



**SYNCASS**

S'ENGAGER POUR CHACUN  
AGIR POUR TOUS

**ET SI ON PARLAIT DE  
CONTINUITÉ DES SOINS  
ET DE L'APPLICATION  
DE L'ARTICLE 33 DE LA  
LOI RIST...**

**VOUS AVEZ LA**

**PAROLE**





**SYNCASS**

**S'ENGAGER POUR CHACUN  
AGIR POUR TOUS**

Le SYNCASS-CFDT agit pour une gestion concertée des établissements et la reconnaissance des responsabilités des cadres de direction, en vue d'un exercice professionnel maîtrisé.

---

**Édité par le SYNCASS-CFDT**  
14 rue Vésale 75005

## TÉMOIGNAGE 01

Ici nous avons peu recours à l'intérim : 2 praticiens retraités avaient des contrats de gré à gré pour des permanences au sein de notre service d'accueil d'urgence et 1 praticien pour un CMP et une unité d'admission.

Pour l'unité d'accueil c'était surtout pendant les périodes de congés ou de formation des titulaires.

Pour l'autre praticien, il tenait à bout de bras le CMP et assurait la prise en charge de cas complexes en intra.

Nous allons perdre les 2 praticiens de l'unité d'accueil et de fait nous allons entamer une restructuration de ce service.

Pour l'autre : l'ARS nous a incités à proposer des contrats de cliniciens pour essayer de retenir les intérimaires et il accepte donc de passer sur ce statut.

Notre situation est particulière car au-delà de la question des intérimaires, nous sommes confrontés en cette fin d'année au départ de plusieurs praticiens

(retraite ou raison familiale) ce qui nous oblige à revoir notre offre de soins. Nous sommes contraints de fermer une unité d'Admission et le Centre de Crise ainsi que de revoir les plages d'ouverture de notre unité d'accueil. De même sur la filière addictologie nous allons devoir réduire la voilure de nos CSAPA du fait de l'absence de médecins.

C'est une situation qui nous met à mal car nous connaissons en parallèle une forte hausse de notre activité (séquelle des confinements).

Enfin, la position de l'ARS sur les contrats de cliniciens fait que certains PH font du chantage au départ si on ne leur signe pas de contrat de ce type, du coup là où nous n'avions pas de mercenaires externes nous les avons en interne...

De même l'absence de perspectives sur le futur contrat unique nous pénalise dans les discussions avec les médecins.

Directeur adjoint en établissement public de santé mentale

## TÉMOIGNAGE 02

La responsabilité pèsera inévitablement sur les directeurs d'établissements confrontés plus que jamais à des injonctions paradoxales qui frisent la manipulation mentale : « J'ai un problème d'effectifs médicaux pour assurer la continuité-permanence des soins », « Très bien, vous avez tout le soutien de l'ARS. Je vous rappelle que vous avez une autorisation pour cette activité, vous devez donc garantir la continuité-permanence des soins ».

« Surtout ne communiquez pas avec la presse et les OS pour ne pas affoler la population » et « Il est temps de construire des coopérations solides et pérennes avec l'établissement voisin au titre de la solidarité inter établissements » (alors qu'on sait que la stratégie de cet établissement est de fusionner avec le nôtre).

Je précise que les pressions se font de plus en plus ressentir pour essayer de régler avant les échéances électorales des sujets qui traînent dans les tiroirs depuis des années (voire décennies). Je doute cependant que la priorité sur les

sujets à traiter soit réservée à la liberté d'installation des médecins...

En attendant, le stress généré par ces injonctions paradoxales et ces « avancées » non anticipées sur tous les sujets devient insupportable et doit être dénoncé publiquement. Les directeurs sont pris en otages, désignés coupables idéaux et on est bien éloigné de la reconnaissance qui devrait leur être témoignée pour leur travail habituel, une gestion de crise COVID remarquable, un investissement sans faille pour la campagne de vaccination en dépit de tous ses errements, des journées de travail à rallonge, une absence de déconnexion pendant leurs congés, des courriels, SMS reçus à toute heure, tous les jours, leur rôle de pompier quand la démographie professionnelle oblige à des fermetures quasi instantanées, et j'en passe et des meilleurs.

