



## Le Ségur de la santé ne répond pas à nos attentes

**D**epuis le 11 janvier dernier, le SNPHAR-E a lancé un mot d'ordre de grève illimité soutenu par plusieurs organisations syndicales de médecins dont l'UFMICT-CGT. La revendication est le refus du nouveau déroulement de carrière des praticiens hospitaliers avec les deux exigences immédiates suivantes :

- ▶ application rétroactive pour tous les PH des mesures de décompte de l'ancienneté selon les articles R6152-15 et R6152-17 en vigueur ;
- ▶ accélération de carrière de 4 ans d'ancienneté pour tous les praticiens nommés avant 2020, suite à la disparition des 3 premiers échelons (décret du 28 septembre 2020) afin de permettre l'équité dans une grille salariale unique dans le corps des PH, avec une durée unique de carrière.

Alors que l'hôpital connaît une véritable crise d'attractivité avec des difficultés de recrutement de jeunes médecins et la démission de nombreux PH titulaires, il est clair que les mesures contenues dans le Ségur de la santé ne sont pas à la hauteur.

Les revendications portées par l'Union Fédérale des Médecins, Cadres et Techniciens sont simples :

- ▶ une grille restant sur une durée de carrière de 24 ans avec un 1<sup>er</sup> échelon à 5 000 euros nets et un 13<sup>ème</sup> échelon à 10 000 euros nets ;

- ▶ un doublement du tarif de l'indemnité de garde et de celle du temps de travail additionnel avec un doublement des cotisations retraite sur ces deux indemnités.

Jusqu'à présent, O. Véran, le ministre de la Santé, n'a répondu que par un courrier « d'explication » et surtout de valorisation mensongère des mesures mises en œuvre. Face à ce refus de dialogue social et de persistance dans le déni de l'échec du Ségur, l'ensemble des organisations soutenant le mouvement lui ont adressé une réponse que vous trouverez dans les pages suivantes.

Il est donc indispensable de continuer à nous mobiliser et à nous exprimer dans la plus large union afin d'obtenir l'ouverture de véritables négociations autour de nos revendications.

*Dr Christophe Prudhomme  
Collectif médecins*

*Fédération CGT de la santé et de l'action sociale*

### SOMMAIRE

- ▶ Réponse à Olivier Véran **p.2**
- ▶ L'épidémie de COVID-19 en Guyane Française. Un point d'étape. Mars 2020 - Janvier 2021 **p.3-4**
- ▶ Coronavirus : Jupiter apprenti sorcier **p.5**

## Monsieur le Ministre, n'ajoutez pas l'humiliation à l'humiliation

- Réponse à votre courrier du 8 janvier 2020 -

Jeudi 14 Janvier 2021

Par un courrier adressé aux praticiens hospitaliers (PH) via la cellule de communication du centre national de gestion (CNG, une demi-heure avant notre conférence de presse annonçant une grève illimitée, vous réaffirmez que « l'intégralité des praticiens hospitaliers qui a un exercice public exclusif voit sa rémunération augmentée » et que « *contrairement à ce qui est dit*, ces trois échelons supplémentaires seront accessibles à *l'ensemble* des praticiens hospitaliers aujourd'hui en fonction ». Suivent trois exemples bien choisis, correspondant aux situations les plus favorables de la réforme, et destinés à laisser accroire le bien fondé de vos affirmations.

Monsieur le Ministre, soit vos services ne vous ont pas fait remonter les critiques que nous formulons depuis plus de 3 mois maintenant, soit votre communication est volontairement biaisée.

Ce que nous critiquons, ce n'est pas l'amélioration du statut pour les jeunes PH nommés au concours après le Ségur (votre exemple 1), ni la revalorisation de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE, votre exemple 2).

**Ce que nous critiquons c'est le décret 2020-1182 du 28 septembre 2020 et le mécanisme de reclassement des dizaines de milliers de PH en fonction avant le premier octobre 2020, qui ampute de 4 ans leur durée de services effectifs dans la carrière PH** et conduit à faire passer la durée de leur carrière de 24 à 36 ans au moins. Pour tous ces PH en fonction, ceux qui tiennent l'hôpital public depuis des années dans les tempêtes nées des réformes budgétaires antérieures, ce reclassement les conduit à devoir travailler bien au-delà de l'âge de la retraite pour pouvoir bénéficier des avancées que vous présentez pourtant comme immédiates.

