consultations de chirurgie et son activité de chirurgie ambulatoire ont pu être relancées. Une nouvelle dynamique a permis d'éviter la fermeture de cet hôpital, qui compte 16000 passages aux urgences chaque année 460 sorties de Smur, faisant de cette structure un exemple de service d'urgence d'une ville de moyenne

grandeur. Nous avons tenu un débat très vivant et

convivial devant 300 personnes. On compte aujourd'hui quelque 120 hôpitaux menacés de fermeture et beaucoup d'entre eux ont des services d'urgence ou des samusmur. C'est la raison pour laquelle il est très important que l'Amuf reste dans ce débat.



## LA PÉNURIE ORGANISÉE Par le collectif des étudiants en médecine d'urgence

Nous le savons tous, la médecine d'urgence est malade du manque de vocations qu'elle suscite. La pénurie actuelle de médecins urgentistes en France n'est plus a démontrer, 50 % des praticiens exerçant en SAU sont des médecins étrangers, sous payés, exploités. Les raisons de cette pénurie sont nombreuses, allant des revenus limités de l'exercice hospitalier à la violence quotidienne subie dans les services d'urgences. On pourrait donc penser que les autorités bien pensantes responsables de la santé en France y verraient un sérieux problème et s'organiseraient pour lutter contre ce fléau : il n'en est rien! Tout est fait pour décourager les plus jeunes qui auraient l'idée saugrenue de se lancer dans cette voie :

A l'heure de la mise en place du DESC de médecine d'urgence, tout est fait pour rendre son accès impossible aux internes de médecine générale. L'an prochain, sur Paris, 40 places seulement sont disponibles, 40 places pour plus de mille internes de médecine générale... sans compter les spécialistes pour lesquels le DESC ne sera qu'un titre de plus à ajouter sur le CV (pourquoi

aller travailler de nuit en SAU pour un salaire de misère quand on connaît celui d'un anesthésiste libéral ?). Pourtant, comme prévu, les places ont été accordées en priorité aux anesthésistes réanimateurs, et tant pis pour les internes de médecine générale. « Le DESC est fléché pour les IMG » entendions nous partout l'année dernière : pour valider la maquette du DESC il faut faire des stages en SMUR et réanimation. Or, la quasi totalité de ces stages a été retirée du choix pour les résidents lors de la dernière session. La maquette devient donc de fait irréalisable, et le DESC avec...Les syndicats d'internes de médecine générale entendent lutter contre le désamour pour la médecine de ville en empêchant leurs membres d'accéder aux DESC, et en particulier celui de médecine d'urgence. Comme d'habitude les médecins vont eux même se tirer une balle dans le pied en jouant la carte de la division, chacun prêchant pour sa paroisse, et comme d'habitude au final nous seront perdants tous ensemble.

Monsieur Paul

## **UNE ENQUÊTE** QUI DÉCOIFFE

Le docteur Cécile Barret et le docteur Isabelle Aune vont faire une enquête tout à fait originale sur l'état moral des urgentistes. Nous avons choisi comme angle, la sexualité. En effet, il est apparu, au regard du stress, des situations sociologiques, que les difficultés du corps urgentiste dans son travail et dans son statut doivent se ressentir dans cette problématique intime. Il ne s'agit pas d'une enquête à caractère pornographique mais bel et bien de connaître le retentissement des conditions de travail sur la sexualité, les fausses couches, les divorces,...

Il est important qu'une organisation syndicale comme la nôtre développe ses outils d'information professionnelle. Nous devons être complètement originaux et nous intéresser à des domaines que rarement les autres organisations sociales ont explorés. Dans les années futures, le syndicalisme devra être de plus en plus sur un accompagnement sociologique de ses adhérents dans tous les aspects de leur vie sociale. Et finalement, quoi de mieux que d'explorer chez les urgentistes un sujet aussi tabou que leur sexualité afin de savoir si leur travail permet un épanouissement de leur existence ou si sans le voir, nous avons une baisse de la qualité de nos existences.





# UNE POLITIQUE RÉGIONALE pour les structures en lle de France

## Par Jean-Yves Grall, conseiller général des hôpitaux, chargé du suivi du plan Urgences

Depuis 2003, à la suite du mouvement initié par les médecins urgentistes en Ile-de-France, l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ilede-France a mis en œuvre une politique d'amélioration des conditions d'accueil dans les structures d'urgences en lle-de-France (hors AP/HP), en concertation avec les organisations représentatives des médecins urgentistes. Six principes d'action ont présidé à l'attribution de moyens:

1 Augmenter quantitativement et équitablement entre établissements les effectifs à partir d'un état des lieux réalisé par l'ARH établissement par établissement

2 Stabiliser les équipes, garantie de qualité des soins, en permettant aux titulaires du concours d'accéder à des fonctions de praticien hospitalier dans leur établissement.