En conclusion, « La coupe est pleine, les responsables doivent la boire jusqu'à la lie et les directeurs ne doivent en aucune manière trinquer pour eux ».

Chef d'établissement d'un CH partie d'un GHT

ET SI ON PARLAIT DE CONTINUITÉ  
DES SOINS ET DE L'APPLICATION DE  
L'ARTICLE 33 DE LA LOI RIST...

**VOUS AVEZ LA  
PAROLE**

## TÉMOIGNAGE 03

Dans notre établissement où il y a besoin d'un anesthésiste par 24 heures pour faire fonctionner le bloc opératoire et le bloc obstétrical, le désistement d'intérimaires entraîne de facto l'arrêt de la chirurgie et de la maternité.

Sur un vivier de 11 intérimaires, 3 nous ont fait savoir qu'ils se désisteraient si la loi Rist était appliquée.

Dans notre planning cela représente 16 jours répartis de façon complètement aléatoire. Ce rythme saccadé ouverture/fermeture représente un facteur de risques important dans la prise en charge des patients, et notamment des femmes enceintes.

L'ARS et le GHT se mobilisent pour la coordination, mais dans de tels délais cela fragilise encore davantage nos organisations et nos équipes.

**Chef d'établissement partie d'un GHT**

## TÉMOIGNAGE 04

En ce qui me concerne, je précise tout d'abord que je suis favorable à toute disposition permettant de réguler ou de plafonner les dépenses d'intérim mais une erreur majeure a été commise car le « couperet » va intervenir le 27 octobre prochain alors qu'aucun dispositif permettant d'accompagner cette mesure n'a été mis en place.

Je pense pour ma part que les textes permettant de revaloriser les rémunérations des hospitaliers qui accepteraient de prendre des gardes dans un autre établissement auraient dû entrer en vigueur dès cet été y compris et surtout les dispositions permettant de majorer de façon supplémentaire cette même indemnité pour les praticiens acceptant d'aller prendre des gardes dans des établissements peu attractifs. Nous aurions pu ainsi avoir des médecins hospitaliers intéressés pour prendre le relais des intérimaires. J'en veux pour preuve que plusieurs PH sont aujourd'hui en attente de ces dispositions pour pouvoir se positionner...

Si comme il nous l'a été indiqué, le relèvement du montant de la rémunération pour les hospitaliers qui vont faire des gardes

en dehors de leur établissement devait être suffisamment attractif, alors la question de l'intérim ne sera à mon sens plus un sujet. Il reste qu'il risque par contre d'y avoir des stratégies de la part des médecins qui vont abandonner le TTA au profit de garde sur d'autres sites ce qui peut impacter la permanence des soins dans l'établissement d'origine mais la situation sera toujours moins grave que ce que nous connaissons actuellement.

Dans tous les cas, si un délai supplémentaire devait être adopté pour la mise en œuvre de la loi Rist (et c'est nécessaire compte tenu des difficultés qui se profilent pour les semaines à venir et en particulier les congés de fin d'année), il faut alors obtenir en parallèle la suspension officielle des plafonds car la loi qui les a instaurés restera par contre en vigueur et fera donc encore et toujours peser une responsabilité directe sur les directeurs.

Pour info, j'ai pour ma part demandé de respecter la loi Rist dès le mois de juillet. Les conséquences ont été catastrophiques avec des désistements massifs sur les missions planifiées avec un risque majeur pour le maintien de l'offre de soins dans des établissements « peu attractifs ».

Chef d'établissement support d'un GH

## TÉMOIGNAGE 05



Quelques nouvelles sur notre sujet préféré du moment l'article 33 loi Rist:

Comme la plupart des collègues, j'ai pris au sérieux l'objectif de mettre fin aux dérives des tarifs de nos contractuels et personnels médicaux intérimaires.

Je me permets donc de vous indiquer quelques éléments à la fois sur le plan pratique, la réaction des médecins et l'état de préparation de la comptabilité publique.