A ce titre votre exemple 3 est particulièrement malhonnête et humiliant car laisse penser que nous ne comprenons pas l'entourloupe :

- savez-vous que, comme dans votre exemple, à 37 ans de carrière PH effectifs,
  - o les PH ont été auparavant obligatoirement 3 ans étudiants hospitaliers et 4 ans internes des hôpitaux et que leur carrière publique est donc en fait de 44 ans de services effectifs ?
  - o que ces PH, du fait de la durée des études médicales, ont donc très majoritairement plus que l'âge de la retraite de 65 ans, mais que par engagement personnel pour éviter que l'hôpital public ne sombre complètement faute de médecins, ils exercent au titre d'une prolongation d'activité ?
  - o et que « conformément à la réglementation en vigueur », ils sont exclus du bénéfice des avantages du Ségur (voir communiqué de presse de la DGOS du 27 novembre 2020) ?
- savez-vous que les PH ne sont pas des fonctionnaires mais inscrits au régime général de sécurité sociale ? Que dès lors, atteindre à 36 ans de carrière PH le dernier échelon ne suffit pas, qu'il faut y rester plusieurs années (considérons 4 ans comme la durée d'un échelon de fin de carrière) pour tirer bénéfice de l'avancée pour la retraite (calculée sur les 25 meilleures années), soit avoir une carrière PH de 40 ans minimum pour **47 ans de services publics effectifs** ?
- savez-vous que pour ces PH, ayant eu leur bac à 18 ans, ayant été étudiants hospitaliers à 21 ans, puis internes à 24 ans et enfin au grand plus tôt PH à 28 ans (ce qui n'existe pas dans la pratique, ou de façon exceptionnelle), il leur faudrait **travailler au-delà de l'âge de 68 ans** ?

Monsieur le Ministre, n'humiliez pas plus ces PH dont l'engagement public est exemplaire.

**Reclassez l'ensemble des PH titulaires à durée totale de carrière effective.**

Redonnez-leur les 4 ans de services effectifs que vous leur avez annulés d'un trait de plume.

***A moins, Monsieur le Ministre, que par cette réforme du statut PH et ces modalités de reclassement des PH titulaires, vous n'annonciez la réforme des retraites et une durée de carrière de 47 ans minimum pour bénéficier de l'intégralité des droits ?***

SNPHAR

AMUF

AVENIR JEUNES PHARMACIENS HOSPITALIERS  
A J P H

SNMH  
FO Syndicat National  
des Médecins Hospitaliers

JEUNES  
MEDECINS.FR

cgt UFMIC

COLLECTIF  
SANTÉ EN DANGER

# ► L'épidémie de COVID-19 en Guyane Française.

Un point d'étape. Mars 2020 - Janvier 2021

L'objet de la présente note est de faire le point et de discuter les principaux déterminants de l'évolution de la pandémie de Sars-CoV-2 en Guyane Française. Celle-ci a connu une évolution très spécifique, différente de celle de la métropole et des Antilles, du fait des particularités géographiques et socio-démographiques de ce département français d'Amérique du Sud proche de l'équateur.

Sur un territoire de 83 000 km<sup>2</sup> (id Nouvelle-Aquitaine), vivent environ 270 000 personnes, dont au moins 1/3 des adultes n'est pas de nationalité française. La plus grande partie du territoire est constituée par la forêt amazonienne. Les principaux bassins urbains sont situés sur la bande littorale (Cayenne, Kourou, Saint-Laurent) et sur les fleuves (Saint-Georges d'Oyapock, Maripasoula). Les deux grands fleuves, Oyapock, Maroni, sont respectivement frontaliers avec le Brésil et le Suriname. Ces deux fleuves représentent certes des frontières politiques, mais sont considérés par les populations autochtones comme l'artère principale de leur cadre de vie, aisément franchissables en pirogue, y compris pour scolariser des enfants ou aller se faire soigner.

Le taux de natalité est l'un des plus élevés de France, la part des personnes âgées l'une des plus faibles. Les personnes de plus de 60 ans ne représentaient que 8,4 % de la population (INSEE 2017), soit moins de la moitié par rapport à la métropole.

