

N°40

LA LETTRE SYNDICALE



Revue du Syndicat National
des Médecins
Anesthésistes-Réanimateurs
des Hôpitaux
Non Universitaires

M A R S 2 0 0 1



2^e de couv
Pharmacia
Upjon
Film



EDITORIAL

SOMMAIRE

| | |
|--|--------------|
| Composition du bureau et délégués régionaux du SNMARHNU | p. 2 |
| Nouveau ministre, ancienne donne | p. 3 |
| Le mot du président | p. 4 |
| Compte-rendus de réunions | p. 5 |
| Textes récents | p. 12 |
| Arrêté sur gardes et astreinte | p. 19 |
| Histoire du syndicat | p. 30 |
| Relation avec la CHG | p. 31 |
| Hémorragies digestives hautes de l'adulte | p. 32 |
| Annonces | p. 40 |

• A l'aube de ce nouveau siècle, quels changements dans la condition du praticien hospitalier en anesthésie-réanimation voyons-nous par rapport à l'ancien ?

Question pour un champion!

Cela n'empêche pas le S.N.M.A.R.H.N.U., dont l'optimisme et la combativité sont proverbiaux et inébranlables, de souhaiter à tous ses lecteurs ses meilleurs vœux pour l'année 2001.

Toutefois, le S.N.M.A.R.H.N.U. a une requête: que les anesthésistes-réanimateurs (A.-R.) des hôpitaux non universitaires rejoignent ses rangs en nombre toujours plus important. Le syndicat est à la pointe pour l'amélioration des conditions de travail des A.-R. et a arraché des marques de reconnaissance pour la profession qui ne sont pas que verbales (cf Le mot du Président). Les anesthésistes des Centres Hospitaliers Généraux forment la "cohorte" la plus nombreuses des A.-R., et leur syndicat doit donc être encore plus représentatif au sein des instances décisionnelles telle la Commission Nationale Statutaire (cf le texte de D. Goumard), et au sein de la Confédération des Hôpitaux Généraux, intersyndicale dont la vocation est la représentation des intérêts des Praticiens hospitaliers exerçant en hôpital non universitaire. (cf; texte de B. Bréchnignac).

En tant que représentants de nos adhérents, je l'espère de plus en plus nombreux, le syndicat a pour rôle d'informer (cf textes récents), conseiller (le point sur la mise en disponibilité) et entretenir la mémoire collective (cf texte de J. Cl. Ducreux). Mais nous devons avant tout fédérer les énergies combattives des A.-R. éparpillés aux quatre coins du pays dans les C.H.G. (au contraire de la situation des praticiens en C.H.U.) et entretenir les échanges d'idées (site Internet), seul moyen pour vaincre l'isolement.

Encore une fois, bonne année!

Dr. James BRODEUR
(Bourges)

Édition : EDITIONS DYK - 52, bld Ornano 75018 Paris - Tél. : 01 42 58 85 70

Directeur de la publication : Yves CHEMAMA

Conception et réalisation : Eric DUFOUR

Impression : I-MÉDIA

Rédaction : Syndicat National des Médecins Anesthésistes-Réanimateurs des Hôpitaux Non Universitaires.

Courrier :

Dr Goumard SNMARHNU

Service d'Anesthésie

Centre Hospitalier 17021 La Rochelle

Courrier électronique :

E-mail : snmarhnu@wanadoo.fr

Site Internet : perso.wanadoo.fr/snmarhnu

Fax : 01 64 26 60 03 - Répondeur : 01 64 26 60 62



CONSEIL D'ADMINISTRATION (Année 2000-2001)

| | | |
|-------------------------------|---|---|
| Président : | Dr VIGNIER - CH Mantes-La-Jolie(78021) | Hop. 01.34.97.41.10 - Sec. 01.34.97.41.10 Fax 01.34.97.41 - E-mail : vignierm@aol.com |
| Vice-Présidents : | Dr BRODEUR - CH Bourges (18000) | Hop. 02.48.48.48.48 - Sec. 02.48.48.49.14 Fax 02.48.48.48.1 - E-mail : james.brodeur@wanadoo.fr |
| | Dr GIRAUD - CH Thionville (57312) | Hop. 03.82.55.82.55 - Sec. 03.82.55.81.90 Fax 03.82.55.81.92 - E-mail : EGIR57@aol.com |
| | Dr PERUCHO - CH Perpignan (66000) | Hop. 04.68.61.66.33 - Sec. 04.68.61.65.19 Bur 04.68.61.68.66 - E-mail : pierre.perucho@wanadoo.fr Fax. 04.68.61.69.89 - SR 04.68.61.67.45 |
| | Dr VALERI - CH La Ciotat (13600) | Hop. 04.42.08.76.00 - Fax 04.42.71.44.64 - E-mail : Chlc.anes.rea@online.fr |
| Secrétaire Général : | Dr GOUWARD - CH La Rochelle (17000) | Hop. 05.46.45.50.50 - Sec. 05.46.45.51.51 - Fax 05.46.45.52.30 E-mail : daniele.gouward@wanadoo.fr - Bur. 05.46.45.52.30 |
| Secrétaire Adjoint : | Dr BRODEUR - CH Bourges (18000) | Hop. : 02.48.48.48.48 - Sec. : 02.48.48.49.14 - Fax : 02.48.48.48.13 |
| Trésorier : | Dr BRECHIGNAC - CH Sallanches (74700) | Hop. 04.50.47.30.50 - Fax 04.50.47.30.88 E-mail : bernard.brechignac@wanadoo.fr |
| Membres : | Dr BLOT - CH Montfermeil (93370) | Hop. 01.41.70.80.00 - Sec. 01.41.70.82.55 E-mail : pblot@ch-montfermeil.fr - Bur + Fax 01.41.70.82.02 |
| | Dr BRETZTAJN - CH Salon de Provence(13658) | Hop. 04.90.44.91.44 - Fax 04.90.44.92.54 - E-mail : rea@ch-salon.fr |
| | Dr BRULE - CH Le Havre (76600) | Hop. 02.32.73.32.32 - Fax 02.32.73.34.66 - E-mail : |
| | Dr DESMIDT - CH St Philibert (59462) LOMME | Hop : 03 20 22 50 65 - Fax : 03 20 22 50 25 - E-mail : marc.desmidt@free.fr |
| | Dr DOUTRE - CH Belfort (90016) | Hop. 03.84.57.40.00 - Fax 03.84.57.47.56 - Sec : 03.84.57.47.12 - E-mail : |
| | Dr FAURE - CH St Martin (97100) | Hop.05.90.50.02.76 - Fax 05.90.52.02.79 - E-mail : michel.pere.faure@wanadoo.fr |
| | Dr FRITZ - CH Thionville (57312) | Hop. 03.82.55.82.55 - Sec.03.82.55.81.90 - Fax 03.82.55.81.92 - E-mail : |
| | Dr GABRY - CH Pays d'Apt (84400) | Hop : 04.90.04.33.00 - E-mail : andre-louis-gabry@wordolene.fr |
| | Dr KAIOMAR - CH Fréjus St Raphaël (83608) | Hop. 04.94.40.20.68 - Fax 04.94.17.79.03 - E-mail : kaidomar-m@chi-frejus-saint-raphael.fr |
| | Dr REYES - CH Beaumont sur Oise | Hop 01.39.37.15.20 - E-mail : seti.reyes@libertysurf.fr |
| | Dr SEJOURNE - CH Sud Francilien (Evry) | Hop : 01.60.87.51.40 |
| Présidents d'honneur : | Dr CARA-BEURTON - St Germain en Laye(78104) | Dom. 01.39.73.14.94 - Fax 01.39.73.14.94 |
| | Dr DUCREUX - CH Roanne (42328) | Hop. 04.77.44.30.00 - Sec. 04.77.44.31.07 Fax 04.77.44.31.11 - E-mail : jean-claude.ducreux@ch-roanne - Bur. 04.77.44.31.11 |

Les Délégués Régionaux du SNMARHNU

| Régions | Délégués | Département | Centre Hospitalier | Téléphone | Fax |
|------------------------|----------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------|--|
| Alsace | Dr BEUTELSTETTER | 67 - 68 | MULHOUSE (68070) | 0389646151 | |
| Aquitaine | Dr FOURNIER | 24 - 33 - 47 - 64 | St FOY La Grande (33220) | 0557460142 | 0557461520 |
| Auvergne | Dr DELORE | 03 - 15 - 43 - 63 | AURILLAC (15002) | 0471465656 | 0471465633 |
| Basse Normandie | Dr DEQUIRE | 14 - 50 - 61 | ALENCON (61014) | 0233327575 | 0233323141 |
| Bourgogne | Dr GALLOUX (Coordonnateur) | 21 - 58 - 71 | BEAUNE (21203) | 0380244444 | 0380244574 |
| | Dr POTDEVIN | 89 | AUXERRE (89011) | 0386484848 | 0386484719 |
| Bretagne | Dr CHARLEMAGNE | 22 - 29 - 35 - 56 | LORIENT (56322) | 0297649163 | 0297649255 |
| Centre | Dr BRODEUR | 18 - 28 - 36 - 37 - 41 - 45 | BOURGES (18000) | 0248484848 | 0248484813 james.brodeur@wanadoo.fr |
| Champagne Ardennes | Dr GUILLAUME | 08 - 10 - 51 - 52 | CHARLEVILLE-MEZIERE | 0324587155 | |
| Haute Normandie | Dr BRULE | 27 - 76 | LE HAVRE (76600) | 0232733232 | 0232733174 |
| Ile de France | Dr VIGNIER (Coordonnateur) | 78 | MANTES la JOLIE (78021) | 0134974000 | 0134974114 vignierm@aol.com 0160875140 p.blot@ch-montfermeil.fr |
| | Dr SEJOURNE | 91 - 75 - 77 | EVRY (91014) | 0160875050 | |
| | Dr BLOT | 93 - 92 | MONTFERMEIL (93370) | 0141708255 | |
| | Dr STARKMAN | 94 - 95 | GONNESSE (95500) | 0134532041 | |
| Languedoc Roussillon | Dr PERUCHO | 11 - 30 - 34 - 48 - 66 | PERPIGNAN (66000) | 0468616633 | 0468616989 pierre.perucho@wanadoo.fr |
| Limousin | Dr VILLATTE | 23 - 19 - 87 | ST JUNIEN (19200) | 0555435000 | 0555435075 |
| Lorraine | Dr GIRAUD | 54 - 55 - 57 - 88 | THONVILLE (57312) | 0382558255 | 0382558192 EGIR57@aol.com |
| Midi Pyrénées | Dr MARTY (Coordonnateur) | 09 - 12 - 31 - 32 - 65 - 81 - 82 | TARBES (65000) | 0562515151 | 0562515804 |
| | Dr CAZABAN | 46 | CAHORS (46000) | 0565205050 | 0565205410 |
| Nord -Pas de Calais | Dr DESMIDT | 59 - 62 | CH St Philibert LOMME (59462) | 0320225065 | 0320225025 marc.desmidt@free.fr |
| Pays de Loire | Dr LEMANISSIER | 44 - 49 - 53 - 72 - 85 | LE MANS (72000) | 0243434343 | 0243432421 |
| Picardie | Dr LEBRUN | 02 - 60 - 80 | St QUENTIN (02321) | 0323067171 | 0323067287 |
| Poitou-Charentes | Dr GOUWARD | 16 - 17 - 79 - 86 | LA ROCHELLE (17000) | 0546455050 | 0546455230 daniele.gouward@wanadoo.fr |
| Provence - Côte d'Azur | Dr VALERI (Coordonnateur) | 13 - 20 - (2A-2B) - 84 | LA CIOTAT (13600) | 0442087600 | 0442714464 chlc.anest.rea@online.fr |
| | Dr BRETZTAJN | 04 - 05 | SALON de PROVENCE | 0490449144 | 0490449254 rea@ch-salon.fr |
| | Dr FRECHE | 06 | GRASSE (06130) | 0493095237 | 0493095242 |
| | Dr KAIOMAR | 83 | FREJUS (83608) | 0494402068 | 0494177903 kaidomar@chi-frejus-saint-raphael.fr |
| Rhône Alpes | Dr DUCREUX (Coordonnateur) | 07- 26- 42- 69 | ROANNE (42300) | 0477443000 | 0477443115 jean-claude.ducreux@ch-roanne.fr |
| | Dr BRECHIGNAC | 01- 38 - 73 - 74 | SALLANCHES (74700) | 0450473050 | 0450473088 bernard.brechignac@wanadoo.fr |
| Territoire de Belfort | Dr DOUTRE (Coordonnateur) | 90 | BELFORT (90016) | 0384574000 | 0384574756 |
| Franche Comté | Dr SCHOCH | 25- 39 - 70 | MONTBELIARD (25200) | 0381916161 | 0389650303 |
| Réunion | Dr MARTIN | 97.4 | St DENIS de la Réunion (97405) | 0262905400 | 0262907734 |
| Martinique | Dr VOECKLER | 97.2 | TRINITE (97220) | 0596664600 | 0596664606 |
| Guadeloupe | Dr DAIJARDIN | 97.1 | POINTE à PITRE (97110) | 0590891010 | 0590910838 |
| | Dr FAURE | 97.1 | BASSE TERRE (97100) | 0590805477 | 0590805477 michel.pere.faure@wanadoo.fr |
| Guyane | Dr LEROY | 97.3 | St Laurent du Maroni CAYENNE (97320) | 0594348712 | 0594348715 |

Nouveau ministre, ancienne donne

Depuis le remaniement ministériel d'Octobre dernier, nous avons donc un nouveau ministre à la tête du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Comment, d'abord, caractériser le règne de Martine Aubry depuis le 4 Juin 1997 aux commandes de cette immense usine à gaz ? "Globalement", certainement positif. Sur le plan sociétal dans son ensemble, nous ne pouvons que nous féliciter par exemple de l'instauration de la Couverture Médicale Universelle, du délai légal de l'I.V.G. à 12 semaines, de la création des emplois-jeune, de l'encadrement législatif par la collectivité (l'Assemblée Nationale) du financement de la Sécurité Sociale, des prestations spécifiques de dépendance.

Mais qu'en est-il de l'organisation médicale de l'hôpital public ou encore comment les acteurs médicaux de tout statut ont-ils vécus cette époque?

Essentiellement, comme une période de prise de conscience, mais d'avancées timides.

Prise de conscience d'une déqualification et d'une démedicalisation progressives de l'hôpital public, pierre angulaire du système de soins en France, cependant un des meilleurs du monde. Prise de conscience d'un éparpillement des compétences et structures, dont le maillage territorial est à nul autre pays pareil. Prise de conscience d'un avenir sombre par le déclin des vocations pour certaines spécialités essentielles, et par un excès de rigueur du Numerus Clausus. Cette prise de conscience s'est matérialisée pour ce qui concerne les P.H. par le protocole d'accord du 13 Mars 2000.

Depuis, à quoi assiste-t-on?

Eh bien à des rectifications symboliques, même si coûteuses, qui n'engagent pas l'avenir de l'essentiel. Nous avons droit à la prime de service public exclusif, qui reconnaît le rôle du P.H. temps plein sans secteur privé dans le fonctionnement de l'hôpital; à un remodelage de la carrière pour attirer les "jeunes"; à une réforme du statut des P.A.C. pour permettre la "soudure" avec la venue des "jeunes" en question tout en intégrant les plus patients d'entre eux; des mesures en faveur des chefs de clinique et assistants permettant d'assurer la parité de leurs droits avec les P.H. et ainsi les encourager à faire le "bon" choix de carrière.

Mais l'essentiel c'est quoi? Ce sont des mesures qui agissent sur le cadre de vie professionnelle et évitent l'épuisement prématuré de praticiens de plus en plus rares, et de plus en plus déphasés par rapport au

fonctionnement de l'hôpital. Donc, en priorité:

- 1. La définition, la mise en place et le contrôle de l'exécution du Repos de Sécurité, "principe de précaution" fondamental dans l'amélioration de la sécurité du patient, tout particulièrement en anesthésie-réanimation. Le R.S., décrété en Juillet 99, attend depuis 18 mois la publication des arrêtés d'application. Il est "européanisé" par la directive européenne 93/104 depuis 1996. C'est pourquoi les syndicats d'anesthésistes-réanimateurs, et en tête le S.N.M.A.R.H.N.U. sont mobilisés pour son instauration et son contrôle par les Commissions de Suivi du Protocole.

- 2. La réforme de l' Aménagement Du Temps de Travail (A.T.T.) qui est pour le P.H. en fait une R.T.T. pour Réduction du Temps de Travail. A l'heure du coup d'envoi le 21 Décembre des 35 heures dans les hôpitaux, les P.H., et surtout les A.R. dont le service est à forte contrainte et la présence continue indispensable, exigent l'application de la Directive Européenne 93/104/CE sur l'A.T.T., et ce d'autant plus que la Cour Européenne de Justice confirme qu'elle s'applique aux médecins hospitaliers (affaire des urgentistes espagnols C-303/98, jugement du 3/10/2000). Par ailleurs, en France, les Etablissements Publics de Soins sont déjà soumis aux 39 heures en application de l'ordonnance n° 82-272 du 26/3/82. Les P.H. refusent de rester les grands oubliés des réformes sur l'A.T.T..

- 3. La publication attendue depuis 1999 des décrets relatifs à l'organisation de la réanimation en France. En préparation depuis 1996(!), avalisés par le Conseil Supérieur des Hôpitaux, ils permettent la définition des services et tracent les grandes lignes de leurs droits en personnel et moyens matériels. Mais ils ont un pouvoir restructurant et sont donc mal vus en période pré-municipales. Compte tenu de la succession d'échéances électorales en France, faudra-t-il attendre 10 ans pour s'apercevoir que les réanimations exigent à l'instar des blocs opératoires naguère, une réglementation assurant des moyens appropriés en médecins anesthésistes-réanimateurs et en matériel !

Tels sont pour ce qui concerne le S.N.M.A.R.H.N.U. les grands chantiers de Madame Guigou. Le "sommet" sur la santé prévu le 25 Janvier 2001 ne saurait nous laisser sur notre faim, sinon nous saurions montrer les crocs !

**Docteur J. Brodeur
Bourges**

LE MOT DU PRESIDENT

"En 2001, sachons exprimer notre différence"

Meilleurs vœux et bonne année sont les souhaits que nous formulons traditionnellement et c'est avec force et conviction que je vous les adresse pour notre vie syndicale.

Notre pugnacité sur le dossier du repos de sécurité et la nécessité de revoir notre statut se sont imposées progressivement à tous les partenaires de négociation tant Syndicaux qu'au niveau du Ministère et de la Direction des Hôpitaux pour faire avancer nos idées. Ce n'est pas la paternité qui compte mais la façon de faire mûrir les idées, de poursuivre nos objectifs pour toujours améliorer les conditions de vie de celles et ceux qui contribuent au développement de notre profession dans le respect de la qualité des soins donnés aux malades.

C'est vrai, aujourd'hui, l'arrêté sur le repos de sécurité est déjà obsolète suite au recours près la Cours de Justice Européenne des médecins espagnols. Tant mieux pour nous, il n'y a plus d'ambiguïté pour que cette directive soit appliquée en France et serve de base de réflexion dans le cadre des négociations sur la réduction du temps de travail.

Les négociations sur la réduction du temps de travail seront l'enjeu essentiel de notre vie syndicale en 2001. Nous attachons beaucoup d'importance pour que ces réunions contribuent à améliorer de façon significative notre statut dans le sens des améliorations des conditions de vie et des conditions de travail. Le statut unique assure une protection minimale des praticiens hospitaliers mais il est profondément inégalitaire dans le sens où nous avons tous une fonction de médecin et où nous exerçons des métiers extrêmement différents : l'égalité c'est d'abord reconnaître les différences.