Tout d'abord nous avons prévenu l'ensemble des médecins concernés et seule une petite minorité en intérim juridique (prestation de service) accepte le changement d'indemnisation.

Beaucoup de médecins refusent tout changement, qu'ils soient en contrat de gré à gré ou en prestation de service. Certains n'hésitent pas à nous rappeler lorsqu'ils ont trouvé dans un autre établissement des missions qui seraient sur des tarifs maintenus voire en bonification en nous traitant « d'Ayatollah. »

Je rappelle ici que les agences d'intérim se frottent les mains en nous proposant des formules de facturation de missions plus longues que celles réellement effectuées par le praticien pour aller chercher les tarifs souhaités par les médecins. Bref le contournement du contrôle est en cours car cela supposerait de la part des comptables de croiser avec les tableaux de service; ce qu'ils ne feront bien évidemment pas.

J'ai rencontré le comptable de 3 établissements sur 4 du GHT; je peux témoigner ici de l'état d'impréparation de la comptabilité publique pour réaliser les contrôles: il devait s'entraîner sur la paye d'octobre et... ce n'est pas fait....

Leur formation est succincte et ne leur permet pas d'exercer un contrôle pertinent et opérant sur les contrats de gré à gré: à titre d'illustration notre comptable pense que la rémunération socle des contractuels valable c'est le seuil du décret intérim et non l'échelon 4 plus 10%....

Le comptable ne connaît pas le statut de clinicien, pour lui pas de problème pour verser la rémunération du clinicien et des indemnités de gardes associées à ce statut... hors c'est normalement incompatible...

Il n'y aura aucune vérification sur l'intérim vrai entre la facture et le planning et les tableaux de service; d'où les propositions des agences d'intérim de jouer sur le paramètre durée de la mission pour augmenter les tarifs et ne pas les baisser!

Bref après entrevue avec le comptable je pense qu'ils n'ont pas les armes pour exercer un vrai contrôle efficace.

En tout état de cause j'ai pour ma part joué le jeu sur le GHT, tous les tarifs sont réajustés et nous avons malheureusement des impacts majeurs sur le tissu sanitaire en prévisionnel. Avec leur impact sur le futur (pourrons nous redémarrer un jour?):

- 3 USC fermées (18 lits)
- 3 SMURS primaires potentiellement fermés
- 14 lits de SSR fermés
- arrêt de l'endoscopie dans un CH du GHT (plus d'anesthésiste).

- 4 blocs de l'hôpital de recours fermés soient 50% du potentiel; avec un impact sur la cancérologie puis menace de rupture de continuité sur certaines dates impliquant une menace forte sur la maternité qui est la seule sur le sud du département (1600 accouchements 2B transferts sur 100KM).....

A ce stade nous avons un premier échange téléphonique (enfin) avec notre délégation départementale le 15 octobre 2021; rien de plus et probablement aucune solution de redéploiements pour maintenir des activités indispensables à la mise en sécurité sanitaire de la population à moins de 15 jours de la mise en oeuvre.

Chef d'établissement support d'un GHT

## TÉMOIGNAGE 06



Le Centre Hospitalier en direction commune avec le CHU, par ailleurs établissement support du GHT, risque d'être lourdement impacté par ces dispositions, en particulier pour le fonctionnement de son Service d'Accueil des Urgences et son antenne SMUR. L'activité annuelle du service est de 17 000 passages pour un territoire de 80 000 habitants, couvrant le nord du département.

L'équipe médicale actuelle, composée d'environ 8 ETP, est insuffisante pour assurer la continuité de service 365 jours/an pour ces deux lignes SAU/SMUR, ce qui justifie le recours à des personnels médicaux remplaçants. Malgré le dispositif innovant mis en place par le CHU et permettant à ses urgentistes d'assurer des vacations au sein du centre hospitalier, l'établissement a tout de même recours à des médecins dits intérimaires, recrutés soit par la voie de contrats de gré à gré, soit mis à disposition par des agences d'intérim, pour des montants supérieurs aux plafonds réglementaires. Faute de quoi il ne serait pas possible d'assurer la

continuité des soins.