Il existe une grande diversité de populations liée aux flux migratoires de l'histoire des siècles et décennies passées. On rencontre ici des Amérindiens présents depuis des millénaires, des Bushinenge descendants des esclaves révoltés et dont beaucoup ont quitté le Suriname après la guerre civile des années 80, des Créoles d'origine antillaise ou haïtienne, des Asiatiques, chinois ou hmong, des Brésiliens, des Européens de divers pays et des Métropolitains dont la majorité sont des fonctionnaires, enseignants, soignants, militaires, policiers. La population vit majoritairement sur le littoral, mais la forêt est loin d'être déserte du fait des activités d'orpaillage légal ou clandestin.

L'activité économique officielle est principalement liée au Centre Spatial Guyanais situé à Kourou, également à l'orpaillage, mais la part d'économie informelle est majeure sur le territoire, que ce soit dans les domaines du commerce, de l'agriculture, du tourisme ou de l'orpaillage.

Les services publics sont très visibles dans les villes et villages de Guyane, qu'il s'agisse des services sociaux (Sécu, CAF, collectivités), auxquels sont attentifs tous les élus, notamment depuis les grandes luttes sociales de 2017 que des services de sécurité (police, gendarmerie, sapeurs-pompiers, douaniers, armée) justifiés par les besoins du Centre Spatial et de la lutte contre l'orpaillage illégal.

Il existe trois hôpitaux publics en Guyane, à Cayenne (CHAR), Kourou (CHK) et Saint-Laurent du Maroni (CHOG). Le CHK est un ancien centre médico-chirurgical de la Croix-Rouge devenu hôpital public début 2018 dans le cadre des accords de Guyane à la suite des grands mouvements sociaux de 2017. Le

GHT patine beaucoup dans son organisation concrète, notamment le projet médical de territoire. Les zones les plus reculées sont couvertes par les Centres Délocalisés de Prévention et de Soins organisés à partir du CHAR. La densité médicale est plus faible qu'en Métropole, certaines spécialités ne sont pas du tout ou très peu représentées (médecine nucléaire, neurochirurgie, cardiologie interventionnelle). Il n'y a pas de CHU. L'organisation de la psychiatrie publique reste complexe à gérer faute de recrutements stables. L'équipement en lits de réanimation est réduit au minimum, une dizaine de lits au CHAR, une USC à Saint-Laurent, rien à Kourou, pas de lits dédiés dans les établissements privés, hors salles de réveil.

Plusieurs localités ne sont desservies ni par la route ni par les fleuves. Les conditions d'exercice de la médecine y sont difficiles, les examens complémentaires peu accessibles, les évacuations sanitaires fréquentes.

L'épidémie survient donc sur un fond de situation sanitaire précaire.

Globalement, l'épidémie de COVID-19 s'est déroulée en décalage avec la métropole. Objectivement, cela a conduit à des mesures inutiles au moment où elles ont été prises, par application administrative des décisions nationales.

Ainsi, les premiers cas sont notifiés à la mi-mars 2020, essentiellement des cas importés de métropole à la suite du rassemblement évangélique de Mulhouse, des vacances scolaires de la métropole et quelques cas secondaires, vite isolés et enrayés. L'ARS décide d'une stratégie de « contact tracing » qui, finalement, s'avère assez simple à mettre en œuvre vu le faible nombre de cas. Le confinement strict décidé en métropole entre le 16 mars et le 11 mai est donc appliqué en Guyane, alors que les cas sont très peu nombreux. Le stade 2 n'est mis en œuvre que le 4 avril 2020, le premier décès attribuable à la COVID n'est signalé que le 20 avril. Des fermetures ou réduction d'activités de services sont décidées alors que rien d'immédiat ne le justifie. Si on ne peut guère reprocher ce type de mesures de précaution, force est de constater qu'elles participeront au découragement des équipes quelques semaines plus tard quand l'épidémie sera réellement là.

Fait nouveau, commencent à être enregistrés des cas groupés dans les villages (soit villages ruraux ou forestiers, soit quartiers des villes) avec une évolution locale très rapide des clusters. Puis viendront d'autres cas groupés proches des fleuves, surtout côté brésilien, qui conduisent les autorités à la fermeture des frontières, mesure plus théorique qu'autre chose en amont des fleuves.