3 Adapter les statuts en fixant comme objectif un taux de 50 à 60 % d'ETP médecins sur le statut de praticien hospitalier (surtout PH temps plein mais aussi temps partiel)

4 Insérer les équipes médicales des structures d'urgences comme partie prenante dans les instances de leurs établissements, par la mise en œuvre de statuts de praticiens hospitaliers

**5** Favoriser les organisations Urgences-SMUR avec mutualisation des médecins sur les différentes lignes de permanence

6 Créer les conditions de maintien et développement des compétences par des organisations interhospitalières.

Les leviers permettant la mise en œuvre de ces principes ont été au nombre de quatre :

1 Les crédits ARTT médicale 2004 et 2005 : sur la base des constats effectués lors de ses réunions avec les établissements, l'ARH en accord avec le comité de suivi ARTT d'Ile-de-France a « fléché » certains postes médicaux sur des services ou activités qui lui apparaissaient indispensables et ainsi ne pas devoir être soumis aux aléas de choix internes.

2 Un enveloppe de l'ARH en vue de réaménagements statutaires

3 La création de postes à temps partagé entre des établissements siège de SAMU et des services d'urgences-smur de plus petits établissements (Essonne, Seine et Marne).

4 Le plan urgences, plutôt centré sur des effectifs paramédicaux en ciblant deux priorités : les services d'urgences du Nord-Est parisien (Seine St Denis, Seine et Marne, Val d'Oise), les organisations mutualisées urgences-smur)

Si des efforts sont à poursuivre, l'établissement d'un plan d'action concerté et assis sur des orientations nettes a permis d'améliorer la situation qui prévalait en 2003. Des options qualitative et coopérative sont à affiner, véritable enjeu de maintien et d'amélioration



### DOCTEUR PATRICK SAUVAL, PH

#### **SAMU de Paris**

Il y a des nouvelles que l'on n'aimerait pas apprendre et encore moins écrire. Ce qui s'est passé le 6 octobre au Congrès de Samu de France à Nice a fait de la peine à l'ensemble de la communauté des urgentistes. Patrick Sauval nous a quittés la veille d'une intervention qu'il devait faire à ce Congrès. Pour ceux qui le connaissaient de loin, il était quelqu'un de très disponible, courtois, et d'une grande volonté de faire avancer le savoir de la médecine d'urgence. Il était connu pour avoir participé au niveau national à de nombreux travaux sur les catastrophes, les situations évènementielles, les protocoles sur les infarctus du myocarde, la régulation... Dans l'ensemble de ces domaines, il a su montrer sa richesse intellectuelle et sa grande compétence.

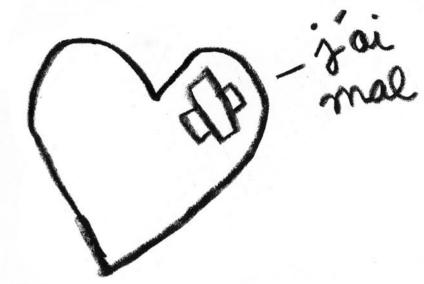
Pour ceux qui lui étaient proches, son amitié était sans faille. Je me souviens que les jours où je l'avais au téléphone, étant aux urgences et lui en régulation, la conversation était toujours conviviale et nous la terminions toujours par : « Il faut qu'on bouffe ensemble... »

Il avait une immense valeur humaine, attachant à l'exercice dans le service public hospitalier des valeurs qu'il voulait voir contemporaines et présentes dans l'esprit des jeunes générations d'urgentistes.

Nous nous associons à la peine et au vide qu'il laisse dans les esprits et les cœurs de l'ensemble des personnels du Samu de Paris et nous nous devons de ne pas oublier cet homme, ce médecin, cet ami qui a consacré sa vie à la médecine d'urgence et à sa famille. Je garde cet hommage que lui a rendu son jeune fils lors de la cérémonie : « Nous n'entendrons plus ses clés ouvrir la porte de l'appartement et nous n'oublierons pas papa qui dormait toujours sur le canapé devant un DVD les samedis après-midi, après une garde, en nous expliquant peu avant qu'il n'était pas fatigué. »

Je souhaite que les femmes et les hommes qui travaillent dans les services d'urgence n'oublient pas la nécessaire qualité de leur vie, la convivialité, le respect des autres. C'est ainsi que l'enseignement et le partage des idées de Patrick Sauval ne resteront pas dans l'oubli.