Nonobstant cette rémunération dérogatoire, l'établissement n'a pas été en mesure à l'été 2021 d'assurer la permanence des soins, le contraignant à élaborer et mettre en œuvre, après concertation avec le SAMU et l'Agence Régionale de santé, une procédure dégradée visant à fermer une des deux lignes.

Les perspectives pour la période qui s'ouvre à compter du 27 octobre 2021 jusqu'à la fin du mois de novembre font état de 10 plages de 24 Heures non couvertes, sans la moindre proposition des agences d'intérim. Cette situation n'est pas tenable à plus d'un titre :

- Pour les patients, qui voient leur accès aux soins réduit, alors même que l'offre globale en médecine libérale est déjà insuffisante, notamment dans les territoires les plus ruraux
- Pour les médecins urgentistes titulaires, qui vont mécaniquement voir leur charge de travail augmenter, dans une période

où les flux de patients sont déjà importants (pics à 70 passages/jour constatés début octobre pour un service dimensionné architecturalement pour 30 à 40 passages/jour maximum). Le risque d'épuisement est réel et il est étendu aux professionnels paramédicaux de ce service.

- Pour les autres médecins de la structure, qui seront sollicités pour venir aider leurs confrères, malgré une charge de travail importante également dans les services
- Accessoirement pour la direction qui s'implique sur cette problématique, alors que les sujets d'actualité sont déjà nombreux à traiter.

Ni la qualité des soins, ni la qualité de vie au travail, ni la reconnaissance des acteurs de l'hôpital à tous les niveaux ne sont ainsi assurées pour les semaines à venir.

En espérant que ce témoignage pourra être utile et pourra permettre de poser le débat des conditions de travail à l'hôpital, pour les personnels médicaux et non médicaux, de l'attractivité de ces métiers et plus globalement de la place de l'hôpital public dans la réponse à apporter aux besoins de santé de nos concitoyens.

Directeur adjoint en CH établissement partie de GHT

## TÉMOIGNAGE 07



### CH DE RÉFÉRENCE ÉTABLISSEMENT PORTEUR DU GHT :

- Ce CH souffre de nombreuses vacances de poste de médecins urgentistes. Plusieurs médecins intérimaires ou remplaçants sont présents chaque jour, et il est déjà souvent difficile de trouver des médecins compétents pour pourvoir aux besoins du planning. Les tentatives de proposer des rémunérations conformes à la réglementation n'ont pas permis de répondre aux nécessités de service.

Les échanges avec les agences d'intérim et les médecins remplaçants nous font identifier un risque de rupture de la continuité des soins dès le 28 octobre, en particulier au Service d'Accueil des Urgences et dans une moindre mesure au SMUR et à la Régulation Centre 15.

- Anesthésie : hors urgences, le service requérant le plus de médecins remplaçants est l'anesthésie, où des postes sont également vacants. Deux gardes sur place sont nécessaires

chaque jour et chaque nuit pour la maternité de niveau 3 d'une part, et pour l'activité chirurgicale d'urgence d'autre part.

- D'autres services ont recours à l'intérim pour pallier des congés maternité, arrêts de travail et postes vacants, en particulier actuellement en soins palliatifs et oncologie médicale.

### AU SEIN DES CH DU GHT :

Trois secteurs sont principalement concernés actuellement par le recours à l'intérim :

- Le service des urgences : les postes vacants sont aussi compensés par des plages d'intérim
- Le service de maternité : pour les gynécologues : du temps de vacation manquant est assuré par de l'intérim et la ligne d'anesthésie en 24h est uniquement assurée par l'intérim

- Pour le secteur de gériatrie : les effectifs insuffisants des équipes ne nous permettent pas d'assurer une présence suffisante pendant les périodes d'absences des praticiens. Le recours à l'intérim médical s'inscrit comme seule possibilité pendant ces périodes de congés. A noter le départ d'un PH qui ne fait que dégrader la situation actuelle.