C'est au mois de juin que la vague épidémique sera la plus marquée avec des journées à plus de 200 nouveaux cas par jour et un afflux de patients hospitalisés. La phase 3 sera activée par la Préfecture et l'ARS le 15 juin 2020.

Les 3 hôpitaux absorbent, comme ils peuvent, les patients, les lits de réanimation atteindront la trentaine en juillet. La situation la plus critique se déroule comme on pouvait l'imaginer là où il n'existe pas d'hôpital public, à Saint-Georges d'Oyapock, reliée au Brésil par un pont sur le fleuve. Un centre de soins provisoire est créé avec les moyens locaux sous l'égide de l'ARS et des Sapeurs-pompiers.

Le matériel afflue. À Kourou, deux camions apportent le matériel nécessaire à l'ouverture de deux lits d'USC, lits, monitoring, respirateurs, mis en place en 48 heures. Afflux également de personnel médical et infirmier de la métropole. Les labos ont rapidement été équipés de machines de type GenExpert permettant un rendu très rapide (1 à 2 h) de la PCR.

Pendant ce temps, les mesures-barrières prises par les autorités vont être fondées sur deux principes : contrôle policier, fermeture des frontières, essentiellement fluviales, restriction des liens avec la métropole d'une part, instauration d'un couvre-feu d'autre part.

Ce couvre-feu, repris plus tard en métropole est donc né en Guyane dans le courant du mois de juin 2020. Initialement établi aux horaires de 21 h à 5 h en semaine, il sera rapidement resserré de 19 h à 5 h et étendu tout le week-end, soit du samedi 13 h au lundi 5 h. L'idée était de restreindre les rassemblements familiaux et festifs, source de contaminations croisées et de naissance de foyers épidémiques.

L'épidémie a assez vite décliné à partir de la mi-juillet pour rejoindre un niveau absorbable par les services de soins (qui ont connu, comme en métropole, une désertion pour les recours non-COVID sur toute la période estivale, certainement génératrice de retards de diagnostics et de soins).

La gestion des infections ambulatoires et des contacts appelle également quelques commentaires, car la Guyane a réalisé en partie ce qui a échoué en métropole. Début juin ont été ouverts des centres de prise en charge des personnes en quarantaine (asymptomatiques positifs en PCR ou sortants de l'hôpital avec justification d'un isolement complémentaire), notamment l'Hôtel du Fleuve à Sinnamary, grosse structure hôtelière privée accueillant habituellement les techniciens russes du lanceur Soyouz, et secondairement quelques autres centres d'hébergement, gérés par le CH Kourou, la Croix-Blanche et les Sapeurs-pompiers. Des centaines de personnes qui ne pouvaient s'isoler de façon satisfaisante à domicile, ont donc pu bénéficier de ce dispositif, parfois transportées par voie fluviale ou hélicoptérées. Le dernier de ces centres (Hôtel Mercure à Kourou) a fermé le 15 septembre.

Depuis septembre 2020, la circulation du virus est restée éparse, non nulle, mais ne constituant en rien une seconde vague, ce qui a permis à la Guyane de bénéficier d'une exemption du second confinement,

aux restaurants de rester ouverts sous conditions. Début 2021, la circulation virale reste présente, ainsi que la menace d'irruption des souches variantes.

Il a été mentionné plus haut qu'un renfort important de personnel médical et infirmier a permis une montée en charge rapide des capacités de prise en charge des patients. Ce renfort est pour l'essentiel venu de volontaires issus de la métropole. L'auteur de ces lignes n'a vu ni entendu aucune mention de médecins cubains dont il avait été question un moment. En revanche, l'ARS a ouvert un recrutement de 250 médecins à diplôme étranger pour renforcer les hôpitaux publics. À Kourou, ce recrutement est devenu réalité à partir de décembre 2020.

Parallèlement, il est réclamé de plus en plus nettement la création d'un CHU en Guyane pour permettre le recrutement à terme de médecins guyanais qui exerceraient sur leur sol natal. Actuellement, les seuls recours possibles pour les futurs étudiants sont les CHU des Antilles ou de métropole, avec pour conséquence une fuite importante des médecins. Ce projet, défendu par la collectivité territoriale, les syndicats, dont l'UTG-CGT n'est pas forcément en ligne avec la finalisation sans cesse repoussée du GHT.