Patrick Pelloux



L'engagement syndical est un engagement citoyen. On a souvent dit « Pelloux est de tel ou tel parti politique ». Je ne suis candidat à rien, sinon à poursuivre le combat pour une existence sociale du monde médical hospitalier. C'est vrai que nous nous heurtons à de vieux conservateurs bien introduits dans les milieux autorisés, qui ne sont pas si éloignés des courtisans des cours des Rois de France et tous ces petits minets de salon qui n'ont d'égal que votre vieux paillasson. C'est très difficile de faire bouger ces quelque 400 syndicats différents, surtout que leurs leaders ne représentent qu'eux-mêmes et qu'ils n'ont pas envie d'évoluer. Adhérer à l'Amuf n'est pas quelque chose de passif, cela veut dire participer aux débats et tenter de s'investir. Il est évident que ce n'est pas du tout dans la culture du monde médical car la formation des médecins est une formation stérilisante et relativement égoïste vis-à-vis des problèmes extérieurs à la médecine. Alors, évidemment, des personnes souffrant d'un vieillissement précoce de leur intelligence comme ce fameux professeur d'orthopédie de Lariboisière, ne peuvent pas comprendre mon engagement.

Je dois vous confier aujourd'hui que j'ai fini par comprendre la haine que me portent un certain nombre de personnes et qui vient du fait qu'ils sont jaloux d'une chose totalement relative et désuète : le fait que je sache communiquer alors qu'eux font de la réclame.

Je dois saluer le courage de Patrick Goldstein à la tête de la société francophone de médecine d'urgence qui a bien défini les prérogatives du savoir et du social et de leur complémentarité pour notre profession. Il est essentiel à travers cela de comprendre que la naissance de la spécialité n'est absolument pas une fin et qu'à l'heure actuelle ce serait plutôt une faillite! En effet, moins de 100 étudiants en France ont choisi le DESC de médecine d'urgence. Un rapide calcul montre bien que cela ne permettra pas le renouvellement des générations. Il faut donc repenser complètement la spécialité de médecine d'urgence et sûrement pas en en faisant une armée de professeurs isolés dans leurs CHU mais véritablement en reconnaissant la globalité de la médecine d'urgence, y compris dans les établissements privés ou PSPH. Le début d'année à venir va être marqué par la campagne des élections présidentielles, qui va être un grand moment de débats. Je ferai partie des esprits libres qui alimenteront les discussions. Il est fondamental pour le citoyen et le pays que nous parlions de la permanence des soins et de l'avenir de l'hôpital. Nous ne laisserons pas les esprits industriels comme celui de l'ancienne directrice générale de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris concevoir l'avenir de l'hôpital. Nous devons porter la parole humaniste aussi bien aux gens de droite qu'aux gens de gauche. C'est pour cela que nous participons à l'élaboration d'un livre blanc avec nos idées sur l'hôpital public et sur l'importance de l'égalité d'accès aux soins pour ne pas que le système d'urgence soit l'organisation qui pallie l'ensemble des défaillances du système de santé et que les urgentistes soient là pour faire le travail que les autres spécialistes n'ont pas envie de faire. Les urgentistes doivent devenir de véritables acteurs du système de santé dans sa globalité et être responsables de leur avenir. N'en doutons pas, les urgentistes par leur histoire ne peuvent pas devenir égoïstes et recroquevillés sur leurs seules préoccupations mais bel et bien se situer dans la notion de globalité.

Une fois de plus, il est essentiel de poursuivre la structuration de l'Amuf et que tout autour de vous, vous suscitiez un maximum d'adhésions car l'union, plus que jamais, fera notre force.