#### **DANS LES CH DE PROXIMITÉ DU GHT :**

L'un d'eux emploie 3 praticiens temps plein exclus du dispositif d'astreinte. La problématique de continuité est ciblée sur les périodes de CA des deux autres praticiens.

Les prochaines périodes de CA, sans possibilité de remplacement du fait de la

réglementation ont été posées au mois de décembre.

#### **DANS L'AUTRE :**

Un seul praticien permanent gère les lits de médecine, les lits d'USLD et les lits d'EPHAD. Dans ce cadre, un praticien intérimaire intervient tous les jours. Un praticien de médecine générale temps plein est recruté de manière permanente par le CH.

La problématique de continuité est ciblée sur les périodes de CA des deux praticiens.

Les prochaines périodes de CA, sans possibilité de remplacement du fait de la réglementation ont été posées au mois de décembre.

**Directeur adjoint en CH établissement support de GHT**

## TÉMOIGNAGE 08

Voici l'état des lieux prospectif adressé à l'ARS début octobre. Il est alarmiste et gravissime pour l'offre de soins publique du territoire.

La situation se tend de plus en plus. L'établissement connaissait déjà des difficultés liées à des postes médicaux vacants. Nous avons essayé de mettre en place des coopérations sur le territoire, mais sans grand succès, car nos voisins rencontrent les mêmes écueils. Le désengagement pour certains médecins remplaçants, ou le besoin de réflexion pour d'autres, au delà du 31 octobre, met en difficulté la continuité des soins. Il est envisagé des fermetures de lits, des mesures compensatoires qui affectent la continuité des soins de nombreux secteurs SSR, urgences, médecine, filière gériatrique, neurologie, cardiologie, pôle mère-enfant, addictologie...

Nous vivons une situation totalement inédite, à côté de laquelle la gestion d'une crise sanitaire ferait presque pâle figure.

Je fais le constat plus général d'une sidération totale de notre communauté hospitalière.

Cellule de crise convoquée cet après-midi pour anticiper les réorganisations à mettre en place (fermetures, circuits patients, affectation des professionnels).

**Chef d'établissement support de GHT**

ET SI ON PARLAIT DE CONTINUITÉ  
DES SOINS ET DE L'APPLICATION DE  
L'ARTICLE 33 DE LA LOI RIST...

**VOUS AVEZ LA  
PAROLE**

## TÉMOIGNAGE 09



Directeur du GHT établissement support groupe 2, 2 maternités, 3300 agents, aucune offre privée alternative dans le département, l'un des plus pauvres de France.

Recours massif à l'intérim pour toutes les spécialités à garde (anesthésie, pédiatrie, réanimation, obstétrique, urgences).

En cas d'application de la loi, les conséquences immédiates : fermetures des 2 maternités (2000 naissances), fermeture des deux néonatalogies, fermeture de la pédiatrie, fermeture des deux blocs.

**CATASTROPHE SANITAIRE COMPLÈTE.**

Équipes médicales en tension extrême après 18 mois de crise covid (tous les patients covid ont été traités dans cet établissement), plusieurs arrêts pour burn-out.

Une seule semaine d'application de la mesure Rist est de nature à détruire les équipes restantes.



**Chef d'établissement support de GHT**

## TÉMOIGNAGE 10



Dans le cadre de l'application de l'article 33 de la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, le centre hospitalier, à compter du 28 octobre 2021 va se trouver en difficulté pour assurer la permanence des soins ainsi que la continuité des soins dans certaines spécialités.

Une réunion s'est tenue avec les médecins des spécialités à garde et les problématiques suivantes ont été identifiées sans considérer les solutions très limitées et non satisfaisantes qui pourraient être apportées en solidarité en intra ou inter établissement

### PÔLE DES URGENCES - UHCD :

Pour un effectif de 24 ETP, seulement 12,5 postes sont pourvus.

Par conséquent à compter du 28 octobre, nous ne pourrons assurer le service des urgences ou le SMUR.