Non, je ne considérerai pas le métier du dermatologue au même niveau que le métier d'anesthésiste-réanimateur. Non, je ne considérerai pas le travail de garde en médecine au même niveau que le travail de garde de l'anesthésiste-réanimateur. Non, je ne considérerai pas la responsabilité des équipes paramédicales au même niveau que la responsabilité du médecin anesthésiste-réanimateur.

Dans la mesure où la charge de travail est de

plus en plus lourde, le service de garde de plus en plus pénible et insupportable au fur et à mesure du vieillissement de nos équipes, l'épée de la Justice constamment au-dessus de nos têtes j'insisterai pour prendre en compte, lors des négociations sur l'aménagement du temps de travail des praticiens hospitaliers, toutes nos différences.

Nous devons également constater que l'organisation administrative en France s'oriente franchement vers la régionalisation et que nombre de décisions relatives à l'organisation sanitaire et sociale se feront à ce niveau. Pour ne pas être en retard sur cette mutation, dès à présent notre Syndicat s'organise autour de délégués régionaux qui auront une charge de plus en plus importante auprès des Agences Régionales d'Hospitalisation et qui auront pour mission de nous représenter et de traduire sur le terrain les propositions issues de nos réflexions.

Les premières réunions auront lieu au cours du mois de janvier dans le cadre des Commissions de suivi du protocole du 13 mars 2000 pour suivre région par région l'application des primes d'engagement spécifique d'exercice public, la mise en place de la nouvelle grille d'ancienneté et de salaire, l'exercice multi-établissements, la déclaration des services à poste prioritaire et l'application du repos de sécurité.

Toutes ces mesures sont fortement restructurantes et conduiront forcément à une révision de l'organisation sanitaire dans les régions en prenant en compte les difficultés de chaque hôpital. Notre présence est indispensable car l'anesthésiologie reste un service pivot des plateaux techniques.

Pour conclure, j'exprimerai un seul vœux : "en 2001 pour plus d'égalité dans l'exercice professionnel, sachons exprimer notre différence".

Michel Vignier
Président du SNMARHNU

Vous trouverez ci-après les compte-rendus de réunions auxquelles ont participé, au titre du S.N.M.A.R.H.N.U, seul ou au sein de la C.H.G, nos amis :

- M. Vignier pour le lancement des négociations sur les 35 heures à l'hôpital,
- D. Goumard pour la mise en route du plan périnatalité.

1 - COMPTE RENDU REUNION DU JEUDI 21 DECEMBRE 2000 MINISTERE DU TRAVAIL ET DE LA SOLI- DARITE Rue de Grenelle

Pierre FARRAGI et Michel VIGNIER ont représenté la Confédération des Hôpitaux Généraux (CHG) à la réunion Inter-Syndicale rue de Grenelle, Madame la Ministre Elisabeth GUIGOU devant annoncer l'ouverture des discussions sur la réduction du temps de travail dans la Fonction Publique Hospitalière.

Après avoir salué l'ensemble des représentants des Syndicats, suite à l'écoute des entretiens qu'elle a eus avec eux, elle souligne l'excellence de l'hôpital public français et l'attachement de tous du service public. Elle retient trois priorités qui sont :

1. L'adaptation de l'offre de soins aux moyens mis en place,
2. La nécessité de réduire les inégalités,
3. La promotion de la qualité et de la sécurité des soins.

En ce qui concerne la réponse aux malades entre l'offre de soins et les moyens, elle confirme les efforts à poursuivre en ce qui concerne la lutte contre la douleur, les soins palliatifs, l'alternative à l'hospitalisation et la mise en place de réseaux comme en cancérologie.

Sur la réduction des inégalités, elle met l'accent sur la mise en place de la CMU, des dispositifs d'hospitalisation pour les plus démunis et la nécessité de revoir la répartition des moyens entre les hôpitaux qui est actuellement inégalitaire. Ce dernier sujet fera l'objet d'un bilan d'activité l'an prochain.

En ce qui concerne la qualité des soins, elle souhaite que le CLIN prenne plus d'importance en précisant ses missions dans l'hôpital, faisant de la lutte contre les maladies nosocomiales un point aussi important que le soin lui-même. La mise en place de l'accréditation doit être un moyen de mettre en place des procédures continues pouvant mesurer la qualité et la sécurité des soins. Dans ce domaine d'ailleurs, elle signale que des moyens supplémentaires seront apportés pour permettre d'améliorer cette sécurité et cette qualité.

Elle reconnaît l'importance du déficit démographique médical et paramédical qui doit conduire à envisager une réflexion sur l'évolution des métiers. D'autant que le personnel paramédical semble perdre ses repères en terme d'exercice professionnel. Une attention toute particulière sera portée sur les

filères professionnelles qui doivent être claires et permettre à la personne de reconnaître son profil de carrière. Elle précise qu'on ne doit être arrêté par le corporatisme et qu'il est inévitable de déterminer le rôle et les missions de chacun.

Dans ce projet de cartographie des emplois, outre le décloisonnement des filières, le vieillissement des professionnels doit permettre d'envisager de nouvelles orientations : permettre aux aide-soignants d'être pris en charge au niveau de la formation des IFSI, développer la reconnaissance des diplômes de compétence, adapter les métiers aux nouvelles demandes.

La RTT doit permettre plus de qualité pour les familles, pour les malades et pour les professionnels.

Elle déclare que les négociations de la RTT dans la Fonction Publique Hospitalière commencera le 18 janvier 2001. Auparavant, elle présentera au Parlement une demande d'abrogation de l'ordonnance de 1982 et s'engage à ce que cette abrogation ne soit appliquée qu'après les négociations de la RTT.

Elle tient à préciser que les discussions sur la RTT doit toucher tous les publics : personnel médical, paramédical et les Tutelles. Cette organisation du temps devant s'adapter à la vie sociale du patient et des personnels.

La RTT sera mise en place le 1er janvier 2002 et elle propose une méthode pour y arriver en quatre étapes :

1. Négociations du cadre national de la RTT devant fixer la réglementation. Fin du travail en mars 2001.
2. Négociations locales dans chaque établissement à partir des orientations du cadre national. Cette analyse doit se faire dans les différents services faisant apparaître les dysfonctionnements à partir desquels on devra trouver des solutions pour que la RTT soit effective rapidement ce qui nous conduit aux vacances, fin juin/début juillet.
3. Discussions sur les procédures d'allocations supplémentaires permettant d'augmenter les emplois au cours du dernier trimestre 2001.
4. Modalités de mise en place du suivi du protocole sur le plan national, régional et local.

Faisant suite à cette allocation, la parole est donnée à l'ensemble des Syndicats que l'on peut classer en trois groupes : un groupe des Syndicats Généraux (CFDT, FO, CFTC, CGT, CGC et SUD), un second groupe des Syndicats de Directeurs (SNCH, Confédération des Directeurs des Centres Hospitaliers, Fédération Hospitalière de France) et un dernier groupe représenté par les Fédérations Médicales. A titre anecdotique, la Ministre étant particulièrement pressée après deux heures de réunion, les conférences de Président de CME des

Hôpitaux Généraux et des CHU n'ont pu s'exprimer (avaient-ils vraiment besoin de venir ?).

Pour résumer les interventions, disons que les Syndicats Généraux du personnel ont bien fait valoir qu'ils souhaitaient que les discussions dans le cadre de la Fonction Publique Hospitalière, relatives à leur statut, se fassent indépendamment des discussions avec les médecins. Ils attachent beaucoup d'importance à la révision des filières professionnelles et en particulier des grilles de salaire qui y seront jointes. Ils précisent que l'aspect économique ne doit pas aggraver les tensions dans l'hôpital dont les problèmes d'effectifs et de conditions de travail actuelles sont des problèmes majeurs. Dans l'ensemble, ils sont tous attachés à revoir les moyens d'attractivité des carrières dans le monde hospitalier par les formations gratuites, mise en place de crèches ou de moyens qui facilitent la vie des agents mais aussi par la révision des grilles salariales. Une grande inquiétude, restent les moyens alloués dont ils craignent qu'on s'engage dans des discussions d'aménagement du temps de travail sans qu'il y ait l'argent derrière.

En ce qui concerne le groupe des Directeurs, on peut dire que nous n'avons pas été surpris du discours que l'on connaît depuis toujours en ce qui concerne le remerciement de la participation des médecins dans ces discussions et la détermination des Directeurs pour qu'on s'oriente vers une autonomie de décisions des hôpitaux au sein de leur Conseil d'Administration. N'oublions pas que le Discours de Barberousse est avant tout : on veut bien des médecins mais c'est nous qui les nommons et c'est nous qui leur disons ce qu'ils doivent faire, quelles sont leurs missions ?

L'intervention de la Fédération Hospitalière n'est pas bien loin de ce point de vue, avec un souci malgré tout important en terme de recrutement du personnel et d'attractivité des jeunes. Ils s'inquiètent de la discussion dans les établissements sur la mise en place de la RTT dans un temps relativement court et que l'on ne puisse mettre raisonnablement en place le dispositif de façon sereine. Ils attirent également l'attention sur les grandes inégalités entre les différents établissements.

On sent par ailleurs une demande très forte de la part des Directeurs d'avoir un cadrage national très clair, très précis pour éviter les divergences de vue au sein de l'hôpital et que l'application de la RTT se fasse avec le moins de heurts possible. Peut-être une crainte des Directeurs d'affrontement avec le personnel dans les établissements. Ils souhaitent que le cadrage national évite le maximum de discussions internes et insistent sur le fait de ne pas signer d'accords locaux avec les Syndicats mais de rester dans le cadre des instances : Conseil d'Administration et CTE. On voit également leur souci d'attirer avec eux les médecins, probablement pour faire plus de poids face aux demandes du personnel non médical lorsqu'un des directeurs propose de commencer les discussions avec les cadres et les médecins qui devront fortement s'impliquer pour ensuite discuter de l'organisation au sein de l'établissement.

En ce qui concerne les représentations des Syndicats

médicaux, on note deux perspectives différentes. D'une part la CMH avec AUBART qui prône des discussions sur des bases d'organisation commune de l'accord cadre avec la Fonction Publique hospitalière et d'entreprendre des discussions avec des Syndicats professionnels pour envisager les évolutions des filières professionnelles proposées par la Ministre.

L'autre tendance, dans laquelle nous sommes, a été de préciser notre volonté de discussions sur la réduction du temps de travail spécifique au statut de médecins hospitaliers, en-dehors des négociations de la Fonction Publique Hospitalière mais nous n'écartons pas le fait de pouvoir participer à des réunions communes lorsqu'il s'agit uniquement d'organisation ou être là à titre d'observateurs. FAR-RAGI fait valoir également que la RTT doit être un moyen de réorganiser le temps de travail dans le sens d'une amélioration de nos conditions de vie autant que de l'amélioration des soins donnés aux malades. La RTT ne doit pas être un facteur aggravant des tensions existantes actuellement dans l'hôpital.

Il a été également rappelé que la mise en route de la RTT ne doit pas faire abandonner les accords de mars 2000, en particulier sur le repos de sécurité, l'intégration des directives européennes dans nos discussions et de poursuivre toutes les mesures permettant d'améliorer l'attractivité de la médecine hospitalière. L'INPH a également fait valoir ses craintes d'une réduction du temps de travail sans par ailleurs augmenter les flux de médecins hospitaliers laissant la place aux médecins étrangers et d'autre part mise en garde est faite sur le glissement des métiers (je pense qu'elle faisait allusion aux infirmières anesthésistes, aux psychologues, aux infirmiers psychiatriques) qui sont avant tout des métiers infirmiers et dont il convient, en parallèle, de conforter la responsabilité médicale et non de la déresponsabiliser.

Madame GUIGOU répond aux questions posées :

- 1)** Le calendrier de la Fonction Publique Hospitalière sera différent des discussions entreprises avec les médecins. Les médecins doivent rentrer dans ce cadre des 35 heures et on devra rediscuter de la mission du médecin hospitalier avec des méthodes et des outils qui leur seront propres.
- 2)** Lors des négociations locales, les accords seront soumis pour avis au CTE et au Conseil d'Administration qui resteront les instances déterminantes.
- 3)** En ce qui concerne l'accélération de créations de postes, elle précise que les protocoles de mars 2000 ont débloqué 10 milliards de francs sur trois ans mais qu'au décours des accords sur la RTT, d'autres créations seront possibles.
- 4)** Des discussions sont entreprises dans les spécialités de psychiatrie et de chirurgie suite aux accords de mars 2000. Des discussions continueront en janvier 2001 et il est rappelé qu'une réunion plénière sur ces protocoles Aubry est fixée au 19 janvier 2001.

Docteur M. VIGNIER

2 - REUNION

Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins du 21/12/2000.

Ordre de Jour prévu :

- le plan périnatalité
- organisation du travail
- charte de fonctionnement des activités entre les maternités de niveau I, II, et III.
- problème de démographie médical.

A cette réunion étaient convoqués les gynéco obstétriciens privés et publics, ainsi que les représentants administratifs des établissements privés et publics.

Lors de notre entrevue avec Mr Obrecht du jeudi 14 décembre, nous nous étions étonnés que, sur des problèmes concernant la périnatalité, les médecins anesthésistes privés comme public ne soient pas invités. Ce fut certainement la raison de cette invitation tardive (la veille) à cette réunion.

Etaients présents :

- Des représentants du SYNGOF (syndicat des gynécologues obstétriciens français) : Dr Le Pors, Dr Marty
- Cercle des Gynécologues obstétriciens : Dr Robinet, Dr Churlet (nouveau président de la FNAP ex fédération Mallard), Dr Belaisch-Allart, Dr Chabert, Dr Dauplain.
- Collège National des gynécologue obstétriciens français CNGOF : Dr Maria, Dr Carbone.
- Intersyndicale des Anesthésistes Réanimateurs: SNARF : Dr Dumeix, Dr Levy, SNPHAR : Dr Réa, SNMARHNU : Dr Goumar
- Représentants la FEHAP : Mme Charvet
- UHP : Mme Rusquet, Mr Deslypper UNIOPSS
- Représentants la FHF : Mr Richard accompagné du Dr Chaussinaud (anesthésiste)
- Représentants de la DHOS : Mme Toupillier et 4 autres représentants des Directions.

Il a été rappelé par Mme Toupillier que ce groupe n'est pas un groupe de négociations mais un groupe de travail permettant d'appréhender de façon globale toute problématique concernant la profession de gynécologues obstétriciens, depuis la démographie médicale, les passerelles privé- public, l'organisation du travail dans les maternités, l'application du Plan Périnatalité. Il est prévu 2 à 3 réunions afin que les réflexions soient terminées fin février.

Les pédiatres et les sages femmes n'ont pas été invités mais le seront lors de la prochaine réunion.

Un tour de table rapide est fait où l'on retrouve :

- Actuellement dans certaines localités, la situation est dramatique.
- Il faudrait dissocier les mesures urgentes, à moyen terme, et long terme
- Un manque d'information est manifeste que ce soit au niveau de la population, comme du personnel.

On abordera ensuite l'ordre du jour avec :

- le plan périnatalité
- charte de fonctionnement des activités entre maternités de niveau I, II, III.
- l'organisation du travail et les problèmes de démographie médical.

I° Mise en application du plan Périnatalité

Présenté par Caroline Créatin (remise d'un dossier)

• Actuellement les SROSS II sont en train d'être mis en place, afin de connaître l'état des lieux actuels, des indicateurs ont été demandés aux ARH, sur l'accessibilité, l'organisation, l'activité, les mise en œuvre des réseaux, les conventions, les chartes de transfert.

• Les demandes d'autorisation sont en cours d'élaboration, déjà cloturées pour certaines régions, elles s'étalent sur 2001 pour d'autres.

| | | |
|---------------------|----------------------|-------------------------------------|
| Sur le territoire : | 150 à 170 maternités | Niveau III avec réa néo nat |
| | 200 à 250 maternités | Niveau II |
| le reste | 350 environ | Niveau I |
| | 70 à 80 environ | Centres de Proximité |
| Sur ce nombre | < à 800 | il est attendu 60 arrêts d'activité |

• 350 maternités font 250 000 accouchements
40 font moins de 300 accouchements / an
10 moins de 130- 190

260 Etablissements sont en cours de réflexion pour réorganisation :

- 100 dans le public
- 20 PSPH
- 75 privés

la complémentarité se fait actuellement entre 2 établissements.

Ce premier bilan sera envoyé courant 1er trimestre 2001

- Quelques commentaires des membres présents:
- la comptabilité en nombre de lits n'a plus d'intérêt.
- dans certaines localités, la prise en charge des patientes doit être faite en urgence avant la fermeture des structures.
- Les médecins sont à sécuriser sur l'emploi pour les établissements en voie de fermeture.
- Les profils de carrière doivent être revus.

II° Charte de fonctionnement des activités entre les maternités de niveau I, II, III :

Le Ministère n'est pas demandeur d'une sur réglementation.

Les chartes doivent s'adapter au contexte local, il ne doit pas y avoir de contraintes réglementaires, la liberté doit être laissée aux professionnels, des "modèles" peuvent être distribués.

- Il doit y avoir une charte interne entre les profes-

sionnels considérés (gynéco obs, sage femmes, anesthésistes réanimateurs)

- Et une charte de réseau.

- A été évoqué la relation Medecins- Directeurs

On sait actuellement que environ

3% des grossesses nécessitent un Niveau III

9% un Niveau II

Les établissements de niveau III doivent obligatoirement accepter les patientes adressées :

Prévoir • soit de surdimensionner (calcul de lits arbitraire)

- soit de définir le pourcentage de grossesses normales que le niveau III peut accepter (mais a aussi une mission locale).

Les règles sont à définir et doivent apparaître dans la charte des réseaux pour chaque niveau.

III^e Organisation du travail et problèmes de démographie médicale :

Statistiques de la DRESS :

En France 382 maternités publiques

352 maternités privées.

Statistiques de la DHOS :

Gynéco obst :

- Publics ETP: 2088 gynéco obs (TP, Tpartiel, assistants, attachés, contractuels)

- Privés ETP: 3400 gynéco obs (salariés, libéraux exclusifs et non exclusifs)

- PH TP de Gynéco obs : 1046 (dont 15% CHU=150) soit 30% de la discipline chirurgie (3300 PH TP chirurgiens)

- nb de postes restés vacants au tour de juin 2000 = 178

Anesthésistes Réanimateurs :

- PH TP : 4500 mais tous n'exercent pas l'anesthésie (DIM, hémovigilance, Clin, douleur...)

- nb de postes restés vacants au tour de juin 2000 = 740 soit 16%

- privés : 2913 (nb en diminution 1996 = 2955)

Il devient très difficile de recruter des anesthésistes dans les maternités privées.

Pédiatres :

- PH TP : 945 dont 30% en CHU

- 12% de postes vacants

Problème de la filière en gynéco obs qui risque de diminuer le nombre dans les autres spécialités

Problème de la féminisation.

Mesures attendues à court terme :

CNGOF : Dr Maria

Le statut est unique , mais la chrg de travail n'est pas équivalente. Il faut créer une attractivité vers ces pôles plus difficiles, il propose une modification indiciaire (NBI). Souhaitent une révision de la tarification des vacances des attachés particulièrement pour les attachés effectuant des IVG.