Patrick Pelloux

# L'EDITO

## EN QUELQUES MOTS...

En neuf années de syndicalisme au sein de l'Amuf, nous avons pu accomplir des progrès considérables et de valorisation sociale pour l'ensemble des urgentistes. Il ne faut pas oublier où nous en étions il y a neuf ans ! Il n'y avait alors que 150 PH de médecine d'urgence en France. Ils sont 1500 désormais. Mais si rien n'est jamais acquis dans l'existence, il convient d'anticiper les évolutions tant d'un point de vue positif que négatif. Ce qui est positif, en médecine d'urgence, c'est l'intérêt de la population pour cette médecine, de voir le soutien que l'on a de la part des élus. Ce qui est très négatif, c'est l'évolution de l'hôpital et la considération des services d'urgence en son sein. La brutale accélération du plan Hôpital 2007 à quelques semaines du 1e janvier 2007 est compréhensible mais l'empressement n'a jamais été la bonne stratégie pour faire évoluer l'Hôpital. Alors que l'on clame partout qu'il y a un problème de démographie, de plus en plus de médecins se voient devenir des bureaucrates ; alors que tous les accents sont mis dans les différents systèmes de santé sur la qualité, la responsabilité, la formation continue... nous parlons de tarification à l'activité. Alors que l'évolution politique va s'orienter vers plus de démocratie participative et sociale, vers plus d'adhésion collective à un système, l'hôpital a choisi, par la nouvelle gouvernance, une hyper hiérarchisation qui ferait penser que l'armée est un bordel. Mais ce n'est pas fini : la remise en cause du temps de travail à travers la directive européenne est une réalité. Et quel que soit le résultat de l'élection présidentielle et de la nouvelle majorité qui en découlera, il est évident que la pensée unique qui domine le monde de la santé poussera coûte que coûte à envisager la différenciation du travail de nuit, entre temps actif et inactif. Nous ne devons pas nous laisser faire. L'Amuf n'est pas seule à contester cette évolution et les anesthésistes-réanimateurs ont bien compris l'enjeu. Les jeunes générations ne viendront pas vers un métier où seule une partie du temps de travail est reconnue. Ils ne se dirigeront pas vers un métier où ils seront humiliés dans leurs connaissances, dans leur passé ou leur mode d'exercice ; ils ne s'investiront pas dans un métier où l'ensemble de leur temps de travail ne sera pas reconnu. Il est temps pour nous de dire que notre temps de travail est à 39 heures, que l'écart jusqu'à 48 heures maximum doit être payé en plages additionnelles et que l'indemnité de nuit doit être valorisée.

Chers adhérents, nous ne faisons pas assez attention à éviter le stress et à nos vies personnelles. Même si la phrase « travailler pour vivre plutôt que vivre pour travailler » est un peu réductrice, une organisation sociale comme l'Amuf doit se préoccuper de la globalité de la vie professionnelle. Avec l'ensemble du conseil d'administration de l'Amuf, je suis très inquiet du nombre de suicides dans la profession mais aussi des chiffres de santé publique sur l'espérance de vie du corps médical. C'est là un des objectifs d'amélioration sociale qu'il va falloir conquérir.

### 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 COMPTE A DEBITER NOM ET ADRESSE DU CREANCIER ASSOCIATION MEDECINS URGENTISTES HOSPITALIERS

Date:	Signature		7, RUE EMILE-CHARTIER 91140 VILLERON-SUR-YVETTE		
ercice du droit ind	ntenues dans la présente demande ne sero lividuel d'accès auprès du créancier à l'adre formatique et Libertès.	nt utilisées que pour les s	eules nécessités de la gestion et pourront	donner lieu à du 1/4/80	
AUTORISATION DE PRELEVEMENT			Numéro national d'émetteur	482038	
e créancier ci-des	sement teneur de mon compte à prèlever su sous. En cas de litige sur un prélévement, je Je reglerai le différend directement avec le	pourrai en taire suspend	n le permet, tous les prélèvements ordonn lre l'exècution par simple demande à l'Etab	és par lissement	
NOM, PRE	NOMS, ET ADRESSE DU DEBITEUR	A M U F 7, RUE E	NOM ET ADRESSE DU CREANCIER IATION MEDECINS URGENTISTE I F MILE-CHARTIER ILLEBON-SUR-YVETTE.	ES HOSPITALIERS	
шш ш	OMPTE A DEBITER  icichet N* de compte  Signature	NOM ET AD	RESSE DE L'ETABT TENEUR DU CPTE	A DEBITER	
	les deux parties de cet imprimé au créancie				

#### 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 : AMUHF : 7, rue Emile-Chartier - 91140 Villebon-sur-Yvette. **Rédacteur en Chef :** Dr. Bruno Faggiannelli **Directeur de publication:** Dr P. Pelloux

**Rédaction:** 

Dr F. Teissière - Dr P. Leveau - Dr D Storme -

Dr Ph Crova - Dr Ph Olivier

Charb, dessinateur à Charlie hebdo Les Chats Pelés

Réalisation/Impression Emendo - 01 60 88 89 35 LVRI - 01 60 89 06 22.