D'autre part, il n'est pas certain que les capacités ambulancières du territoire puissent assurer le transport des patients

### SOINS CRITIQUES

Pour un effectif de 6 ETP, seulement 3,5 postes sont pourvus. Jusqu'à la fin de l'année 6 jours de garde de 24h ne pourront être assurés rendant impossible une permanence des soins impliquant donc une fermeture de la réanimation et de l'unité des soins continus

### ANESTHÉSIE :

Pour un effectif de 8 ETP, 4,6 postes sont pourvus. Nous ne pourrons maintenir, au bloc opératoire, que trois salles sur six c'est à dire repousser encore une fois un bon nombre d'interventions programmées.

Par ailleurs, nous allons rencontrer des difficultés concernant la permanence des soins en gynécologie obstétrique, en urologie, ainsi qu'en psychiatrie, en pneumologie, en neurologie et en gériatrie.

En effet, des postes sont non pourvus dans ces spécialités et rendent nécessaire le recours à des médecins intérimaires.

ET SI ON PARLAIT DE CONTINUITÉ  
DES SOINS ET DE L'APPLICATION DE  
L'ARTICLE 33 DE LA LOI RIST...

**VOUS AVEZ LA  
PAROLE**

Bien entendu, nous partageons totalement la nécessité de régler efficacement les excès du remplacement médical à l'hôpital, avec l'objectif que les médecins occupent les postes vacants, en particulier sur certains territoires. Afin d'éviter tout aléa non envisageable

pour la sécurité de la population, l'application de cette réforme nécessite en amont une mise en œuvre concertée des prérogatives de Service Public et de la Puissance Publique.

**Chef d'établissement support de GHT**

## TÉMOIGNAGE 11



L'application de l'article 33 de la loi Rist du 26 avril 2021 va susciter, en cas d'application stricte et immédiate, alors que les outils permettant de proposer des alternatives aux praticiens du service public ne sont pas disponibles, des ruptures ou reports de l'offre de soins dans de nombreux territoires.

En effet, si les médecins intérimaires déjà informés commencent à annoncer leur retrait, la réaction des remplaçants réguliers, praticiens ou internes thésés disposant d'une affectation principale sur un poste en établissement, n'est pas connue et peut contribuer à déstabiliser des lignes de permanence de soins dans des disciplines variées (urgences, anesthésie - réanimation, gynécologie – obstétrique, réanimation polyvalente, pédiatrie...) dont la défaillance peut entraîner des conséquences graves tant pour les patients que pour les établissements de santé.

Les syndicats représentant les directeurs de la FPH, les conférences et fédération ont souhaité alerter les pouvoirs publics, les financeurs et les élus de ces possibles conséquences.

Concernant le centre hospitalier, l'impact envisagé est modéré. L'établissement ne recourt quasiment plus à l'intérim mais entretient, par recrutements ponctuels de gré à gré, un vivier de remplaçants réguliers. En détail, l'impact prévisionnel sur les mois de novembre / décembre 2021 :

Le nombre de postes de jour :

- anesthésie – réanimation : 30 à 35 ETP (manque 0,70 ETP) ;
- pédiatrie, urgences : 10 à 12 ETP (manque 0,20 ETP).

Les éventuelles conséquences :

- suppression de 2 ou 4 salles de bloc opératoire (augmentation du délai de prise en charge, pertes d'activité, report de programmé, performance économique dégradée...);
- suppression ponctuelle de la permanence des soins de cardiologie interventionnelle (saturation des centres alentours).

Les solutions alternatives pouvant être envisagées :

- acceptation d'un tarif réglementaire par les remplaçants ;
- demande aux équipes de faire du temps de travail additionnel supplémentaire (incertaine en cardiologie interventionnelle et anesthésie – réanimation, au vu du sous-effectif générant déjà du temps de travail additionnel) ;
- PST + convention régionale (cardiologie ? gynécologie – obstétrique ?).