UHP : Demande de revalorisation des tarifs pour le

surcoût des effectifs. Soulève une nouvelle fois le problème des assurances, particulièrement lorsqu'il existe une maternité. A noter que certains établissements comme les médecins se voient refuser par certaines compagnies d'assurance et ne sont plus assurés.

PSPH : l'écart de rémunération entre le public et PSPH s'est réduit d'où un problème de recrutement, encore accentué du fait du passage aux 35H sans augmentation du nombre de postes.

SYNGOF : Démotivation des gynéco obstétriciens pour revenir dans le public ; actuellement même dans les cliniques ouvertes, le tarif d'un accouchement revient à 300F tous frais déduits.

Ne pas imposer la garde sur place quand les effectifs sont de 4 ou 5.

Cercle des Gynéco obs :

Il existe un malaise des GO surtout dans les maternités de 800 accouchements.

Du fait des mutations de plus en plus difficiles, souhaitent la suppression des avis locaux (Dr Churlet). Ils souhaitent un anesthésiste affecté à la maternité, disent qu'il est difficile de faire face à la réduction du temps de travail. Ne sont pas favorables à l'application du repos de sécurité, sont même tout à fait contre.

Réponses de Mme Toupillier sur certains points :

- Le nombre de 7 médecins pour la garde a été avancé, les chiffres du ministère sont inférieurs (5,7 à 6) suite à un travail d'un groupe composé d'urgentistes et d'anesthésistes réanimateurs. (à revoir!!)

- Le repos de sécurité est intégré dans le décret, le texte d'application est préparé, mais n'est pas applicable partout. En même temps, l'arrêt de novembre 2000, à la cour d'Espagne établit que la notion de garde disparaît, on parle de travail effectif. L'idée n'est pas acquise de la sortie d'un texte transitoire, les négociations sur la RTT sont annoncées par GUIGOU.

- Un anesthésiste affecté à la maternité : serait irréalisable dans toutes les maternités. DHOS pas favorable .

- Les attachés sont au nombre de 32000, augmenter leur rémunération paraît difficile, mais ce sujet débouche sur la réorganisation du temps de travail.

- L'intégration des libéraux dans le public: le texte est prêt mais non négocié. En 1999, il ya eu la suppression de la limite d'âge, tous peuvent passer le concours de type I ou II. Une reprise d'ancienneté sera faite, mais une recherche est faite de l'unité de comptabilité du temps effectif médical passé pour les privés.

- Intérêt ++ de l'information à faire au niveau de la population et aux membres de la profession

- Revoir le problème relations médecins-directeurs.

- Faire arrêter les mercenaires des gardes.

- S'attacher au problème du niveau III, c'est une question de fond.

- Le point particulier des IVG sera travaillé.

Rapporteur : Dr GOUARD

3- COMPTE RENDU DE LA RÉUNION PRÉPARATOIRE

à la COMMISSION NATIONALE STATUTAIRE
le 30/05/2000 (rapporteur Dr Goumar d)

La Commission Nationale Statutaire est une des institutions les plus importantes dans le déroulement de la carrière des P.H.. Son rôle est de donner un avis à la D.H. (rarement désavoué) sur les nominations et mutations de P.H.. Les syndicats y siègent, et ont un nombre de représentants proportionnel au nombre de voix recueillies aux élections, qui ont lieu tous les cinq ans. Les élections à la CNS sont couplées à celles pour la Commission de Discipline. Les dernières élections se sont tenues au printemps 98, et les représentants syndicaux ont été nommés le 14/10/1998 (J.O.). Pour le S.N.M.A.R.H.N.U., il s'agit de J.C. Ducreux et D. Goumar d (suppléants: M. Vignier et J. Brodeur). La CNS ne se tient habituellement qu'une fois par an, en Juin; mais les dossiers qui doivent y être discutés commencent à affluer au ministère dès la publication des postes vacants, en mars.

C'est pourquoi une réunion a eu lieu avant la dernière CNS pour mettre en place une méthodologie plus rigoureuse d'examen des dossiers, et protester contre certaines insuffisances de préparation de la réunion par les tutelles.

Par son influence, le SNMARHNU peut aider les CHG. Il est capital que son nombre d'adhérents, et par extension le nombre de voix qui se portent sur son nom soit en rapport avec l'importance sur le terrain des AR des CHG.

Cette réunion instituée pour la première fois, à l'instigation du Pr. JF GIRARD, président de toutes les Commissions Nationales Statutaires, devait faire état des conditions des déroulements et des améliorations à apporter pour ne pas rester "figés". L'ensemble des spécialités y est représenté.

Etaient présents : JF Girard

Pour la DH : M. Amiel, M. Blemont,

+ 3 personnes de l'administration

Pour la CHG : Dr Faraggi, Mme Polet, Dr Goumar d

Pour la CMH : Dr Skurnic, Dr Tenaillon

Pour l'INPH : Dr Garric, Dr Bocher excusée,

+ 5 autres représentants

Les Questions :

Après un tour de table des syndicats, il apparaît plusieurs points à améliorer.

1 - Les délais sont beaucoup trop courts pour examiner les dossiers réceptionnés.

Les cas litigieux sont examinés sans avoir suffisamment de recul, ni de données locales ainsi que la possibilité d'en avoir.

2 - Les avis locaux des instances ne sont pas produits avec les dossiers, voire même non connus au moment de la CNS.

3 - Il existe une certaine lenteur des arbitrages

ministériels et des décisions. Ceci a entraîné des décisions très tardives (courant août pour certaines) difficiles à gérer dans un cadre familial, déménagement, inscriptions scolaires etc....

4 - Il n'y a pas de retour du suivi des nominations. (l'arrêté est sorti au JO pour les nominations de juillet 1999 seulement en mars 2000).

Le nombre des postes vacants est indispensable à connaître chaque année (particulièrement pour certaines spécialités en péril).

Dans la même perspective : intérêt du suivi des cas difficiles sur lesquels la CNS a donné son avis.

5 - Postes "gelés" : certains postes n'apparaissent pas au JO depuis des années, des injustices flagrantes existent pour conserver des postes pour des candidats qui n'ont pas le concours. (ex : pharmacie)

6 - problème des dérogations : sont données par le ministère, ne sont pas connues au moment de la CNS pour les candidats ; les critères qui font accepter ou refuser celle-ci ne sont pas connus des représentants syndicaux.

Des cas de refus où cependant les avis locaux des deux établissements étaient favorables sont relatés. Les refus risquent d'entraîner des démissions.

Cas particuliers de certains PH qui avaient choisi des postes difficiles, se trouvent bloqués dans ces postes.

7 - problème des spécialités transversales (ex :

hygiène) qui peuvent être pris par des biologistes, pharmaciens, médecins. Par quelle commission faire statuer ?

8 - Un PH peut-il être retenu sur son poste ou non par son administration et pendant combien de temps ?

LES REPONSES : 4 points : les délais, le retour d'information, les postes bloqués, les dérogations.

JF Girard insiste à propos des avis des instances qui doivent être motivés, particulièrement pour les refus. Il serait d'ailleurs intéressant que l'attitude soit la même pour les avis favorables.

1 - Les DELAIS : Réponse de Blémont : le cycle global est incompressible. De plus cette année a été mis en place le logiciel Sigmed (système d'information de gestion des médecins), mais avec 7 semaines de retard. De plus le ratio personnel / nombre de dossiers traités est le plus bas dans cette cellule !!

Il n'y aura pas beaucoup d'amélioration pour cette année.

(On voit que même au ministère, les problèmes d'effectifs existent)

2 - RETOUR d'information :

Demande de retour d'information pendant la CNS particulièrement sur :

- Nombres de mutations, premières nominations
- Nombres d'avis de la CNS non suivis par le cabinet du ministre qui nomme le PH.

(Il serait licite de prévoir que la CNS donne des avis motivés particulièrement quand les avis locaux ne sont pas suivis)

Réponse : les parutions sur le JO ont été très tardives, mais c'est un travail fastidieux qui sera amélioré par le logiciel.

Il faut attendre que toutes les décisions sont prises avant de lancer les parutions.

3 - Postes bloqués : notion inadmissible, c'est une responsabilité collective, médicale comme administrative (JF Girard prévoit d'adresser un courrier à tous les Conseils d'Administration des établissements afin que d'une part les avis locaux soient adressés dans les délais, et d'autre part que les avis de refus soient clairement motivés.)

4 - DEROGATIONS : Blémont : les réponses sont

favorables dans 80% des cas, ces dérogations doivent être justes et justifiées. Les situations humaines sont prises en compte, mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'un service public.

(Nous pensons que les syndicats doivent être vigilants sur les dérogations données par le ministère, et qu'il est important que les informations soient données par les intéressés eux-mêmes aux membres des syndicats siégeant à la CNS.)

5 - Spécialités Transversales : pas de réponses à ce jour, mais il faut garder une certaine souplesse et ne pas imposer des rigidités supplémentaires.

Conclusion : Il est indispensable de travailler différemment pour la crédibilité et l'intérêt de la Commission Nationale Statutaire. Il faut évoluer sainement de façon juridiquement saine, faire cesser les coaptations qui risquent d'être dénoncées à juste raison par la justice et les médias.

Bilan à la rentrée 2000.

BULLETIN D'ADHESION

AU SYNDICAT NATIONAL des MEDECINS ANESTHESISTES REANIMATEURS des Hôpit aux Non Univer sit air es

NOM :
Prénom :
Année de naissance : **Nationalité :**

Adresse personnelle

N°. Rue/Avenue :
Code Postal : Ville : N° Tel. :
N° Fax :
E mail :

Adresse professionnelle

Centre hospitalier :
Code Postal : Ville :
N° Tel. :
N° Fax :
E mail :

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

Cursus : - Année de thèse :
- Année de qualification :
- Année de DES :
- Année de CES :

Mode d'exercice : CHG Convention FEHAP
 Temps Plein Temps Partiel Activité libérale

Responsabilité : Chef de service Coordonnateur Responsable d'UF

Fonction : PH PH Contractuel PH Associé
 PAC Attaché Autres (Préciser) :

Secteur d'activité : Anesthésie Bloc SAMU-SMUR Urgences
 Réanimation Douleur Autres (Préciser) :

Modifications intervenues dans votre établissement ces deux dernières années :

Départs : Dr
 Nominations : Dr
 Postes vacants :

Cotisation année 2001 - Inscription unique : 700 F
- Inscription groupées : 600 F (2/3 pers. ou plus)

Docteur BRECHIGNAC

Centre hospitalier - 74700 SALLANCHES

Merci d'établir vos chèques à l'ordre du SNMARHNU - CCP n° : 33.968.97V 033 La source

Vous trouverez ci-après des textes législatifs récents importants pour la spécialité,

- Circulaire 387 du 10/7/2000 qui précise entre autres que les quotas d'échelons sont supprimés et que l'indemnité d'engagement public exclusif est versée à tous les PH titulaires signataires d'un contrat-type (publié dans la L.S. n° 39), non modifiable par les établissements (quasi-suppression des mots "au minimum" de l'art.3).
- L'arrêté du 6/1/2000 et sa circulaire d'application 521 du 13/10/2000 précisant les conditions d'attribution, le montant, et surtout l'"évaluation du dispositif" de la mise en place de l'indemnité dite multi-site qui nous concernent si nous devons "dépanner" pour des gardes dans un établissement lié par convention par exemple. Il doit être constitué une "commission régionale de suivi avec les représentants des 4 intersyndicales de praticiens." (chapitre IV) Il y a là encore un terrain où faire entendre notre différence.
- Le nouvel arrêté sur les gardes et astreintes.
- L'arrêté du 14/9/2000 (J.O. du 23/9/2000) fixant les nouveaux émoluments des PH et PH temps partiel, issus du protocole du 13/3/2000.

DIRECTION DES HOPITAUX
Sous-direction des personnels
de la fonction publique hospitalière

La ministre de l'emploi et de la solidarité
La secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés

à

**Mesdames et Messieurs les directeurs des agences
régionales de l'hospitalisation**
[pour mise en oeuvre]
Mesdames et Messieurs les Préfets de région
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
[pour information]
Mesdames et Messieurs les Préfets de département
**Directions départementales des affaires sanitaires et
sociales**
[pour mise en oeuvre et diffusion]

**Circulaire DH/PM/2000/n° 387 du 10 juillet 2000 relative aux modalités d'application
des dispositions des décrets n° 2000-503 et n° 200-504 du 8 juin 2000 modifiant
respectivement le statut des praticiens hospitaliers et le statut des praticiens
exerçant à temps partiel**

Date d'application : Immédiate.

Résumé : Modalités d'application des dispositions modificatives concernant les nouvelles grilles de carrière applicables aux praticiens hospitaliers et aux praticiens à temps partiel à compter du 1er novembre 2000 et modalités d'attribution de l'indemnité d'engagement de service public exclusif aux praticiens hospitaliers.

Mot clé : Praticiens hospitaliers, praticiens exerçant à temps partiel, avancement d'échelon, indemnité d'engagement de service public exclusif.

Texte de référence :

- articles L. 6152-1 et L.6152-4 (ancien article L. 714-27) et articles L. 6154-1 à 6154-6 (anciens articles L. 714-30 à L. 714-35) du code de la santé publique ;
- article L.952-20 (article 4 de loi n° 79-4 du 2 janvier 1979) du code de l'éducation ;
- article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;
- articles 19, 20 et 61-1 du décret n°85-384 du 29 mars 1985 modifié portant statut des praticiens exerçant à temps partiel ;
- arrêté du 8 juin 2000 relatif à l'indemnité d'engagement de service public exclusif.

Textes abrogés : Néant.

Un certain nombre de mesures prévues par le protocole d'accord signé le 13 mars 2000 avec les organisations syndicales représentant les praticiens hospitaliers sont, depuis la parution des décrets n° 2000-503 et n° 2000-504 du 8 juin 2000 (Journal Officiel du 9 juin 2000), intégrées dans les décrets statutaires concernant les praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel.

La présente circulaire précise les modalités d'application de ces dispositions.

I - DISPOSITIONS RELATIVES A LA CARRIERE

Désormais les praticiens hospitaliers et les praticiens à temps partiel bénéficient d'une même progression linéaire de carrière.

Tous les avancements d'échelon sont prononcés par le Préfet de département. Ils se font, jusqu'au 31 octobre 2000 sur la base de la grille actuellement toujours en vigueur et non sur celle publiée au Journal officiel du 9 juin 2000.

Les quotas des 11e, 12e et 13e échelons sont supprimés ainsi que le verrou du 10e échelon pour les entrants dans le corps des praticiens à temps plein (la même disposition sera prise prochainement pour les praticiens à temps partiel).

Conformément au protocole du 13 mars 2000, les niveaux de rémunération vont être globalement augmentés : leurs montants seront fixés par arrêt interministériel avant l'entrée en vigueur du nouveau dispositif prévu pour le 1er novembre 2000. Vous trouverez en annexe, deux tableaux récapitulatifs de ces montants.

Les établissements, administrations et praticiens intéressés peuvent également accéder depuis le 3 juillet 2000 au calcul des nouvelles rémunérations applicables sur le site internet du ministère (www.sante.gouv.fr).

II – INDEMNITE D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC EXCLUSIF

Cette mesure fait l'objet de l'arrêté d'application du 8 juin 2000 (paru au Journal officiel du 9 juin 2000).

Les praticiens hospitaliers n'exerçant pas d'activité libérale ou ne pouvant en exercer et ayant souscrit un contrat d'engagement de service public exclusif bénéficient de cette indemnité. Dans la mesure où les praticiens éligibles remplissent les conditions d'octroi de l'indemnité au 1er mai 2000, la date d'effet des contrats doit être fixée au 1er mai 2000 afin que soient opérées à cette même date les régularisations financières correspondantes.

Seuls les praticiens hospitaliers nommés à titre permanent (les praticiens en période probatoire et praticiens associés sont exclus du dispositif) sont concernés par cette mesure.

Les praticiens hospitaliers qui relèvent des dispositions de l'article L. 952-20 du code de l'éducation (dispositions " dites loi Delong ") bénéficient de l'indemnité d'engagement de service public exclusif calculée au prorata temporis.

Je vous précise en outre, que les mots " au minimum " figurant dans le dernier alinéa de l'article 3 de l'arrêté du 8 juin 2000 ne doivent en aucun cas conduire les établissements à introduire des clauses complémentaires dans ce contrat, mais uniquement à reprendre les clauses précisées dans la présente circulaire.

Enfin, je vous informe que les articles 35-1°, 35-3°, 37 et 40 du décret du 24 février 1984 vont être prochainement modifiés afin que le versement de l'indemnité d'engagement de service public exclusif soit maintenu, par contrat de trois ans :

- pendant trois mois au plus en cas de congé maladie obtenu au titre des articles 37, 38 ou 39 dudit décret ;
- pendant six mois au plus en cas de congé maladie obtenu au titre de l'article 40 ;
- pendant les congés de maternité ou d'adoption.

Aussi, je vous demande dès maintenant, d'examiner avec la plus grande bienveillance, la situation des praticiens relevant de ces congés.

Les enveloppes financières correspondant au coût de ces deux mesures vous seront déléguées dans le cadre de la prochaine circulaire de mi-campagne budgétaire 2000, d'ici la fin du mois et, s'agissant de l'impact sur l'année 2001, dans le cadre des instructions relatives à la campagne budgétaire 2001, à l'automne. Vous notifierez aux établissements dans les meilleurs délais, les crédits correspondants à effet du 1er mai 2000 pour l'engagement de service public exclusif et du 1er novembre 2000 pour la nouvelle grille de rémunération.

Vous voudrez bien diffuser, sans délai, la présente circulaire aux établissements publics de santé de votre région et m'informer, sous le présent timbre, des difficultés de mise en œuvre que vous pourriez rencontrer.

Pour le ministre et le secrétaire d'Etat
et par délégation :
Le Directeur des Hôpitaux

Edouard COUTY

ANNEXE

PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PLEIN

| <i>Echelons</i> | <i>Rémunération à partir du 1^{er} novembre 2000</i> |
|-----------------|--|
| 13e échelon | 534 941 F |
| 12e échelon | 512 264 F |
| 11e échelon | 450 590 F |
| 10e échelon | 432 590 F |
| 9e échelon | 402 590 F |
| 8e échelon | 388 590 F |
| 7e échelon | 376 590 F |
| 6e échelon | 351 590 F |
| 5e échelon | 328 590 F |
| 4e échelon | 314 590 F |
| 3e échelon | 306 590 F |
| 2e échelon | 299 590 F |
| 1er échelon | 294 590 F |

PRATICIENS HOSPITALIERS A TEMPS PARTIEL

| <i>Echelons</i> | <i>Rémunération à partir du 1^{er} novembre 2000</i> |
|-----------------|--|
| 13e échelon | 298 212 F |
| 12e échelon | 285 569 F |
| 11e échelon | 250 684 F |
| 10e échelon | 238 684 F |
| 9e échelon | 231 184 F |
| 8e échelon | 213 184 F |
| 7e échelon | 206 184 F |
| 6e échelon | 192 184 F |
| 5e échelon | 181 184 F |
| 4e échelon | 173 184 F |
| 3e échelon | 168 184 F |
| 2e échelon | 164 184 F |
| 1er échelon | 160 684 F |

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

J.O. Numéro 12 du 15 Janvier 2000 page 714

Textes généraux

Arrêté du 6 janvier 2000 fixant le taux et les modalités de versement de l'indemnité pour activité sur plusieurs établissements exercée par certains praticiens hospitaliers et certains praticiens exerçant à temps partiel.

NOR : MESH0020042

La ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et la secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale,

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 713-12 et L. 714-27 ;

Vu la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, et notamment son article 2 ;

Vu le décret no 84-131 du 24 février 1984 modifié portant statut des praticiens hospitaliers, et notamment ses articles 4, 28 (5o) et 33 ;

Vu le décret no 85-384 du 29 mars 1985 modifié portant statut des praticiens exerçant à temps partiel, et notamment son article 21 (4o),

Arrêtent :

Art. 1^{er} - Le montant de l'indemnité prévue à l'article 28 (5o) du décret du 24 février 1984 et à l'article 21 (4o) du décret du 29 mars 1985 susvisés est fixé à 2 500 F (381,12 Euro) par mois. Ce montant suit l'évolution des traitements de la fonction publique constatée par le ministre chargé de la santé. Elle n'est pas soumise à cotisation au régime de retraite complémentaire.

Art. 2. - Pour soutenir le développement d'activités en réseau entre établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et d'actions de coopération prévues à l'article L. 713-12 du code de la santé publique, conformes aux schémas régionaux d'organisation sanitaire, le bénéfice de cette indemnité peut être accordé aux praticiens hospitaliers et aux praticiens exerçant à temps partiel relevant des décrets susvisés dont l'activité s'exerce sur plusieurs établissements, sous réserve de validation par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Art. 3. - Cette indemnité est allouée, par le directeur de l'établissement public de santé dans lequel le praticien est nommé, après avis de la commission

médicale de l'établissement concerné et sous réserve de l'accord du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, pour une durée d'un an renouvelable par reconduction expresse.

Cette indemnité peut être supprimée, à chaque échéance, notamment en cas de révision du schéma régional d'organisation sanitaire ou si l'action de coopération à laquelle elle est attachée n'obtient plus la validation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

En cas de suppression de cette indemnité, le praticien doit en être informé au moins quarante-cinq jours à l'avance.

En cas de suspension des fonctions prononcée en vertu des dispositions des articles 69 ou 73 du décret du 24 février 1984 susvisé ou des articles 48 ou 52 du décret du 29 mars 1985 susvisé, le versement de cette indemnité est suspendu.

Art. 4. - Les frais de déplacement occasionnés par cette activité sont pris en charge selon les dispositions prévues à l'article 33 du décret du 24 février 1984 susvisé.

Art. 5. - Le directeur des hôpitaux est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 6 janvier 2000.

La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Pour la ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur des hôpitaux :

Le chef de service,
J. Debeaupuis

Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,
Pour le ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur du budget :

La directrice adjointe,
S.-A. Mahieux

La secrétaire d'Etat à la santé
et à l'action sociale,
Pour la secrétaire d'Etat et par délégation :

Par empêchement du directeur des hôpitaux :

Le chef de service,
J. Debeaupuis

**Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Sous-direction des professions médicales
et des personnels médicaux hospitaliers**

**La ministre de l'emploi et de la solidarité
Le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale**

à

**Mesdames et Messieurs les directeurs des agences
régionales de l'hospitalisation** (pour mise en oeuvre)

**Mesdames et Messieurs les préfets de région ,Direction
régionales des affaires sanitaires et sociales** (pour information)

**Mesdames et Messieurs les préfets de
départements, Direction départementales des affaires
sanitaires et sociales** (pour mise en oeuvre et diffusion)

**Circulaire DHOS/M n° 2000-521 du 13 octobre 2000 relative à l'indemnité versée à
certains personnels médicaux hospitaliers lorsqu'ils exercent leur activité
dans plusieurs établissements**

NOR : MESH0030459C
(Texte non paru au Journal officiel)

- Date d'application :** Immédiate.
- Résumé :** Conditions d'attribution de l'indemnité pour activité sur plusieurs établissements à certains praticiens hospitaliers et praticiens exerçant à temps partiel.
- Mot clé :** Praticiens hospitaliers, praticiens exerçant à temps partiel, exercice sur plusieurs établissements, activité partagée, actions de coopération.
- Texte de référence :**
- Articles L. 6134-1 (anciennement L. 713-12) et L. 6152-1 (anciennement L. 714-27) ;
 - Article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;
 - Articles 4 et 28 (5°) et 33 du décret n° 84-131 du 24 février 1984 modifié portant statut des praticiens hospitaliers ;
 - Articles 1er (dernier alinéa) et 21 (4°) du décret n° 85-384 du 29 mars 1985 modifié portant statut des praticiens exerçant à temps partiel ;
 - Articles 1er (dernier alinéa) et 11 (4°) du décret n° 87-788 du 28 septembre 1987 modifié relatif aux assistants des hôpitaux ;
 - Articles 12 et 23 (3°) du décret n° 95-569 du 6 mai 1995 modifié relatif aux médecins et pharmaciens recrutés par les établissements publics de santé, les établissements de santé privés participant au service public hospitalier et à l'Etablissement français du sang ;
 - Arrêté du 6 janvier 2000 fixant le taux et les modalités de versement de l'indemnité pour activité sur plusieurs établissements exercée par certains praticiens hospitaliers et certains praticiens exerçant à temps partiel.
- La ministre de l'emploi et de la solidarité, la secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation [pour mise en oeuvre] ; Madame et Messieurs les préfets de région, directions régionales des affaires sanitaires et sociales, [pour information] ; Mesdames et Messieurs les préfets de département, directions départementales des affaires sanitaires et

sociales, [pour mise en oeuvre et diffusion] La présente circulaire précise les conditions d'attribution de l'indemnité pour activité dans plusieurs établissements. L'attribution de cette indemnité doit correspondre à la fois au développement d'actions de coopération prioritaires et à un engagement personnel fort des praticiens concernés.

I. - ACTIVITÉS ÉLIGIBLES AU VERSEMENT DE L'INDEMNITÉ MULTI-ÉTABLISSEMENT

Dans le cadre de l'arrêté du 6 janvier 2000, peuvent bénéficier de l'indemnité pour activité dans plusieurs établissements les praticiens hospitaliers et les praticiens exerçant à temps partiel, participant à une activité de réseau entre établissements médico-sociaux ou à une action de coopération prévue à l'article L. 6134-1 (anciennement L. 713-12) du code de la santé publique. Dans les deux cas, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation doit être saisi d'une demande par l'établissement employeur, dans le cadre d'un projet formalisé par une convention entre l'établissement public d'affectation et un autre partenaire, entité juridique distincte. Le directeur de l'ARH examine la demande au regard des priorités régionales, qu'il entend soutenir dans le cadre notamment du schéma régional d'organisation sanitaire et du caractère d'éloignement géographique réel des établissements, et de l'enveloppe qui lui est déléguée. Il notifie au directeur d'établissement sa décision d'accorder ou de refuser sa validation à la demande. L'indemnité est allouée pour une durée d'un an renouvelable par reconduction expresse.

Le partenaire de l'action de coopération ou de réseau peut donc être :

- un autre établissement de santé public ou privé, à but lucratif ou non, notamment dans le cadre d'une convention constitutive de réseau ou de communauté d'établissement agréée par l'ARH ;
- un établissement médico-social ou social, public ou privé ;
- une autre personne de droit public ou privé (par exemple, dans le cas d'un réseau ville/hôpital) ;
- un établissement pénitentiaire, lié par protocole à un établissement public de santé, dans le cadre notamment des unités de consultations et de soins ambulatoires ou de l'intervention d'un secteur de psychiatrie.

Les praticiens de toutes les disciplines sont susceptibles de faire l'objet d'une demande présentée par un établissement de santé. S'agissant de la psychiatrie, pourront rentrer dans les critères définis par la présente circulaire les actions suivantes :

- les activités de psychiatrie de liaison, telles que définie au 3° de l'article 9 du décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, activités permettant d'apporter une expertise et une aide psychologiques dans les services d'hospitalisation autres que psychiatriques, lorsque le praticien intervient dans un autre établissement de santé lié par convention avec celui où il est affecté ;
- les activités intersectorielles, par convention entre deux ou plusieurs secteurs psychiatriques, lorsque le psychiatre se déplace dans un autre établissement sanitaire ou médico-social.

Sont toutefois éligibles les actions de coopération ou de réseau menées entre établissements appartenant à une même entité juridique dans les deux cas suivants, sous réserve que le directeur de l'ARH valide qu'elles présentent les critères définis dans la présente circulaire, c'est-à-dire une validation institutionnelle dans le cadre d'un projet formalisé par l'établissement concerné et un éloignement géographique manifeste et un engagement personnel du praticien concerné :

- les activités assurées entre des sites géographiques appartenant antérieurement à des établissements distincts et ayant fusionné en application de l'article R. 714-1-2 du code de la santé publique ;
- les activités assurées entre des établissements ou groupes d'établissements appartenant au même centre hospitalier universitaire au sens de l'article R. 714-16-29, lorsqu'elles correspondent à une restructuration ou à un regroupement d'activités prioritaires pour l'ARH.

Enfin, les décrets n° 2000-680 du 19 juillet 2000 et n° 2000-774 du 1er août 2000 ont étendu le bénéfice de cette indemnité respectivement aux assistants des hôpitaux et aux praticiens adjoints contractuels. Le protocole du 27 juillet 2000 signé avec les personnels enseignants et hospitaliers leur a également étendu le bénéfice de cette indemnité et donnera lieu à une modification prochaine de leur décret statutaire. Les arrêtés d'application de ces mesures statutaires sont en cours d'élaboration et seront publiés prochainement. Ils donneront lieu à une circulaire complémentaire précisant aux directeurs d'agence régionale d'hospitalisation les modalités spécifiques selon lesquelles les praticiens autres que les praticiens hospitaliers et les praticiens exerçant à temps partiel peuvent bénéficier de cette indemnité.

II. - ENGAGEMENT PERSONNEL DU PRATICIEN

Pour bénéficier de cette indemnité au montant prévu par l'arrêté du 6 janvier 2000, soit 2 500 francs bruts mensuels, l'engagement personnel du praticien doit représenter au minimum deux demi-journées ou une garde de nuit par semaine d'activité en dehors de son établissement d'affectation. Cet engagement peut donc être partagé entre plusieurs établissements ou plusieurs séquences dans le mois, ou au contraire être affecté à un déplacement unique par semaine ou par mois. La participation du praticien doit être individualisée en annexe de la convention passée par son établissement d'affectation et mentionnée dans le tableau de service établi sous la responsabilité du directeur. Ce critère unique est applicable à l'ensemble des praticiens concernés, et en particulier aux praticiens à temps plein et à temps partiel.

Il est rappelé que cette indemnité ne se substitue aucunement à la rémunération du temps médical, qui peut faire l'objet de facturations ou reversements entre établissements dans le cadre des conventions de réseau ou des conventions de coopération, ou au remboursement des frais de déplacement. L'indemnité pour exercice entre plusieurs établissements constitue au premier chef une incitation au développement de telles activités, et une contrepartie d'un engagement fort de mobilité. Les actions de réseau et de coopération n'atteignant pas, pour un praticien pris individuellement, le seuil équivalent à deux demi-journées par semaine doivent faire l'objet d'autres incitations, dans le cadre des réseaux de soins, sous des formes plus collectives et institutionnelles, que la prime multi-établissement, qui vise en priorité les praticiens réalisant les efforts de mobilité les plus importants. Un praticien hospitalier bénéficiant d'une ou deux demi-journées d'activité d'intérêt général conformément aux dispositions de l'article 11 du décret n° 82-1149 du 29 décembre 1982 modifié notamment par l'article 1er du décret n° 99-565 du 6 juillet 1999, peut être bénéficiaire de l'indemnité multi-établissement si l'activité réalisée dans ce cadre s'inscrit dans les conditions prévues par l'arrêté du 6 janvier 2000 et respecte les critères posés par la présente circulaire. Cette activité doit faire l'objet d'un projet institutionnel de l'établissement, validé par la CME et inscrit dans une convention de coopération, et recueillir la validation du directeur de l'ARH. En revanche, une même activité ne peut donner lieu au versement de l'indemnité multi-établissement et à demi-journée(s) d'activité d'intérêt général.

III. - MODALITÉS DE VERSEMENT ET FINANCEMENT

Une enveloppe de 45 MF pour l'année 2000 et de 135 MF en année pleine 2001 a été déléguée aux directeurs d'ARH par la circulaire budgétaire de mi-campagne 2000 en date du 8 août 2000. Elle correspond à un objectif national de 3 000 praticiens bénéficiant en année pleine de l'indemnité multi-établissements. Cette enveloppe est répartie entre les régions sur la base des dotations régionales, corrigées pour tenir compte de la démographie médicale ; les dotations régionales des 4 régions présentant les difficultés démographiques (1) les plus importantes sont majorées de 30 %, celles des six régions présentant des difficultés importantes (2) et des trois départements français d'Amérique le sont de 20 %. Ces difficultés sont mesurables par le taux de vacance des postes publiés lors du tour national de nomination, et par le nombre de praticiens hospitaliers rapporté à la population, notamment dans les disciplines d'anesthésie-réanimation et de psychiatrie.

Cette enveloppe bénéficie à l'ensemble des praticiens concernés. Vous veillerez néanmoins, sauf priorité régionale contraire, à réserver 85 % de l'enveloppe aux praticiens hospitaliers et aux praticiens exerçant à temps partiel, dans l'attente de l'évaluation du dispositif.

IV. - ÉVALUATION DU DISPOSITIF

Le présent dispositif est mis en place pour une durée d'un an et est soumis à évaluation. Il vous appartient, sur la base de la présente circulaire, d'informer sans délai les établissements, afin qu'ils vous présentent leurs premières demandes avant le 15 novembre 2000. Vous constituerez une commission régionale de suivi de ce dispositif avec les représentants des quatre intersyndicales de praticiens dans votre région, les conférences hospitalières et la Fédération hospitalière de France. Vous analyserez avec ces partenaires les informations relatives à la montée en charge et à l'évaluation régionale de ce dispositif, qui feront par ailleurs l'objet d'une synthèse et d'une évaluation nationale, afin d'opérer le cas échéant les ajustements qui s'avèreraient nécessaires, au niveau national ou régional.

Vous voudrez bien m'informer, sous le présent timbre, des difficultés de mise en oeuvre que vous pourriez rencontrer.

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

M. Aubry

La secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés,

D. Gillot

(1) Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Nord-Pas de Calais, Picardie.

(2) Auvergne, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Franche-Comté, Lorraine.

Voici enfin, prête à la publication, la dernière et très probablement définitive version du nouvel arrêté sur les gardes et astreintes. Cet arrêté remplace le monument de 1973 et apporte deux modifications essentielles :

- La possibilité d'organisation en service continu pour certaines spécialités dont l'anesthésie-réa,
- Le repos de sécurité obligatoire de 11 heures après la garde pour tous imposant a) l'arrêt de toute activité pour ceux qui sont en service continu, b) l'arrêt de toute activité clinique pour les autres.

Les négociations débutent maintenant sur la RTT. Il est probable que ce texte soit re-looké après ces discussions après en particulier la redéfinition en heures de nos obligations de service. Il sera alors amélioré. Mais ne boudons pas notre plaisir: il s'agit aujourd'hui de l'aboutissement d'un cycle de mobilisations.

Dr M.V.

ARRÊTÉ

RELATIF A L'ORGANISATION ET A L'INDEMNISATION DES SERVICES DE GARDE, A LA MISE EN PLACE DU REPOS DE SÉCURITÉ DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ AUTRES QUE LES HÔPITAUX LOCAUX

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie,
Le ministre de l'emploi et de la solidarité,
Le ministre de l'éducation nationale,

VU le code de la santé publique,

VU le décret n° 65-803 du 22 septembre 1965 modifié portant statut du personnel particulier des centres de soins d'enseignement et de recherches dentaires des centres hospitaliers universitaires,

VU le décret n° 81-291 du 30 mars 1981 modifié portant statut des attachés et des attachés associés des établissements d'hospitalisation publics,

VU le décret n° 82-634 du 8 juillet 1982 relatif à la prise en compte des rémunérations des praticiens à la tarification des consultations externes et au contrôle de l'activité médicale hospitalière dans les hôpitaux publics autres que les hôpitaux locaux et dans les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier,

VU le décret n° 84-131 du 24 février 1984 modifié, portant statut des praticiens hospitaliers,

VU le décret n° 84-135 du 24 février 1984 modifié, portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires,

VU le décret n° 85-384 du 29 mars 1985 modifié, portant statut des praticiens exerçant leur activité à temps partiel dans les établissements d'hospitalisation publics,

VU le décret n° 87-788 du 28 septembre 1987 modifié relatif aux assistants des hôpitaux,

VU le décret n° 90-92 du 24 janvier 1990 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherches dentaires des centres hospitaliers et universitaires.

VU le décret n° 93-701 du 27 mars 1993 relatif aux praticiens contractuels des établissements publics de santé,

VU le décret n° 95-569 du 6 mai 1995 modifié relatif aux médecins et pharmaciens recrutés par les établissements de santé et établissements de santé privés participant au service public hospitalier, en application des articles 3 et 4 de la loi N° 95-116 du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social.

arrêtent

CHAPITRE I : Définition du repos de sécurité, du service normal de jour et du service de gardes et astreintes

Art. 1er

Dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, la commission médicale d'établissement

propose d'organiser, sur avis de la commission des gardes prévue à l'article 4 ci-dessous et après consultation des chefs de services ou de départements, l'activité et l'horaire des services médicaux, pharmaceutiques et odontologiques en distinguant un service normal de jour et un service de garde. Elle tient compte, pour ce faire, de la nature et de l'intensité des activités et de la mise en place du repos de sécurité.

Cette organisation est mise en place pour une durée d'un an renouvelable après évaluation des activités concernées.

Le repos de sécurité, d'une durée de 11 heures, est constitué :

- dans les activités de service continu définies à l'article 8 ci-dessous, par une interruption totale de toute activité, prise immédiatement après chaque garde de nuit effectuée ;
- pour les autres activités, par une interruption de toute activité clinique en contact avec le patient, prise immédiatement après chaque garde de nuit.

Art. 2

Le service normal de jour comprend :

- les services médicaux quotidiens du matin et de l'après-midi de chacun des six jours ouvrables auprès des malades hospitalisés et des consultants externes ou pour les activités de service continu, une permanence médicale équivalente ;
- les activités d'enseignement dissociables des activités de soins et effectuées hors de l'établissement pendant le temps dû au service ;
- les autres activités extra-hospitalières assurées par les praticiens de l'hôpital dans des établissements ou organismes extérieurs liés par convention ;
- pour les praticiens exerçant à plein temps, l'activité libérale prévue aux articles L. 6154-1 à 6154-7 du code de la santé publique.

L'ensemble des besoins du service normal de jour est couvert par les obligations de service dues par les praticiens selon leurs différents statuts.

Une demi journée du service normal de jour, ou une vacation, peut, dans l'intérêt du service, être déplacée sur un horaire tardif. Dans ce cas, elles demeurent comptées dans le service normal de jour.

Art. 3

Le service de garde a pour objet d'assurer pendant chaque nuit et pendant la journée du dimanche ou des jours fériés la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence et la permanence des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes.

Le service de garde à l'hôpital ou par astreinte à domicile ne peut être organisé dans l'après-midi d'un des six jours ouvrables, sauf dans les services ou sections de service dont les effectifs de personnel médical ne permettent pas d'assurer le service normal de jour pendant douze demi-journées par semaine et sauf le samedi après midi pour les praticiens ayant par ailleurs rempli leurs obligations de service fixées par les différents statuts.