Sont programmés des recrutements complémentaires dans les équipes de réanimation et de gynécologie qui devraient nous permettre de réduire nos besoins. Les compétences disponibles au plan territorial ou régional en anesthésie - réanimation et cardiologie sont moindres, la participation d'intervenants extérieurs devra se poursuivre. En pédiatrie, la permanence de la prise en charge aux urgences se fait grâce à une collaboration avec des médecins libéraux généralistes, qui viennent compléter notre équipe sous un format de remplacement. Nous

ne savons pas non plus quelle sera leur réaction avec des annonces de réduction de la rémunération. Cette collaboration ville/hôpital précieuse doit néanmoins être préservée.

Il est à noter enfin que ce système permet d'entrer en contact avec de jeunes professionnels (internes autorisés à remplacer, ou assistants / chefs de clinique en cours de formation) préalablement à l'installation, de maintenir le lien avec d'anciens internes et constitue une piste de recrutement essentielle.

Pour conclure, si un manque d'anesthésistes – réanimateurs viendrait principalement obérer nos activités opératoires, une disparition des remplaçants en réanimation, cardiologie ou gynécologie – obstétrique pourrait nous conduire à devoir déporter des activités de permanence des soins sur le CH les plus proches, avec des risques avérés pour les patients et de surcharge de travail pour les équipes.

Chef d'établissement d'un CH partie d'un GHT

## TÉMOIGNAGE 12



L'impact envisagé de l'application de l'article 33 de la loi Rist est relativement important pour le centre hospitalier, mais sans commune mesure avec la situation de beaucoup d'établissements moins privilégiés.

Il peut être intéressant de relever que le niveau de recours à ces recrutements ponctuels de gré à gré de remplaçants pour la plupart réguliers est en nette diminution entre 2020 et 2021. Pour l'essentiel, cette diminution est liée à un moindre recours à ce dispositif pour le fonctionnement des lignes SAU / SMUR, plus particulièrement cette dernière. L'importance du recours à ce type de recrutement est néanmoins indispensable au maintien en fonctionnement de la ligne SMUR aujourd'hui.

Plus particulièrement concernant les urgences, la tarification des intervenants extérieurs repose sur la tarification définie au sein de la convention GHT d'entraide et de solidarité, dont le niveau est supérieur à celui du plafond de l'intérim médical. Au-delà de cette valeur supérieure à la réglementation, la plupart des

intervenants au sein du centre hospitalier sont par ailleurs urgentistes affectés en établissement, et devraient donc se voir appliquer une rémunération maximale bien inférieure à ce plafond qui ne s'appliquerait pas aux intéressés.

L'établissement ne recourt quasiment plus à l'intérim mais entretient, par recrutements ponctuels de gré à gré, un vivier de remplaçants réguliers.

Les conséquences envisagées sur les mois de novembre / décembre 2021 sont les suivantes :

- interruption de la ligne SMUR de manière quasi-permanente (les effectifs devant être réaffectés à la structure d'urgence pour assurer le maintien de cette dernière) ;
- suppression du circuit court mis en place aux urgences afin d'éviter la saturation de la structure d'urgence ;
- suppression de 2 salles de bloc opératoire en journée (augmentation du délai de prise en charge, pertes d'activité, report de programme, performance économique dégradée...);

- difficultés majeures de fonctionnement de l'imagerie, tant en journées (vacations spécialisées) qu'en permanence des soins avec réorientation subséquente des patients.

Les solutions alternatives pouvant être proposées :

- acceptation d'un tarif réglementaire par les remplaçants ;
- demande aux équipes de faire des gardes et astreintes ainsi que du temps de travail additionnel supplémentaire sans garantie de maintien de la permanence des fonctionnements (SMUR, imagerie, réanimation,...).

Même si des recrutements sont prévus

au sein d'un certain nombre de services identifiés aujourd'hui comme en difficulté, la participation d'intervenants extérieurs devra se poursuivre.

Nous ignorons quelle pourrait être la réaction de ces intervenants à qui serait proposée une rémunération conforme à la réglementation. De même, il semble difficile de solliciter une plus large participation des personnels médicaux affectés au sein de l'établissement.

**Chef d'établissement d'un CH partie d'un GHT**



**SYNCASS**

S'ENGAGER POUR CHACUN  
AGIR POUR TOUS

---

**SYNCASS-CFDT.FR**

---