Les praticiens exerçant à plein temps des fonctions hospitalières ou des fonctions enseignantes et hospitalières ne peuvent participer à la garde d'après midi que lorsqu'ils remplissent, dans la semaine considérée, les obligations de service fixées par leurs statuts à dix ou à onze demi-journées par semaine.

Le service de garde est organisé soit pour l'ensemble de l'établissement, soit par secteurs de garde communs à une ou plusieurs disciplines.

A l'initiative des établissements concernés ou à la demande des directeurs des agences régionales d'hospitalisation en application de l'article L. 6122-15 du code de la santé publique, les secteurs de garde peuvent regrouper des établissements distincts mais voisins ; ils sont alors définis par voie de convention entre ces établissements en application de l'article L. 6134-1 du code de la santé publique.

Toutes les dispositions relatives à l'organisation du service de garde arrêtées au sein d'un seul établissement ou par voie de convention sont prises sur avis des commissions médicales d'établissement concernées, sauf les tableaux mensuels visés à l'article 13 ci-dessous.

Art. 4

La commission médicale d'établissement met en place une commission des gardes et astreintes.

Celle-ci :

- donne son avis sur l'organisation et le fonctionnement du service de gardes et d'astreintes et sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation au service de gardes et astreintes ;
- propose le cas échéant pour toute ou partie des activités de service continu, des rythmes de travail différents ;
- donne son avis sur les conventions de coopération prévues à l'article 3 ci-dessus ;
- vérifie l'état récapitulatif mensuel des participations au service de gardes et astreintes ;
- instruit les dossiers d'accréditation des tours de gardes et astreintes ;
- établit un bilan annuel qu'elle adresse au directeur, ainsi qu'au Président de la commission médicale d'établissement.

Art. 5

La commission des gardes et astreintes comprend :

- des personnels médicaux désignés par la commission médicale d'établissement parmi ses membres ;
- en nombre égal à celui des personnels médicaux mentionnés à l'alinéa précédent, des personnels médicaux non membres de la commission médicale d'établissement effectuant des gardes et astreintes ;
- le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant
- le directeur ou son représentant assisté du collaborateur de son choix.

Le nombre et les modalités de désignation des représentants des personnels médicaux ainsi que les modalités de désignation du président sont arrêtés par la commission médicale d'établissement.

La commission des gardes et astreintes établit son règlement intérieur.

Art. 6

Les décisions ou conventions visées à l'article 4 précisent également :

1° La nature du service de garde. Celui-ci peut prendre la forme :

- d'une permanence à l'hôpital impliquant la présence continue dans l'enceinte de l'hôpital considéré du ou des praticiens qui l'assurent ;
- d'une astreinte à domicile impliquant l'obligation pour le praticien de rester à la disposition de l'établissement à son domicile ou en un lieu voisin pendant toute la durée de la garde et de répondre à tout appel.

2° La localisation et les objectifs de chaque service de garde et son importance numérique adaptée aux variations prévisibles des besoins selon les jours ou les périodes de l'année.

3° Le directeur d'établissement responsable du secteur de garde lorsqu'il n'y a pas coïncidence entre le secteur de garde et l'établissement public.

Art. 7

Pour chaque nuit, le service de garde (permanence à l'hôpital ou astreinte à domicile) commence à la fin du service normal de l'après-midi, et au plus tôt à 18 h 30 pour s'achever au début du service normal du lendemain matin, et au plus tôt à 8 h 30.

Pour chaque dimanche ou jour férié, le service de garde (permanence à l'hôpital ou astreinte à domicile) commence à 8 h 30 pour s'achever à 18 h 30 au début du service de garde de nuit.

La commission médicale d'établissement, sur avis de la commission des gardes et astreintes et sur la base d'un projet élaboré par les services ou les départements volontaires, peut adapter ces horaires, pour certains secteurs de gardes, en fonction des contraintes spécifiques locales.

Un même praticien ne peut être de garde sur place pendant plus de vingt quatre heures consécutives. Une astreinte à domicile peut porter consécutivement sur une journée du dimanche ou jour férié et la nuit suivante.

Art. 8 :

Par dérogation aux articles 2, 3 et 7 ci-dessus, la commission médicale d'établissement, sur l'avis de la commission des gardes et atreintes, et en cohérence avec le projet de service, peut proposer pour une durée de un an, renouvelable après évaluation des activités concernées, proposer une organisation en service continu, sur la base d'un projet élaboré par des structures volontaires, pour les activités suivantes :

- en anesthésie-réanimation,
- dans les activités de soins énumérées à l'article R.712.2-III, 5, 6 et 9 du code de la santé publique,
- et dans les services ou départements de gynécologie-obstétrique visés à l'article R. 712.2-I-3, réalisant plus de 2000 accouchements par an.

CHAPITRE II – Participation des paticiens au service de garde.

Art. 9 :

Sans préjudice des dispositions relatives aux obligations des internes et des étudiants hospitaliers, participent au service de garde tous les praticiens à temps plein ou à temps partiel, soit :

- les personnels enseignants et hospitaliers régis par le décret n° 84-135 du 24 février 1984 modifié et n°90-92 du 24 janvier 1990 modifié ;
- les personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques dont les statuts sont fixés conformément à l'article L. 6152-1 du code de la santé publique.

Les praticiens qui sont autorisés à accomplir un service à mi-temps pour raison thérapeutique peuvent être dispensés, à leur demande, des services de gardes et astreintes. Sont par ailleurs dispensés de ce service, les praticiens hospitaliers qui font l'objet d'une décision temporaire les excluant du tableau des gardes, conformément à leurs statuts.

Art. 10

Le tableau général mensuel de service définis à l'article 12 ci-après répartit les sujétions résultant de la participation au service de garde par roulement entre les praticiens cités à l'article précédent et notamment celles attachées à la mise en place du repos de sécurité.

Aucun praticien ne peut se soustraire à ses obligations de gardes.

Un même praticien ne peut, sauf nécessité impérieuse de service et à titre exceptionnel, être mis dans l'obligation d'assurer une participation supérieure à :

- une nuit par semaine, sous forme de permanence à l'hôpital ;
- trois nuits par semaine, sous forme d'astreinte à domicile ;
- un dimanche ou jour férié par mois, sous forme de permanence à l'hôpital ;
- deux dimanches ou jours fériés par mois, sous forme d'astreinte à domicile, mais il peut, à titre volontaire, dépasser ces normes dans les limites compatibles avec la bonne exécution de son service normal de jour.

Lorsque l'effectif des praticiens cités à l'article 9 ci-dessus est insuffisant pour assurer la participation au service de garde sans dépasser les normes prévues à l'article précédent, il est fait appel aux attachés médicaux de l'hôpital, volontaires pour assurer une participation aux services de garde, en complément des vacances dues à l'établissement.

Il peut être fait appel à des praticiens extérieurs à l'établissement, inscrits sur leur demande, sur une liste arrêtée par le directeur de l'établissement ou le directeur responsable du secteur de garde, sur proposition des commissions médicales d'établissement concernées. Cette liste est transmise au directeur de l'agence régionale d'hospitalisation.

Art. 11

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation organise auprès de lui une commission consultative régionale composée de représentants des directeurs d'établissements, des représentants des commissions médicales d'établissements et des représentants des praticiens hospitaliers qui est chargée du suivi de la mise en place du repos de sécurité. Le directeur d'établissement ou le directeur responsable du secteur, ou les présidents de CME concernés informent la commission consultative régionale en cas de difficulté à organiser le service de garde conformément aux dispositions de l'article 10.

CHAPITRE III : Tableau mensuel général de service

Art. 12

Dans le cadre des dispositions sur l'organisation générale du service normal de jour et du service de garde, arrêtées dans les conditions définies au chapitre II ci-dessus, le directeur de l'établissement, ou le directeur responsable du secteur de garde, établit chaque mois, sur proposition du chef de service ou de département, le tableau général nominatif de service.

Il est assisté dans cette tâche par deux praticiens désignés par la ou les commissions médicales d'établissement concernées ou, pour l'assistance publique à Paris, par les comités consultatifs médicaux de chaque établissement ou groupe d'établissements.

Lorsqu'un service de garde doit être organisé dans la journée conformément aux dispositions de l'article 3 (deuxième alinéa) ci-dessus, les tableaux mensuels nominatifs doivent être approuvés par le médecin inspecteur régional de la santé dans les centres hospitaliers régionaux faisant partie de centres hospitaliers et universitaires, par le médecin inspecteur départemental de la santé pour les autres établissements.

Art. 13

Le tableau général mensuel de service du service de garde est établi avant le 20 de chaque mois, pour le mois suivant.

Les tableaux comportent l'indication détaillée de chaque temps de permanence à l'hôpital ou d'astreinte à domicile, en précisant à chaque fois le nom et les qualités du praticien qui en est chargé. Ce tableau est notifié aux directeurs d'établissement et aux médecins chefs de service concernés et affichés dans les services.

Le directeur de l'établissement ou, selon le cas, le directeur responsable du secteur de garde communique à chaque praticien l'extrait du tableau le concernant.

Art. 14

En cas de nécessité, un praticien peut se faire remplacer dans une de ses participations au service de garde par un autre praticien avec l'accord écrit de son remplaçant. Il transmet cet accord au directeur responsable dans les meilleurs délais et, sauf cas de force majeure, au plus tard deux jours avant le commencement du service de garde modifié.

Art. 15

Compte tenu de la participation au service de garde déterminée par les tableaux mensuels nominatifs, le directeur de l'établissement ou, selon le cas, le directeur de l'établissement annexe, dresse, pour chaque mois, le tableau général de service.

Le tableau général de service de chaque mois énumère tous les praticiens, classés en liste citant successivement et par secteur de garde individualisé :

- les praticiens à plein temps et les praticiens à temps partiel, quelque soient leurs statuts ;
- les attachés des hôpitaux ;
- le cas échéant, les praticiens extérieurs à l'hôpital participant au service de garde.

Il indique en regard du nom de chaque praticien :

- son emploi du temps en service normal, détaillé par demi journée, ou vacation, ou par plages de travail pour les activités organisées en service continu, avec totalisation hebdomadaire ;
- sa participation au service de garde, détaillé par nuit, dimanche et jour férié, éventuellement par demi journée, en précisant s'il s'agit de permanence à l'hôpital ou d'astreinte à domicile.

Le tableau général de service de chaque mois fait apparaître également la durée des absences quel qu'en soit le motif.

Art. 16

La participation au service de garde à l'hôpital ou par astreinte à domicile peut donner lieu à récupération, à condition que le fonctionnement continu du service soit assuré en service normal de jour pendant douze demi-journées par semaine, sauf exception prévue à l'article 3 ci-dessus.

Dans ce cas, les intéressés peuvent récupérer les gardes effectuées, après accord des praticiens responsables des services ou départements concernés, dans les conditions et limites fixées ci-après

- une journée pour une garde ;
- une demi-journée pour deux demi-gardes ou deux astreintes opérationnelles
- une demi-journée pour cinq astreintes de sécurité.

Les journées ainsi récupérées au titre du service de garde peuvent, lorsque le fonctionnement continu du service le permet, soit être fractionnées en demi-journées, soit être cumulées dans la limite de cinq jours par mois ou quinze jours par trimestre.

Les permanences à l'hôpital ou les astreintes à domicile qui ont donné lieu à récupération ne sont pas indemniées. Elles ne sont pas prises en compte pour l'application des normes prévues à l'article 10 ci-dessus.

Toutefois, les gardes ayant fait l'objet d'un repos de sécurité à l'issue ne peuvent faire l'objet d'une récupération.

Art. 17

Les tableaux mensuels nominatifs prévus à l'article 12 ci-dessus mentionnent au regard du nom de chaque praticien ses participations aux gardes sur place et aux gardes par astreintes à domicile effectuées en sus des obligations du service normal.

1° - Nature du service de garde

Celui-ci peut prendre la forme :

D'une garde mise sur place dans les secteurs comportant une activité intense pendant la nuit ou pendant la journée d'une dimanche ou jour férié ;

D'une astreinte opérationnelle lorsque l'activité de garde dans ces secteurs est assurée par un médecin en astreinte à domicile.

La garde et l'astreinte opérationnelle à domicile peuvent être divisées en demi-garde ou demi-astreinte opérationnelle dans les conditions ci-après :

- la demi-garde donne lieu à une présence à l'hôpital pendant la première moitié de la nuit pour la seconde partie de la nuit, la demi-garde peut être prolongée par une demi-astreinte opérationnelle ;
- au cas où dans le cadre de cette demi-astreinte opérationnelle les praticiens seraient appelés à effectuer une présence effective cumulée d'au moins 3 heures au-delà de la limite de 01 h 30, cette demi-astreinte opérationnelle se transforme en demi-garde.

D'une astreinte de sécurité de nuit, de dimanche ou jour férié dans les disciplines qui ne donnent lieu qu'à des appels peu fréquents ;

Appels exceptionnels. Les disciplines dans lesquelles les appels sont exceptionnels ne donnent pas lieu à une liste de garde.

2°- Indemnisation des participations au service de garde.

A - Ces participations sont indemnisées sur la base de taux forfaitaires communs à tous les praticiens concernés, quelle que soit la catégorie à laquelle ils appartiennent.

Ces taux ainsi que les limites des plafonds qui évoluent en fonction de l'évolution des traitements de la fonction publique sont fixés ainsi qu'il suit :

Taux à compter du 01.12.00

1 - Service de garde sur place

| | | |
|---|---------|--------|
| Indemnité pour une garde | 1 521 F | 231,87 |
| Indemnité pour une demi-garde | 761 F | 115,84 |
| Indemnité pour une demi-garde de 18 h 30 à 1 h du matin | 707 F | 107,71 |
| Indemnité pour une demi-garde de 1 h du matin à 8 h 30 | 814 F | 124,14 |

2 - Service de garde par astreinte

I - Astreinte opérationnelle

| | | |
|--|-------|-------|
| a) Indemnité pour une astreinte | 234 F | 35,87 |
| Indemnité pour une demi-astreinte | 117 F | 17,84 |
| b) Indemnité due pour chaque déplacement | 327 F | 49,79 |

Le montant cumulé des indemnités perçues ne peut excéder

| | | |
|--|---------|--------|
| au titre d'une demi-astreinte opérationnelle | 761 F | 115,84 |
| au titre d'une astreinte opérationnelle | 1 521 F | 231,87 |

II - Astreinte de sécurité

| | | |
|---------------------------------|-------|-------|
| a) Indemnité pour une astreinte | 153 F | 23,32 |
|---------------------------------|-------|-------|

Le montant cumulé des indemnités forfaitaires de base ne peut excéder :

| | | |
|----------------------|---------|--------|
| pour quatre semaines | 1 224 F | 186,60 |
| pour cinq semaines | 1 530 F | 233,25 |

| | | |
|--|-------|-------|
| b) Indemnité due pour chaque déplacement | 327 F | 49,79 |
|--|-------|-------|

Les indemnités versées au titre d'une astreinte de sécurité ne peuvent excéder le taux fixé pour une garde.

3 - Déplacements exceptionnels

a) Ils ne donnent lieu à aucune indemnité

| | | |
|--|-------|-------|
| b) Indemnité due pour chaque déplacement | 327 F | 49,79 |
|--|-------|-------|

4 - Pour un même praticien, le montant cumulé des indemnités perçues pour ses participations au service de garde sous forme de permanence à l'hôpital ou d'astreinte à domicile ne peut excéder :

| | | |
|----------------------|----------|----------|
| pour quatre semaines | 15 130 F | 2 318,75 |
| pour cinq semaines | 18 913 F | 2 898,44 |

Les indemnités perçues dans le cadre des interventions hors service normal prévues au deuxième alinéa de l'article 3 de l'arrêté du 15 février 1973 modifié ne sont pas comptées dans ce plafond.

5. Lorsqu'un seul déplacement conduit à des actes thérapeutiques nécessitant la présence pour une durée supérieure à 3 heures, l'astreinte se transforme en demi-garde.

Lorsque plusieurs déplacements conduisent à des actes thérapeutiques nécessitant la présence pour une durée cumulée de 4 heures, l'astreinte se transforme en demi-garde.

B - En cas de nécessité absolue de service et après prise en compte des possibilités de recours à d'autres établissements ou à des praticiens extérieurs, l'application du plafonnement des gardes et astreintes peut être modulée dans les conditions suivantes :

1° en période de congés annuels, les directeurs sont autorisés, après avis de la commission médicale d'établissement, à calculer les plafonds sur une période cumulée de trois mois.

2° sur la demande du directeur présentée après avis de la commission médicale d'établissement, le Préfet peut, après avis du médecin inspecteur régional et examen du tableau général de garde de l'établissement, autoriser par période maximum d'un an, des dépassements de plafond dans certaines disciplines.

C - Quel que soit l'établissement où elles ont été effectuées, les participations au service de garde sont exclusivement mandatées par l'établissement où le praticien effectue son service normal de jour.

D - Pour les activités de service continu instituées à titre dérogatoire en application de l'article 8 ci-dessus, les plages de travail effectuées au delà de 39 heures hebdomadaires, sont indemnisées sur la base du montant d'une garde par période de 12 heures. Pour une période d'une durée inférieure à 12 heures, le montant de l'indemnité est réduit au prorata du nombre d'heures effectué.

Art. 18

Les appels faits aux praticiens à plein temps au bénéfice de leurs malades personnels admis dans les établissements dans le cadre de l'activité libérale qu'un praticien peut exercer à l'hôpital ne donnent pas lieu au remboursement de frais de transport ni à l'octroi d'indemnités kilométriques.

Les déplacements effectués pour assurer le service de garde ne donnent pas lieu au remboursement de frais de transport ni à l'octroi d'indemnités kilométriques. Toutefois, si le service de garde est organisé entre plusieurs hôpitaux conformément aux dispositions de l'avant-dernier alinéa de l'article 3 ci-dessus, les frais de déplacement des praticiens à temps plein ou à temps partiel appelés à se rendre dans un établissement autre que celui dans lequel ils exercent leurs fonctions sont remboursés sur la base d'indemnités kilométriques dans les conditions et limites prévues pour les membres du personnel hospitalier visés au Titre IV du statut général des fonctionnaires.

Art. 19 :

Les dispositions des articles 17 et 18 ci-dessus ne sont pas applicables aux praticiens hospitaliers logés par nécessité ou utilité de service.

CHAPITRE IV : Disposition d'ordre comptable

Art. 20

Chaque praticien effectuant une garde à domicile note sur un carnet à double feuillet, unique pour l'établissement et déposé au service des urgences :

- Le nombre et l'heure des appels reçus au cours de la nuit ;
- Ses heures d'arrivée et de départ de l'hôpital
- Le nom des malades soignés et, par référence à la nomenclature des actes médicaux, l'indication des soins dispensés.

Art. 21

Au plus tard le 10 de chaque mois, le directeur de l'établissement ou le directeur responsable du service de garde arrête l'état récapitulatif des participations au service de garde effectuées au cours du mois précédent. Cet état décompte pour chaque praticien le nombre de permanences à l'hôpital, effectuées sous déduction, le cas

échéant, de celles incluses dans le service normal, conformément aux dispositions de l'article 16 ci-dessus, et celui des gardes par astreinte à domicile, avec l'indication du nombre des appels et heures de présence consécutifs à chaque garde. L'extrait qui le concerne est adressé à chaque praticien.

Lorsque cet état récapitulatif est arrêté par le directeur responsable d'un secteur de garde, il en est transmis copie à chaque directeur d'établissement concerné.

Art. 22

Au vu de l'état récapitulatif visé à l'article précédent, le directeur liquide le montant des indemnités dues aux praticiens extérieurs rattachés en appliquant aux services faits le barème fixé à l'article 17 ci-dessus.

Les mandatements sont présentés au comptable sous forme d'état collectif pour chaque mois et sont accompagnés du tableau mensuel de service visé à l'article 15 ci-dessus, préalablement annoté des modifications qui lui auraient été apportées et arrêté par le directeur de l'établissement comme état des services faits.

CHAPITRE V : Champ d'application et calendrier

Art. 23

Pour l'application des dispositions du présent arrêté :

- les fractions d'heures sont négligées ou comptés pour une heure selon qu'elles sont inférieures ou supérieures à la demi-heure ;
- la période hebdomadaire commence le lundi matin à 8 h 30 et s'achève le lundi suivant à même heure ;
- la période mensuelle commence le premier lundi de chaque mois à 8 h 30 et s'achève le premier lundi du mois suivant à la même heure, chaque période mensuelle comportant ainsi quatre ou cinq semaines entières.

Art. 24

Les dispositions des articles 16 et 17 du présent arrêté sont applicables aux garde médicales effectuées dans les services de réanimation des hôpitaux publics par les praticiens et les internes autorisés à participer au service de garde de réanimation en application de l'article 3 de l'arrêté du 21 janvier 1976 susvisé.

En outre, les permanences à l'hôpital pendant l'après-midi sont indemnisées sur la base de la demi-garde. Elles ne peuvent faire l'objet de récupération.

Art. 25

Le bénéfice du repos de sécurité, dans les conditions fixées par l'article 1er du présent arrêté est ouvert à tous les praticiens visés au premier alinéa de l'article 9 à compter du 1er octobre 2003.

Dans les établissements ayant organisé leurs secteurs de garde conformément aux dispositions de l'avant dernier alinéa de l'article 3 ci-dessus, le bénéfice du repos de sécurité peut, à titre dérogatoire, être ouvert avant la date fixée au premier alinéa du présent article, à compter de la mise en place d'une organisation de soins leur permettant.

Art. 26

L'arrêté du 15 février 1973 est abrogé.

Art. 27

Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère de l'emploi et de la solidarité est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Journal officiel de la république française.

Fait à Paris, le

**Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie,
Le ministre de l'emploi et de la solidarité
Le ministre de l'éducation nationale**

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

J.O. Numéro 221 du 23 Septembre 2000 page 14960

Textes généraux

Arrêté du 14 septembre 2000 relatif aux émoluments des praticiens hospitaliers.

NOR : MESH0022838A

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et le ministre de l'emploi et de la solidarité,
Vu le code de la santé publique, et notamment son article 6152-1 ;

Vu le décret no 82-634 du 8 juillet 1982 relatif à la prise en charge des rémunérations des praticiens, à la tarification des consultations externes et au contrôle de l'activité médicale hospitalière dans les hôpitaux publics autres que les hôpitaux locaux et dans les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier ;

Vu le décret no 84-131 du 24 février 1984 modifié portant statut des praticiens hospitaliers, et notamment son article 28,

arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 14 septembre 2000.

Le ministre de l'emploi et de la solidarité,
Pour le ministre et par délégation :
Par empêchement du directeur
de l'hospitalisation et de l'organisation des soins :
Le sous-directeur des professions médicales
et des personnels médicaux hospitaliers,
P. Blémont

Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,
Pour le ministre et par délégation :
Par empêchement du directeur du budget :
La sous-directrice,
F. Delasalles

Arrêtent :

Art. 1er. - Les montants bruts annuels (en francs) des émoluments forfaitaires prévus à l'article 28 du décret du 24 février 1984

susvisé sont fixés ainsi qu'il suit :

- 13e échelon : 534 941 ;
- 12e échelon : 512 264 ;
- 11e échelon : 450 590 ;
- 10e échelon : 432 590 ;
- 9e échelon : 402 590 ;
- 8e échelon : 388 590 ;
- 7e échelon : 376 590 ;
- 6e échelon : 351 590 ;
- 5e échelon : 328 590 ;
- 4e échelon : 314 590 ;
- 3e échelon : 306 590 ;
- 2e échelon : 299 590 ;
- 1er échelon : 294 590.

Art. 2. - Les dispositions du présent arrêté prennent effet à compter du 1er novembre 2000.

Art. 3. - Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère de l'emploi et de la solidarité est chargé de l'exécution du présent

Mesures adoptées depuis le 9 juin 2000

Mise en œuvre du protocole du 13 mars 2000

Signé avec les syndicats de praticiens hospitaliers

1. Indemnité d'engagement de service public exclusif

Circulaire DH/PM/2000 n°387 du 10 juillet 2000 relatives aux modalités d'application des dispositions des décrets du 8 juin 2000.

2. Indemnité pour exercice dans plusieurs établissements

2-1 dispositif relatif aux PH et aux praticiens à temps partiel circulaire DHOS/M/2000 n°521 du 13 octobre 2000
2-2 autres catégories de personnels médicaux - décret n°2000- 680 du 19 juillet 2000 (J.O 21 juillet 2000) modifiant le statut des assistants.

Décret n° 2000-774 du 1er Août 2000 (J.O du 8 août 2000) modifiant le statut des PAC

3. Attractivité des carrières

Arrêtés du 14 septembre 2000 (J.O du 23 septembre 2000) relatifs aux émoluments des praticiens à temps plein et à temps partiel.

4. Assistants et chefs de clinique

4-1 assistants

décret n° 2000-680 du 19 juillet 2000 (J.O 21 juillet 2000) modifiant le statut des assistants (création d'un assistantat à temps partiel, congés pour événements familiaux, indemnité multi-établissements, repos de sécurité)

arrêté du 22 juin 2000 relatif à la rémunération des assistants (J.O du 30 juin 2000)

4-2 chefs de clinique

(mesures également prévues par le relevé de décisions signé avec les représentants des CCA)

arrêté du 22 juin 2000 relatif à la rémunération des chefs de clinique (J.O 30 juin 2000)

Instruction DHOS/M2/2000/483 du 20 septembre 2000 relative aux rémunérations des présences en dehors du temps de travail statutaire les week ends, dimanches et jours fériés

5. PAC

Décret n°2000-774 du 1er août 2000 (J.O du 8 août 2000) modifiant le statut des PAC (nouvelle grille de carrière, repos de sécurité, indemnité multi-établissement, congés pour événements familiaux, indemnité pour engagement dans les DOM).

Arrêté du 1^{er} août relatif aux émoluments (J.O du 8 août 2000).

Lettre circulaire n°8560 du 25 septembre 2000 relative à la reprise d'ancienneté et à la possibilité de nommer des PAC en qualité de praticien provisoire.

Autres mesures

6. Concours national de praticien des établissements publics de santé

- arrêté du 21 juin 2000 (J.O du 30 juin 2000) modifiant l'arrêté du 28 juin 1999.

- arrêté du 6 juillet 2000 (J.O du 19 juillet 2000) modifiant l'arrêté du 28 juin 1999 étendant, sous certaines conditions, à l'ensemble des médecins généralistes, la possibilité d'inscription dans la discipline psychiatrie.

7. Urgentistes

instruction DHOS/M/2000 n°471 du 15 septembre 2000 relative aux modalités d'application dans les structures d'urgences de l'arrêté du 29 décembre 1999 relatif aux praticiens contractuels.

8. Fonctions de chefs de service ou de département dans les services ou départements hospitalo-universitaires

- décret n°2000-546 du 16 juin 2000 (J.O du 21 juin 2000)

- arrêté du 19 juillet 2000 (J.O du 11 août 2000) fixant les modalités de dépôt des candidatures aux fonctions de chef de service ou de département.

9. Internes

Décret statutaire (repos de sécurité) en cours de signature.

Arrêté du 12 octobre 2000 relatif aux gardes des internes (travail des week-ends) en cours de publication.

10. Etudiants en médecine et en odontologie

Projet de modification du décret n° 70-931 du 8 octobre 1970 relatif aux fonctions hospitalières des étudiants en médecine. En application du protocole signé le 24 juillet 2000 qui prévoit la rémunération des étudiants dès le DCEM 2.

En cours d'examen au Conseil d'Etat après passage au CSH du 2 octobre 2000.

Projet de modification du décret n° 99-1111 du 27 décembre 1999 relatif aux fonctions hospitalières des étudiants en odontologie. En application du protocole signé le 24 juillet 2000 qui prévoit la rémunération des étudiants dès le DCEM 2.

En cours d'examen au Conseil d'Etat après passage au CSH du 2 octobre 2000.

DEVOIRS DE MEMOIRE SYNDICAL ET INTERSYNDICAL

Pour mieux comprendre les rapports qui régissent actuellement d'une part les syndicats entre eux, d'autre part les regroupements syndicaux et le Ministère un petit rappel s'impose.

En novembre 1988, jeune Président du SNMARHNU, j'avais élaboré avec Jo PALACCI, secrétaire général du syndicat, un projet visant à fédérer dans une structure unique les différentes organisations dispersées qui défendaient les intérêts des médecins hospitaliers. C'est de cette idée après un début balbutiant que devait naître la Coordination Syndicale qui, à l'époque, regroupait la quasi-totalité des syndicats de praticiens hospitaliers.

A l'époque la seule intersyndicale structurée qui existait était l'INPH présidée à ce moment là par le Docteur PEGNE. A la même époque nous avons écrit en étroite collaboration avec le SNPHAR notre premier livre blanc où nous posions déjà toutes les bases des grands axes de revendication qui devaient se développer dans les années suivantes. C'est pourquoi la Coordination Syndicale obtint un tel succès : nous en étions, nous anesthésistes-réanimateurs, le pivot central et le fer de lance, et profitant d'une conjoncture d'évènements politiques et économiques favorables c'est le Docteur TIERCELIN et moi qui devons mener la négociation qui aboutissait au relevé de conclusions de février 89 (*réévaluation des gardes, déplaçonnements, rémunération de tous les appels en astreintes, augmentation des 8 premiers échelons, raccourcissement de certains échelons déverouillage du 11ème...*) C'est la seule période pendant laquelle **tous** les syndicats représentatifs devaient travailler ensemble.

Puis de 89 à 93 se déroulèrent des actions communes, sur la loi hospitalière de 91, la grande journée de défense de l'hôpital public, la participation à la commission nationale de restructuration des urgences, les mouvements avec préavis de grève sur les gardes et les contraintes particulières de certaines activités. C'est la dernière fois qu'un mouvement concerté aboutira à la l'ouverture d'une négociation. Malheureusement elle débouchera, contrairement à ce qui avait été prévu, à savoir **une enveloppe financière dédiée à la pénibilité**, à la création sous la pression de certains syndicats, d'un 13ème échelon pour tous.

S'ouvre alors une nouvelle époque où avec la perspective d'échéances électorales, les élections aux Commissions Nationales Statutaires, seul test de

représentativité ; Chacun va reprendre "ses billes". C'est durant cette période dans l'année 93 que va se créer la Confédération des Hôpitaux Généraux (CHG) qui regroupera la fédération MALLARD, les biologistes des hôpitaux non universitaires (SNBH) et le SNMARHNU. Bien que membre à part entière de la CHG, nous gardions une place de membre associé dans ce qui allait devenir la Coordination Médicale Hospitalière (CMH) présidée par le Docteur AUBART.

C'est donc quatre intersyndicales qui dorénavant représenteront les praticiens hospitaliers :

- l'INPH dont le Président le Docteur PEGNE cèdera quelques années plus tard sa place à Rachelle BOCHER, psychiatre,
- la CMH toujours présidée par le Docteur François AUBART chirurgien,
- la CHG dont la Présidence assurée par le Docteur MALLARD échouera après sa cessation d'activités au Docteur Pierre FARAGGI,
- Et enfin le SNAM-HP syndicat ancien (syndicat national des médecins des hôpitaux publics) ayant essentiellement une représentativité hospitalo-universitaire et une très petite composante en hôpital général.

Notre rôle historique de fédérateurs, nous conduira à maintenir des actions communes avec ces différentes intersyndicales d'autant plus, qu'en tant que membre de **l'intersyndicale des anesthésistes réanimateurs** regroupant le SNARF (privé), le SNMARHNU, et le SNPHAR nous continuions à défendre les intérêts spécifiques de notre discipline. C'est donc les quatre intersyndicales précitées qui se présenteront aux élections aux commissions nationales statutaires de 88 dont la confédération des hôpitaux généraux (CHG) sortira comme l'une des plus représentatives.

Il est bien évident que sur le plan pratique les intersyndicales défendent par définition et par obligation des thèmes généraux. Il est donc indispensable en tant que praticien d'Anesthésie Réanimation que nous continuions à promouvoir nos spécificités au sein de la structure regroupant les trois syndicats d'anesthésistes réanimateurs.

Ceci vous permettra je l'espère de mieux comprendre comment s'est situé le SNMARHNU durant la décennie qui vient de s'écouler, période où nous avons été à la fois des animateurs-fédérateurs et d'ardents défenseurs de la spécialité.

Docteur J-C. Ducreux (Roanne)

SNMARHNU ET CHG (MODE D'EMPLOI)

Vous êtes nombreux à nous interroger sur les rôles et la place de chacun dans ce qu'il est convenu d'appeler les intersyndicales, et en ce qui nous concerne, quelle est notre place et quel rôle avons-nous à l'intérieur de la CHG ?

Un peu d'histoire...

Au début de notre ère syndicale, étaient de très nombreux petits syndicats de médecins hospitaliers... souvent peu organisés, peu structurés, peu représentatifs, ils pesaient de peu de poids face à la puissance administrative et nos statuts végétaient avec de temps à autres quelques avancées souvent à peine négociées. Nos grands anciens, lassés de se faire éconduire en permanence, alors qu'ils feraient dur par ailleurs pour améliorer l'ordinaire de leur congénères, se sont alors rappelés que selon une formule inusable "l'union fait la force" et ont donc uni leurs destinées autour de quelques idées communes formant les premières intersyndicales. C'est dans ce combat commun, autour d'un statut commun que les premières avancées statutaires significatives ont pu voir le jour. C'est l'époque des premières grandes victoires syndicales. Nous avons retenu la leçon ...

Si le SNMARHNU appartient depuis toujours à l'intersyndicale des anesthésistes-réanimateurs bien sûr, il est apparu opportun il y a quelques années de défendre des intérêts plus généralistes et de faire valoir la spécificité des hôpitaux généraux. Autour de cette idée créatrice, se sont alors retrouvés trois formations : la FNAP ou " fédération Mallard ", le SNMARHNU alors présidé par J.C. Ducreux, bientôt rejoints par le Syndicat National des biologistes des Hôpitaux. La CHG ou **Confédération des Hôpitaux Généraux** était né. Elle fut présidé pendant de très nombreuses années par notre confrère le Dr Mallard travaillant en étroite collaboration avec les autres partenaires. Elle s'est très vite imposée comme une formation incontournable, inspiratrice de nombreuses propositions et présente à la table de toutes les grandes négociations. Par contre, il fut d'emblée convenu que chacun gardait sa personnalité et la possibilité de mener des actions plus spécifiques.

L'équilibre et la maturité :

Pendant de nombreuses années, par une alchimie propre à ses membres fondateurs la CHG a mené de très nombreux combats syndicaux dans une grande harmonie et avec efficacité. Bientôt rejointe par le Syndicat des Psychiatres Hôpitaux Publics (SPHP), elle est devenue aux dernières élections la première intersyndicale en nombre de siège comme en nombre de voix.

(CHG : 28 sièges, INPH :26 sièges, CMH :10 sièges, SNAM : 7 sièges, Divers : 4 sièges).

La situation actuelle :

A ce groupe soudé, animé par les mêmes hommes depuis le départ sont venus cette dernière année se joindre deux nouvelles organisations : le SYNGOF, regroupant des gynécologues obstétriciens, et un nouveau syndicat de psychiatres, le SPF, ces deux derniers étant membres associés.

Parrallèlement, deux des principaux animateurs des formations fondatrices ont quitté leur fonction pendant l'année 2000, provoquant l'élection d'un nouveau bureau, d'un nouveau Président, modifiant quelque peu un équilibre déjà ancien. Le Dr Pierre FARRAGGI, Président du SNPHP assure désormais la Présidence de notre CHG, et le Dr CHURLET qui représentait le SYNGOF à la CHG vient de prendre la tête de la FNAP. Ainsi, par le jeu de la démocratie, un nouveau groupe est né, sans perdre pour autant ses ambitions initiales, à savoir faire reconnaître la spécificité et la pénibilité particulière de l'exercice médical en hôpital général. Si les équilibres sont quelque peu modifiés à l'intérieur de ce groupe, le SNMARHNU y garde une place prépondérante tant par sa qualité de membre fondateur, que par l'importance des effectifs des anesthésistes dans nos hôpitaux et surtout par sa force de proposition jamais démentie.

**Docteur B. Brechignac
(Sallanches)**

PRISE EN CHARGE DES HÉMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES DE L'ADULTE.

Le point de vue de l'anesthésiste-réanimateur

POURRIAT Jean-Louis (1), PATERON Dominique (2)
 (1) Professeur des Universités – Praticien Hospitalier,
 Département d'Anesthésiste Réanimation, CHU
 Jean Verdier. 93140 Bondy.
 (2) Praticien Hospitalier,
 Fédération des Urgences. CHU Jean Verdier. Bondy,
 93140

PRISE EN CHARGE DES HÉMORRAGIES DIGESTIVES HAUTES DE L'ADULTE.

1. INTRODUCTION.

L'hémorragie digestive aiguë (HDA) non traumatique de l'adulte est l'une des principales urgences digestives dont la morbidité et la mortalité restent élevées. C'est un symptôme dont les causes sont dominées par la pathologies ulcéreuse et l'hypertension portale, mais l'utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et l'accroissement de l'âge de la population en ont modifié l'épidémiologie (24). Ceci explique l'apparente absence d'amélioration du pronostic bien que les stratégies diagnostiques et thérapeutiques aient beaucoup évolué ces dernières années.

La fréquence de la récurrence hémorragique est une autre caractéristique des HDA. L'élaboration de critères pronostiques cliniques et endoscopiques a permis de définir des groupes de patients à haut risque de récurrence nécessitant une surveillance étroite. A l'opposé, la définition de groupes de patients à faible risque permet de les individualiser et de réduire leur durée d'hospitalisation.

Enfin, l'existence d'une comorbidité en cas d'hémorragie ulcéreuse et les complications liées à l'insuffisance hépatique en cas de cirrhose sont des éléments pronostiques essentiels.

Le développement de traitements non chirurgicaux a transformé la prise en charge des HDA. Ainsi, les techniques de sclérothérapie endoscopiques des ulcères se sont considérablement développées diminuant le nombre de transfusions et le recours à la chirurgie d'urgence. Les traitements vasopresseurs font désormais partie intégrante de la stratégie thérapeutique dans les hémorragies liées à l'hy-

pertension portale et ils doivent être débutés très précocement (20). Ils sont complétés par la sclérothérapie endoscopique en urgence des varices oesogastriques.

L'ensemble de ces considérations montre qu'une collaboration étroite entre les équipes d'anesthésie-réanimation, de gastro-entérologie, de chirurgie et de radiologie est indispensable afin que les priorités de la prise en charge initiale soient clairement établies, associant une évaluation précoce de la gravité et un tri rapide des patients.

2. EPIDEMIOLOGIE.

2.1. Fréquence

L'incidence annuelle des hémorragies digestives aiguës de l'adulte est difficile à préciser. Les études épidémiologiques américaines l'évaluent à 1/1000 habitants. Des études ciblées sur la pathologie ulcéreuse montrent une incidence de 0.5/1000 habitants (11). Cette pathologie représente environ le tiers des causes d'hémorragie, ce qui amènerait l'incidence annuelle à 1.5/1000 habitants. Les données épidémiologiques en France sont peu précises, mais cette pathologie est assez comparable d'un pays à l'autre. Dans la moitié des cas, l'HDA motive l'hospitalisation, mais elle survient en cours d'hospitalisation dans l'autre moitié des cas, ce qui minore probablement l'incidence calculée (12).

2.2 Etiologies (Tableau I et II)

Quatre-vingt pour cent des HDA proviennent du tractus digestif supérieur et se révèlent par une hématomèse et/ou un mélène. Plus des trois-quarts des hémorragies digestives proviennent d'une lésion située au dessus de l'angle de Treitz. Le diagnostic est retrouvé dans 80 à 95% des cas dans la mesure où l'endoscopie a été réalisée dans les 24 premières heures suivant le début de l'hémorragie (7).

En France, la cause principale d'HDA aiguë est représentée par la maladie ulcéreuse et les ulcérations aiguës gastro-duodénales. La maladie ulcéreuse est à l'origine de 35 à 40% d'HDA dont elle est révélatrice dans 30% des cas, parfois sans aucune symptomatologie douloureuse. La répartition de

la localisation de l'ulcère est pour moitié dans l'estomac et le duodénum. Les gastro-duodénites sont à l'origine de 15% des hémorragies. La prise d'AINS en favorise la survenue, notamment au niveau gastrique (17). La récurrence hémorragique après un premier épisode hémorragique s'observe dans 30 à 50% des cas (27).

Les HDA par rupture de varices oesophagiennes survient dans un délai moyen de deux ans après la découverte de la cirrhose. Elles représentent 30% des cas d' HDA. L'incidence annuelle de la première HDA est l'ordre de 20 à 30%. La prévalence de la rupture de varices oeso-gastriques est de l'ordre de 70% (26).

L'oesophagite et le syndrome de Mallory-Weiss représentent chacun 5 à 10% des causes d'HDA.

2.3. Pronostic.

Cependant, l'analyse de ces taux est difficile car, d'une part, près de 80% des HDA cèdent spontanément et, d'autre part, le taux de mortalité des patients qui continue à saigner est élevé, d'environ 40%. De même, l'incidence des hospitalisations liées à l'HDA est restée stable et n'a pas été influencée par les progrès thérapeutiques récents de la maladie ulcéreuse, bien que l'hospitalisation liée à la maladie ulcéreuse gastro-duodénale elle-même, ait nettement diminué depuis 15 ans (25). Ce fait est probablement expliqué par le vieillissement de la population, l'utilisation plus importante des AINS et la plus grande fréquence des comorbidités (4,26,34). Ainsi, la mortalité ne s'explique généralement pas par la perte sanguine elle-même, mais par la décompensation d'une pathologie préexistante telle qu'une cardiopathie notamment ischémique, une insuffisance rénale, une hépatopathie ou une insuffisance respiratoire chronique. La récurrence ultérieure est fréquente, de l'ordre de 30% en l'absence de traitement. C'est un facteur de gravité indépendant et tout doit être mis en œuvre pour l'éviter. Malgré la sévérité potentielle de cette pathologie, la mise en évidence de facteurs de bon pronostic, établis sur les signes cliniques et endoscopiques a permis de définir des critères qui permettent de limiter la durée de l'hospitalisation (32).

L'étude du pronostic des patients atteints de cirrhose dans les mois qui suivent un épisode d'HDA démontre la relation qui existe entre la gravité de l'hémorragie et celle de la maladie hépatique au moment du saignement. La mortalité globale des hémorragies est de 30%. La première hémorragie

est la plus grave et est responsable de 60% des décès. Cinquante pour cent des patients saignent à nouveau dans les dix premiers jours qui suivent l'hémorragie initiale, ce qui souligne l'intérêt du traitement hémostatique initial et d'une prophylaxie de la récurrence. Le risque de récurrence est également lié au degré d'insuffisance hépatique. La récurrence hémorragique à cinq jours serait de 20% pour les patients appartenant à la classe A de Pugh, de 40% pour les patients de la classe B, et de 60% pour les patients de la classe C. La perte sanguine est rarement et directement responsable du décès mais elle s'accompagne de complications parfois fatales telles que les infections, l'encéphalopathie aiguë, l'insuffisance hépatique et le syndrome hématorénal. Le risque de décès est accru pendant le mois qui suit l'épisode hémorragique. Au-delà du troisième mois, la courbe de survie rejoint celle des patients atteints de cirrhose qui n'ont pas saigné. La récurrence hémorragique est l'un des risques majeurs et un élément pronostique important. Ainsi, la gravité de l'atteinte hépatique est le facteur majeur de la survie à court terme et de la survenue des complications liées aux traitements. L'âge et la fonction rénale auraient une valeur pronostique propre. Les antécédents hémorragiques, le nombre de culots transfusés et la cause de la cirrhose ne paraissent pas être des facteurs pronostiques indépendants. Enfin, la survenue d'une infection pourrait être également associée à la récurrence hémorragique.

3. PHYSIOPATHOLOGIE.

3.1. La maladie ulcéreuse.

Dans la maladie ulcéreuse gastro-duodénale, l'hémorragie est la conséquence, soit d'une rupture artérielle ou artériolaire au fond du cratère ulcéreux, soit d'un saignement de la muqueuse dans la zone de l'ulcère; en cas de maladie gastro-duodénale ancienne, en particulier chez le sujet âgé, le premier mécanisme est le plus souvent en cause et l'arrêt spontané de l'hémorragie est rare. Le deuxième mécanisme est le plus souvent en cause dans les ulcères récents. Les facteurs favorisant l'hémorragie sont la prise d' AINS, les traitements anticoagulants et l'intoxication alcoolique aiguë (5). Certains facteurs de risque, associés à la prise d' AINS, ont été mis en évidence: âge supérieur à 60 ans, antécédents d'ulcère duodénal, hémorragie ulcéreuse antérieure, association de deux AINS, dose élevée d' AINS, début récent d'un traitement, stress physique ou psychique (24). La présence d' *Helicobacter pylori* ne semble pas influencer le risque hémorragique. Les corticostéroïdes n'aug-

mentent pas non plus ce risque, sauf s'ils ont été utilisés en association avec des AINS.

3.2. Autres ulcérations gastro-duodénales.

La fréquence des hémorragies par ulcérations aiguës de stress a nettement diminué ces dernières années (6). Classiquement, elles compliquaient les polytraumatismes, les brûlures étendues ou la neurochirurgie. En fait, ces lésions de stress s'intègrent désormais dans le cadre du syndrome de défaillance multiviscérale où elles représentent la localisation digestive d'une altération générale de la microcirculation. La fréquence des hémorragies digestives nécessitant des transfusions sanguines en cas d'ulcère de stress est passée de 30% à moins de 8%. Cette réduction semblerait liée à l'amélioration de la prise en charge en réanimation, notamment par un usage plus large de la sédation et de l'alimentation entérale.

Le syndrome de Mallory-Weiss est une déchirure de la muqueuse gastrique ou oesophagienne au niveau du cardia, consécutive à des vomissements itératifs. Dans 80% des cas, la rupture siège dans l'estomac et dans 20% des cas, au niveau de la muqueuse oesophagienne. Elle peut être à cheval sur les deux muqueuses; elle est favorisée par la prise d'alcool. Le pronostic global de ces hémorragies est bon.

L'oesophagite peptique, lorsqu'elle est sévère (grade III) ou chez les sujets présentant un ulcère du bas œsophage (ulcère de Barrett), peut être à l'origine d'une HDA.

Les hernies hiatales peuvent être responsables d' HDA aiguë lorsqu'il existe un ulcère du collet herniaire, un ulcère du bas œsophage ou lorsqu'elles sont compliquées d'oesophagite (34). Les saignements sont favorisés également par la prise d'AINS (24).

Les tumeurs malignes ou bénignes gastriques constituent une cause relativement rare d' HDA. Elles justifient la pratique systématique de biopsies des berges d'un ulcère gastrique, lorsque l'hémorragie aiguë est contrôlée. L'intensité des hémorragies digestives des tumeurs sous muqueuses, y compris bénignes, contraste avec la petite taille de l'ulcération de la muqueuse visible en endoscopie.

L'ulcération simple de Dieulafoy est responsable d'hémorragies de grande abondance. Il s'agit d'une lésion superficielle de petite taille érodant une artériole sous muqueuse. Elle siège le plus souvent dans

la partie haute de l'estomac.

La gastrite et la duodénite aiguë représentent 2 à 3% des hémorragies digestives aiguës. Elles comportent habituellement des érosions multiples souvent favorisées par la prise d' AINS ou d'alcool.

Les anomalies vasculaires dans le cas d'une maladie angiomateuse, du Rendu Osler ou de l'angiodysplasie gastroduodénale sont plus souvent responsables d'une hémorragie d'origine colique que gastro-duodénale.

L'hémobilie est une cause rare associant des douleurs biliaires et une déglobulisation. Elle peut être secondaire à une lésion traumatique du foie, un anévrisme de l'artère hépatique rompu dans les voies biliaires, une tumeur hépatique ou des voies biliaires. La wirsungorragie est rare et compliquée essentiellement les pancréatites chroniques. Elle est liée à une rupture d'un pseudo-anévrisme artériel dans le canal de Wirsung ou dans un pseudo-kyste communiquant avec le canal pancréatique.

Les fistules aorto-duodénales sont responsables d'hémorragies digestives souvent massives et évoluant en deux temps. Elles compliquent 2 à 4% des prothèses aortiques et surviennent en moyenne 2 à 5 ans après le geste chirurgical vasculaire.

3.3. Hémorragies du cirrhotique.

Le site de prédilection de la rupture de la varice se situe au niveau des cinq derniers centimètres de l'œsophage. La rupture de varices sous cardiales est à l'origine de moins de 10% des hémorragies. Leur pronostic est moins bon car l'hémostase est souvent difficile et les récives plus fréquentes (8). La gastropathie congestive de l'hypertension portale peut être à l'origine de lésions hémorragiques aiguës, mais, elle est surtout responsable de déglobulisation chronique. Les varices ectopiques colocoliques sont responsables de 1% des hémorragies digestives par hypertension portale. Ces varices sont favorisées par des adhérences chirurgicales notamment en cas de stomie du fait du drainage cave de la paroi abdominale. La répartition des causes est indiquée dans le tableau II.

L'étude de la relation qui existe entre les paramètres hémodynamiques et l'incidence de l'hémorragie liée à l'hypertension portale montre qu'une pression portale élevée est une condition nécessaire mais non suffisante pour que surviennent des varices oesophagiennes. La rupture de varices ne s'observe que si le gradient de pression portale est

supérieur à 10mm de mercure mais il n'y a pas de relation linéaire entre le gradient de pression portale et la taille des varices (19). La rupture de la varice dépend de sa taille, de la finesse de la paroi et de l'importance de la pression intra-variqueuse. L'augmentation importante du flux azygos est également associée à la sévérité des hémorragies. Enfin le gradient de pression portale, mesuré 15 jours après l'épisode hémorragique, pourrait être un facteur pronostique de survie.

4. DIAGNOSTIC.

4.1. Diagnostic positif: reconnaître l'hémorragie.

La prise en charge d'un patient présentant une HDA est une urgence. Elle peut se révéler par l'extériorisation de sang sous forme d'une hématomèse, d'un moelena ou d'une rectorragie. La présence de moelena témoigne du sang digéré, il peut être observé en cas d' HDA haute ou basse. L'hémorragie peut également se présenter par un état de choc ou un malaise inexplicé. En l'absence d'évidence, la pose d'une sonde gastrique en urgence permet de résoudre le problème dans près de 80% des cas des hémorragies hautes (21). Ce geste sera effectué en particulier lorsque l'origine du saignement n'est pas claire. Lorsqu'elle est peu abondante, il ne faut pas confondre une HDA haute avec une hémoptysie, une hémorragie bucco-pharyngée ou une épistaxis déglutée.

4.2. Diagnostic de gravité.

Il convient de déterminer d'emblée l'état hémodynamique du patient, le caractère actif du saignement et les pathologies associées pouvant influencer la prise en charge.

Lors d'une hémorragie aiguë, la perte sanguine brutale est responsable d'une baisse de la perfusion tissulaire en oxygène, elle doit être corrigée sans délai. L'état hémodynamique est apprécié par la prise de la pression artérielle (PA) et de la fréquence cardiaque; les signes cliniques tels que pâleur, soif, sueurs, fréquence respiratoire témoignent de la gravité de l'hémorragie. On estime qu'un état de choc défini par une PA systolique inférieure à 90mm Hg, une tachycardie supérieure à 100/ min et une pâleur associée à des sueurs traduisent une perte d'au moins 50% de la masse sanguine. L'intensité des signes cliniques est étroitement liée à la rapidité avec laquelle cette perte sanguine se constitue.

S'il n'y a pas d'état de choc, la PA et la fréquence

cardiaque sont déterminées en décubitus puis si possible en position assise et debout. La chute de la PA avec une pression systolique inférieure à 90mm Hg en position debout correspond à une perte sanguine de 25 à 50%. Une chute de 10mm Hg ou une tachycardie inférieure à 120/ min lors du passage en orthostatisme correspond à une perte de 20 à 25%. Cette appréciation varie en fonction de la rapidité de la perte sanguine et de l'âge car les capacités d'adaptation de l'hémodynamique à la perte sanguine est d'autant plus faible que le sujet est âgé.

Le caractère actif de l'hémorragie est un élément pronostique important qu'il n'est pas toujours facile de déterminer. L'hématémèse et la rectorragie témoignent d'une hémorragie active, ce qui n'est pas nécessairement le cas du moelena. La pose d'une sonde gastrique permet de confirmer le diagnostic et d'apprécier l'activité de l'hémorragie. L'aspect du liquide aspiré renseigne sur le caractère récent du saignement et a une valeur comparative pour le suivi ultérieur. En effet, les lavages gastriques répétés permettent de suivre l'évolution du saignement et de préparer l'estomac pour l'examen endoscopique. Les limites de ce geste sont le siège post bulbaire du saignement car le reflux gastrique de sang n'est pas constant. L'hématocrite initial n'est pas souvent un bon reflet de la perte sanguine car l'hémodilution nécessite quelques heures. Outre la numération globulaire, la détermination du groupe sanguin et du Rhésus, l'étude de la coagulation doivent être effectuées sans délai.

4.3. Diagnostic étiologique.

4.3.1. Orientation clinique.

La détermination de l'origine du saignement est l'étape suivante. Trois quarts de ces hémorragies se révèlent par une hématomèse et 20% par un moelena. Dans moins de 5% des cas, il s'agit d'une rectorragie qui témoigne d'un saignement post-pylorique actif. Lorsqu'il existe une hématomèse ou du sang au lavage gastrique, il s'agit clairement d'une HDA haute. Dans 10% des cas d'ulcère duodénal, il n'y a pas d'hématomèse, ni de sang dans le liquide gastrique.

Certaines données anamnestiques doivent être précisées: les antécédents de pathologie oeso-gastroduodénale peptique, de pathologie colique ou proctologique, la prise d' AINS, les situations d'ulcère de stress, l'existence de vomissements récents, la prise répétée de la température rectale, des manœuvres traumatiques endo-anales. Il est

essentiel de préciser les antécédents d'hépatopathie chronique sous-jacente. Celle-ci peut être diagnostiquée sur des critères cliniques simples dont la spécificité est excellente et la sensibilité est supérieure à 50% dans le contexte de l'urgence: notion d'une cirrhose à l'interrogatoire, angiomes stellaires, circulation veineuse collatérale, ictère, astérixis. On précise également les pathologies associées, insuffisance cardiaque, coronaropathie, chirurgie aortique, insuffisance rénale, insuffisance pulmonaire en particulier (29).

Au terme de l'examen clinique, trois situations peuvent être envisagées qui guident la prise en charge ultérieure: HDA haute en dehors de la cirrhose, HDA basse, hémorragie chez un patient atteint de cirrhose.

4.3.2. Diagnostic endoscopique et artériographique.

L'endoscopie digestive haute doit être réalisée lorsque l'état hémodynamique est stable, au mieux dans les quatre premières heures qui suivent le début de l'hémorragie. Elle doit être effectuée après intubation trachéale chez les patients ayant des troubles de la conscience. L'objectif de cet examen est triple: confirmer le diagnostic, localiser la lésion responsable du saignement et réaliser éventuellement un geste d'hémostase (cf plus bas).

5. TRAITEMENT.

5.1. Règles générales.

La prise en charge thérapeutique des HDA nécessite une collaboration multidisciplinaire qui concerne le SAMU, l'urgentiste, l'anesthésiste réanimateur, le gastro-entérologue, le chirurgien et le radiologue. Elle comprend un traitement symptomatique initial qui a pour but de restaurer et / ou de maintenir un état hémodynamique satisfaisant et un traitement hémostatique qui dépend étroitement de la lésion hémorragique en cause. Dans cette démarche, il est important de distinguer très précocement les patients atteints de cirrhose de ceux qui ne le sont pas sans oublier que, chez le cirrhotique, les hémorragies sont secondaires à une lésion ulcéreuse dans 20% des cas.

5.1.1. Mise en condition.

La première phase de la prise en charge thérapeutique est d'assurer ou de restaurer un état hémodynamique satisfaisant.

La pose d'un abord veineux est la première urgence afin de permettre un remplissage vasculaire et de restaurer une PA supérieure à 90mm Hg. Cet abord veineux est de préférence périphérique par deux cathéters de veine courts d'un calibre de 16 G. La pose d'une voie centrale n'est pas souhaitable chez les patients cirrhotiques en raison des troubles de l'hémostase fréquemment associés et des risques septiques. La décision initiale de transfusion dépend essentiellement de l'appréciation clinique de l'abondance du saignement, de la stabilité hémodynamique, des pathologies associées notamment coronariennes et d'éventuels troubles de la coagulation. Le maintien d'un hématocrite entre 25 et 30% est un objectif général, modulable en fonction des circonstances.

Une oxygénothérapie par voie nasale est entreprise rapidement.

La pose d'une sonde gastrique permet une vidange de l'estomac, un lavage gastrique et une surveillance de l'hémorragie. Elle n'est pas contre-indiquée par la présence de varices oesophagiennes.

5.1.2. Critères de tri aux urgences.

Il existe peu d'études portant sur le tri initial des patients au décours du passage aux urgences (23). Les décisions demeurent empiriques, mais les patients présentant des signes d'hémorragie active devraient être admis systématiquement en réanimation, au moins jusqu'à l'endoscopie digestive. D'une manière formelle, aucun doute d'orientation ne devrait exister devant une instabilité hémodynamique, un état de choc, une chute tensionnelle au passage en orthostatisme, une perte sanguine estimée supérieure à 20%. Lorsque le saignement s'est arrêté, les meilleurs critères prédictifs d'une récurrence sont endoscopiques et cet examen doit être pratiqué avant la décision d'orientation définitive du patient. L'existence d'une pathologie associée, rénale, cardiaque, pulmonaire ou hépatique, influence la décision d'orientation et peut par elle-même justifier une orientation en réanimation (18).

Des études récentes ont porté sur les critères permettant aux patients de quitter l'hôpital après une HDA: âge inférieur à 60 ans, absence de tachycardie initiale, étiologie de l'hémorragie, critères endoscopiques, absence de comorbidités (32).

5.1.3. Prévention des complications.

Vingt-cinq et cinquante pour cent des patients atteints de cirrhose ont une infection en période

d'HDA (13). Les infections bactériennes graves, notamment les septicémies, les pneumopathies et les infections du liquide d'ascite, sont fréquentes et elles sont souvent associées à la récurrence hémorragique. Elles sont de mauvais pronostic. La plupart de ces infections ont pour origine des germes du tube digestif. Le risque infectieux est aggravé par les gestes endoscopiques et de réanimation. La décontamination digestive par voie orale semble prévenir les infections à bacilles Gram négatif. Une antibiothérapie systémique, couvrant le spectre des bactéries ciblées, a une efficacité démontrée (4).

Les anomalies de la fonction rénale chez le patient cirrhotique, aggravées lors d'une HDA, incitent à ne pas utiliser les aminosides, à éviter les opacifications vasculaires et l'abus de diurétiques.

L'encéphalopathie hépatique post hémorragique s'observe chez 30% des patients, mais cette proportion est supérieure chez ceux porteurs d'une cirrhose grave. L'évacuation rapide du sang du tube digestif est souhaitable avec ou sans lactulose. Le traitement de l'encéphalopathie passe par la prévention des autres complications telles que les infections.

La survenue d'une ascite est fréquente lors d'une HDA, témoignant de l'insuffisance hépatique. Elle doit être ponctionnée pour éliminer une infection et évacuée lorsqu'elle est tendue. Elle peut être associée à un remplissage vasculaire contemporain de la ponction évacuatrice. L'alimentation parentérale n'améliore pas la survie des patients et la dénutrition devra être combattue par un apport calorique entéral suffisant dès que possible. L'hypophosphorémie est fréquente en cas de cirrhose et d'HDA. Elle est aggravée par la dénutrition, l'intoxication alcoolique et l'apport de sérum glucosé intraveineux.

5.2. Traitements étiologiques.

5.2.1. Maladie ulcéreuse.

5.2.1.1. Traitement médical.

Quatre-vingt pour cent des hémorragies d'origine ulcéreuse cèdent spontanément. Cependant, les hémorragies artériolaires persistent ou récidivent dans plus de 90% des cas et nécessitent donc un geste d'hémostase. Le lavage gastrique n'a pas de vertu hémostatique, mais permet de réaliser une endoscopie dans de meilleures conditions techniques.

Bien que les antisécrétoires n'aient pas fait la preuve de leur efficacité dans la prévention de la récidive

précoce de l'hémorragie, la plupart des équipes s'accordent pour instituer rapidement un traitement par ranitidine ou inhibiteur de pompe à protons qui favorise la cicatrisation de l'ulcère (31).

Les dérivés de la vasopressine n'ont pas démontré leur efficacité dans l'hémorragie ulcéreuse. En revanche, une méta-analyse portant 1 829 patients (14 études) a montré un bénéfice de la somatostatine par rapport aux anti-H2 (14.22). La supériorité de la somatostatine par rapport à l'octréotide n'est pas démontrée (15).

5.2.1.2. Le traitement endoscopique et les indications chirurgicales sont décrits dans un autre chapitre.

5.2.2. Hypertension portale.

L'endoscopie digestive est une priorité. Elle doit être faite précocement, à la fois dans un but diagnostique et thérapeutique (30) (cf autre chapitre).

5.2.2.1. Traitement médical.

Il repose sur des mesures symptomatiques et hémostatiques:

- Les mesures symptomatiques présentent, chez ces patients, certaines particularités :
 - L'expansion volémique doit être prudente. En effet, la pression portale est corrélée à la volémie et elle diminue lorsque celle-ci baisse. Cette relation pourrait expliquer l'arrêt spontané de l'hémorragie qui est observé dans deux tiers des cas. A l'inverse, l'expansion de la volémie par les colloïdes et la transfusion sanguine peuvent entraîner une augmentation de la pression portale. Il faut donc éviter une correction excessive de l'hypovolémie. Le remplissage vasculaire et les transfusions sanguines doivent avoir pour but de maintenir un équilibre hémodynamique avec une pression artérielle moyenne de 80mm Hg et l'hématocrite entre 25 et 28%.
 - Les éléments de la surveillance sont modifiés. Ainsi, la tachycardie n'est pas un critère de surveillance fiable car ces patients ont une fréquence cardiaque de base élevée en dehors de toute hémorragie. Par ailleurs, ils reçoivent fréquemment des bêtabloquants à titre préventif, ce qui limite les capacités d'adaptation de la fréquence cardiaque à l'hypovolémie. L'arrêt de l'hémorragie sera apprécié sur un ensemble de signes: absence de sang au lavage gastrique, stabilité des paramètres hémodynamiques, stabilisation du taux d'hémoglobine, de

l'hématocrite, arrêt des transfusions sanguines. Aucun n'est satisfaisant et le meilleur critère semble être la stabilité clinique et hémodynamique pendant 24 heures.

- Le traitement hémostatique offre deux possibilités :

La sonde de tamponnement dont la plus couramment utilisée est celle de Sengstaken-Blakemore, est constituée de deux ballonnets, gastrique et oesophagien. Sa pose nécessite une équipe expérimentée. En cas d'encéphalopathie hépatique, une intubation trachéale est préalablement effectuée. La fréquence des complications est de 10 à 40%. De ce fait, l'utilisation de cette sonde doit être limitée aux situations où l'hémorragie non contrôlée est immédiatement menaçante (1.28).

Les traitements vaso-actifs sont utilisés dans la phase précoce de l'HDA, mais les bénéfices qu'ils apportent sont variables selon les molécules utilisées. La vasopressine est utilisée depuis longtemps, mais elle présente deux inconvénients importants: demi-vie très courte, vasoconstriction générale systémique à l'origine d'effets secondaires dus à la réduction du débit cardiaque et de la perfusion myocardique. Les complications les plus fréquentes sont l'ischémie coronarienne et les arythmies ventriculaires. Les dérivés de la vasopressine employés actuellement, comme la terlipressine ont une durée d'action plus longue et moins d'effets secondaires systémiques (37). Ils sont utilisés seuls ou associés aux dérivés nitrés. L'efficacité de la terlipressine, dès la prise en charge du patient à son domicile, a été démontrée (20). La somatostatine, hormone peptidique, ou ses dérivés comme l'octreotide à demi-vie plasmatisée prolongée, augmentent les résistances artériolaires splanchniques et diminuent la pression portale. La somatostatine doit être utilisée en perfusion continue du fait de sa demi-vie brève. Ils n'ont pas d'effets secondaires importants, mais la somatostatine peut induire une vasoconstriction rénale chez le patient cirrhotique. Actuellement, ils sont largement employés pour le contrôle initial de l'hémorragie d'origine variqueuse (2.35). Leur efficacité est supérieure lorsqu'ils sont associés à une sclérothérapie dans le contrôle de l'hémorragie initiale (3.36). L'efficacité serait identique à la sclérothérapie dans la prévention des récurrences hémorragiques (9).

5.2.2.2. Radiologie interventionnelle.

L'embolisation trans-hépatique ou trans-jugulaire est efficace pour obtenir l'hémostase précoce, mais

le geste est difficile à réaliser et la récurrence hémorragique précoce est fréquente. Le shunt porto-systémique intrahépatique utilise des prothèses expansibles afin de créer et de maintenir le chenal entre la veine sus hépatique et la veine porte. L'implantation s'effectue par voie trans-jugulaire. Bien qu'il s'agisse d'une technique en cours d'évaluation, son indication en cas d'échec de la sclérose endoscopique paraît intéressante. Cette technique a également été proposée dans l'attente d'une transplantation hépatique lorsque le problème hémorragique est au premier plan (33).

6. CONCLUSION

D'importants progrès ont été récemment réalisés dans le traitement des hémorragies digestives en particulier dans l'hémostase endoscopique. La stratégie thérapeutique doit débiter précocement, dès l'obtention d'un état hémodynamique satisfaisant. L'évaluation de la gravité, notamment la prise en compte des comorbidités, influence fortement la prise en charge des patients. Elle dépend de l'individualisation de plus en plus précise de critères pronostiques cliniques et endoscopiques qui permettent d'effectuer les choix thérapeutiques et de définir le type et la durée d'hospitalisation. Cette prise en charge des patients présentant une HDA passe par une collaboration étroite entre les urgentistes, les anesthésistes-réanimateurs, les gastro-entérologues, les radiologues et les chirurgiens.

REFERENCES :

1. Avgerinos A, Klonis C, Rekoumis G, Gouma P, Papadimitriou N, Raptis S. A prospective randomized trial comparing somatostatin, balloon tamponade and the combination of both methods in the management of acute variceal hemorrhage. *J Hepatol* 1991; 13: 78-83.
2. Avgerinos A, Nevens F, Raptis S, Fevery J. Early administration of somatostatin and efficacy of sclerotherapy in acute oesophageal variceal bleeds: The European Acute Bleeding Oesophageal Variceal Episodes (ABOVE) randomised trial. *Lancet* 1997; 350: 1495-1499.
3. Besson I, Ingrand P, Person B, Boutroux D, Heresbach D, Bernard P et coll. Sclerotherapy with or without octreotide for acute variceal bleeding. *N Engl J Med* 1995; 333: 555-560.
4. Blaise M, Pateron D, Trinchet JC, Levacher S, Pourriat JL. An early systemic antibiotic therapy prevents bacterial infection in cirrhotics with gastrointestinal hemorrhage caused by ruptured esophageal varices. *Hepatology* 1994; 20: 34-38.
5. Branicki FJ, Coleman SY, Fok PJ. Bleeding peptic ulcer: a prospective evaluation of risk factors for rebleeding and mortality. *World J Surg* 1990; 14: 262-270.
6. Cook DJ, Fuller HD, Gordon MB. Risk Factors of gastrointestinal bleeding in critically ill patients. *N Engl J Med* 1994; 330: 377-381.
7. Cook DJ, Guyatt GH, Salena BJ, Laine LA. Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper GI haemorrhage: a meta-analysis. *Gastroenterology* 1992; 102: 139-148.

8. D'amico G, Pagliaro L, Bosch J. The treatment of portal hypertension: a meta-analytique review. *Hepatology* 1995; 22: 332-354.

9. Escorsell A, Bordas JM, del Arbol LR, Jamarillo JL, Planas R, Banares R et coll. Randomized controlled trial of sclerotherapy versus somatostatin infusion in the prevention of early rebleeding following acute variceal hemorrhage in patients with cirrhosis. Variceal bleeding study group. *J Hepatol* 1998; 29: 779-788.

10. Friedman LS, Martin P. The problem of gastrointestinal bleeding. Gastrointestinal bleeding I. In *Clinics of North America*, Ed Saunders 1993; 22: 717-722.

11. Gilbert DA. Epidemiology of upper gastrointestinal bleeding. *Gastrointes Endosc* 1990; 36: S8-S13.

12. Gostout CJ, Wang KK, Ahlquist DA. Acute gastrointestinal bleeding: Experience of a specialized management team. *J Clin Gastroenterol* 1992; 14: 260-267.

13. Goullis J, Armonis A, Patch D, Sabin C, Greenslade, Burroughs AK. Bacterial infection is independently associated with failure to control bleeding in cirrhotic patients with gastrointestinal bleeding. *Hepatology* 1998; 27: 1207-1212.

14. Imperiale TF, Birgisson S. Somatostatin or octreotide compared with G2 antagonists and placebo in the management of acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: a meta-analysis. *Ann Intern Med* 1997; 127: 1062-1071.

15. Jenkins SA, Poulianos G, Corragio F, Rotondano G. Somatostatin in the treatment of non-variceal upper gastrointestinal bleeding. *Dig Dis* 1998; 4: 214-224.

16. Katschinski B, Logan R, Davies J, Faulkner G, Pearson J, Langman M. Prognostic factors in upper gastrointestinal bleeding. *Dig Dis Sci* 1994; 39: 706-712.

17. Laine L, Peterson W.L. Bleeding peptic ulcer. *N Engl J Med* 1994; 331: 717-727.

18. Lapandry C, Pourriat JL. Hémorragie digestive haute: Traitement d'urgence et choix du service d'accueil in "Urgences hémodynamiques". Ed. Masson, Paris 1995, pp159-168.

19. Lebrech D, De Fleury P, Rueff B, Nahum H, Benhamou JP: Portal hypertension, size of oesophageal varices, and risk of gastrointestinal bleeding in alcoholic cirrhosis. *Gastroenterology* 1980; 79: 1139-1144.

20. Levacher S, Letoumelin P, Pateron D, Blaise M, Lapandry C, Pourriat JL. Early administration of terlipressin plus trinitrin to control active upper gastrointestinal bleeding in cirrhotic patients. *Lancet*, 1995; 346: 865-868.

21. Lieberman D. Gastrointestinal bleeding: initial management. In *Clinics of North America*, Ed Saunders. 1993; 22: 723-736.

22. Lin HJ, Wang K, Lee CH, Lee SK. Octreotide for arrest of peptic ulcer hemorrhage - a prospective randomized controlled trial. *Hepatogastroenterol* 1995; 42: 856-860.

23. Longstreth GF, Feitelberg SP. Outpatient care of selected patients with acute non variceal upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 1995; 345: 108-111.

24. McCarthy D. Nonsteroidal anti-inflammatory drug-related gastrointestinal toxicity. *Am J Med* 1998; 105 (5A): 3S-9S.

25. Makela J, Laitinen S., Kairaluoma MI: Complications of peptic ulcer disease before and after the introduction of H2-receptor antagonists. *Hepatogastroenterology* 1992; 39: 144-148.

26. Melchior JC, Poupon Re, Verrier J, Merrer J, Moncorge C, Simon N. Analyse des facteurs liés à la mortalité précoce au cours des hémorragies digestives dues à l'hypertension portale. *Gastroenterol Clin Biol* 1987; 11: 402-408.

27. Naveau S, Perrier C, Mory B, Poynard T, Chaput JC, Hémostase endoscopique des hémorragies ulcéreuses gastro-duodénales. Méta-analyse des essais randomisés. *Gastroenterol Clin Biol* 1991; 15: 580-587.

28. Panes J, Teres J, Bosch J, Rodes J. Efficacy of balloon tamponade in treatment of bleeding gastric and oesophageal varices. Results in 151 consecutive episodes. *Dig Dis Sci*. 1986; 33: 454-459.

29. Pateron D, Levacher S, Letoumelin P, Baud M, Thill B, Pourriat JL: Valeur de la sémiologie clinique pour le diagnostic précoce de cirrhose chez les patients ayant une hémorragie digestive haute et aigue. *Rea Urg* 1995;4: 25-26.

30. Pateron D, Pourriat JL. Place de l'endoscopie diagnostique et thérapeutique dans l'hémorragie digestive aigüe chez les patients atteints de cirrhose. In *Actualités en réanimation et urgences*. Ed Arnette, Paris 1994.

31. Peterson WL, Cook DJ. Antisecretory therapy for bleeding peptic ulcer. *JAMA* 1998; 280: 877-878.

32. Rockall TA, Logan RJA, Devlin HB. Selection of patients for early discharge or outpatient care after acute upper gastrointestinal haemorrhage. *Lancet* 1996; 347: 1138-1140.

33. Rossle M, Haag K, Ochs A, Sellinger M, Noldge G, Perarnau JM et al. The transjugular intrahepatic portosystemic stent-shunt procedure for variceal bleeding. *N Engl J Med* 1994; 330: 165-170.

34. Sugawa C, Steffes CP, Nakamura R, Sferra JJ, Sferra CS, Sugimura Y, Fromm D. Upper GI bleeding in a urban hospital. Etiology, recurrence and pronostic. *Ann Surg* 1990; 212: 521-527.

35. Sung JY, Chung SCS, Lai CW, Chan FKL, Leung JWC, Yung MY, Kassianides C, Li AKC. Octreotide infusion or emergency sclerotherapy for variceal haemorrhage. *Lancet* 1993; 342: 637-641.

36. Villanueva C, Ortiz J, Sabat M, Gallego A, Torras X, Soriano G et coll. Somatostatin alone or combined with emergency sclerotherapy in the treatment of acute esophageal variceal bleeding: a prospective randomized trial. *Hepatology* 1999; 30: 384-389.

37. Walker S, Stiehl A, Raedsch R, Kommerell B. Terlipressin in bleeding oesophageal varices: a placebo-controlled, double-blind study. *Hepatology*, 1986; 6: 112-115.

TABLEAU 1 : Fréquence des lésions responsables d'hémorragies digestives hautes en dehors de l'hypertension portale (%).

| | |
|--|------|
| - Ulcères et ulcérations gastro-duodénales | 40 |
| - Gastrites et duodénites | 15 |
| - Syndromes de Mallory Weiss | 5-10 |
| - Hernies hiatales et oesophagites | 5-10 |
| - Ulcérations de Dieulafoy | 1-2 |
| - Tumeurs malignes | 5-10 |
| - Tumeurs bénignes | 1 |
| - Ectasies vasculaires | <1 |
| - Hémobilies | <1 |
| - Fistules aorto-digestives | <1 |

TABLEAU II : Fréquence des lésions responsables d'hémorragies digestives hautes en cas d'hypertension portale (%).

| | |
|--------------------------------------|----|
| - Ruptures de varices oesophagiennes | 60 |
| - Ruptures de varices sous cardiales | 10 |
| - Gastropathies | 10 |
| - Ulcères | 15 |
| - Oesophagites et Mallory-Weiss | 5 |
| - Varices ectopiques | <1 |

COURRIER DES LECTEURS

Question: Pouvez vous me dire dans quelle mesure on peut refuser une demande de disponibilité à un P.H titulaire en poste depuis huit ans. Est ce que cette disponibilité a plus de chances d'être accordée si c'est une disponibilité pour suivre son conjoint ?

La mise en disponibilité est régie par le décret 84-131 (art 34 à 39, 41, 54 à 61) modifié par le décret 99-563.

Il s'agit soit d'une disponibilité d'office, soit sur demande du praticien.

Elle ne peut alors être accordée que dans un certain nombre de cas (art 57) dont " pour suivre son conjoint éloigné pour des motifs professionnels (durée maximale : 2 ans, renouvelable dans les mêmes conditions jusqu'à 10 ans)".

La CME et le CA donnent un avis. La demande doit être faite au moins 2 mois à l'avance (par lettre au directeur de l'établissement).

Elle est prononcée par l'autorité investie du pouvoir de nomination (art 58).

N' hésitez pas à contacter le délégué régional !

J.Brodeur

ANNONCE

Recherche de praticiens anesthésistes ayant bénéficié du décret 83-649 du 8/6/83 modifiant les conditions de mutation pour passer CHT vers hôpitaux généraux. (prise en compte des services accomplis postérieurement au 31/12/77 en tant que faisant fonction d'adjoint du cadre hospitalier temporaire d'anesthésiologie) et dont cette période n'a pas été prise en compte pour le calcul de l'ancienneté pour l'avancement de faire valoir en commun nos droits.

Prendre contact avec Dr Annie Frèche, Hôpital de Cannes, Service de Réanimation, tel : 04 93 69 70 25.

A LIRE

GUIDE DU PRATICIEN A L'HOPITAL PUBLIC

Edité par la Fédération Hospitalière de France

(simple, essentiel, basique, pour débutants)

On peut l'obtenir auprès de HERAL publicité (25 F TTC)

Tel : 01 45 73 69 20

Fax pour les commandes : 01 46 82 55 15

3^e de couv
Produits
Roche
Film

4^e de couv

Labo

Epsa

Film