À l'heure où cette mise au point est rédigée, la Guyane Française aura connu 10 100 cas de COVID-19 et 69 décès depuis le début de l'épidémie, chiffres évidemment bien plus honorables qu'en métropole. Les conséquences indirectes psychologiques, sanitaires et sociales ne sont pas évaluables pour l'instant. Il convient de prendre en compte la pyramide des âges et le climat bien différents. L'apport des renforts médicaux et infirmiers est sans commune mesure avec ce qui a été vu ailleurs. La mobilisation de l'ARS et de la Préfecture, à rapporter au contexte politique particulier du territoire sont également à prendre en compte ; il est donc difficile d'affirmer que telle ou telle mesure s'est montrée plus efficace qu'une autre. Le Conseil Scientifique, dans ses attendus qui ont abouti à l'instauration des couvre-feux en métropole, en convient, en se refusant à isoler cette mesure des autres qui ont été prises en même temps.

L'impression générale est que les autorités politiques nationales et locales, se sachant surveillées, n'ont pas voulu « rater leur coup » en Guyane et ont fait preuve d'un dirigisme plus marqué qu'ailleurs, facilité par la prégnance des services publics sur le territoire. Enfin, on rendra à nouveau hommage en guise de conclusion aux dizaines de soignants qui ont afflué en Guyane tout l'été et qui ont largement contribué à étouffer l'épidémie. La question de la pérennisation de tous ces moyens demeure cruciale pour l'avenir.

*Jean-Jacques PIKs  
PH honoraire Médecine Interne,  
Service de Médecine – Centre Hospitalier KOUROU*

## ► **Coronavirus : Jupiter apprenti sorcier**

**Soixante-dix mille personnes décédées, une explosion du nombre des personnes vivant sous le seuil de la pauvreté, une protection des personnes en défaut aboutissant aux reconfinements, et... un été indien pour la bourse.**

**L**es universités, les écoles, les EHPAD et certaines entreprises industrielles ont été les plus touchées par les clusters, à côté des événements familiaux et festifs, mais plus de la moitié des personnes dépistées sont asymptomatiques et transmetteurs.

Après le scandale des masques au printemps, immédiatement suivi de l'échec du « tracer-tester-isoler » permettant la seconde vague, troisième scandale : le retard pris - sur fond financier - par la vaccination.

### **Solidarité, protection des populations ?**

Que nenni ! Le leitmotiv ministériel avant les fêtes ? : « *Aplatir la courbe en prévision de la période commerciale et familiale de Noël* », pour suivre le propos du ministre Véran dans le Journal du dimanche.

Aux États-Unis, le nombre de nouveaux cas journaliers pour 100 000 habitants est en dôme à 250, dans un contexte d'abandon libéral. Pour ces pays Européens de taille et de démographie comparables, le Royaume-Uni a une incidence dépassant 60 000 nouveaux cas par jour, verticale ascendante, avec le nouveau variant 1,5 fois plus contagieux.

En France, après le second confinement, on est en plateau : environ 10 000 nouveaux cas journaliers et 15 000 en Allemagne. C'est largement supérieur au seuil de 5 000 nouveaux cas journaliers, mettant, selon Macron, en difficulté le système actuel de « tracer-isoler ».

### **Conserver la ligne des moyens constants, voilà la politique Macron !**

Le « tracer-isoler » est mis en œuvre à moyens humains constants, et les 2 000 contractuels embauchés depuis août par la CPAM, en réalité pour permettre le retour des titulaires vers leurs missions d'origine, n'a rien changé. Ne parlons pas de l'annonce de la constitution de « brigades » (mais... constituées d'élèves infirmiers) annoncées par O. Véran début décembre, ni de l'accent mis sur la gouvernance musclée par les préfets, sur les ARS. Conséquence : un lot d'épreuves humaines : avec l'état d'urgence sanitaire, le nombre de personnes passant sous le seuil de pauvreté s'est aggravé d'un million en 2020. Et un parc de lits de réanimation (5 000 avant la crise) qui n'a pas été accru, ni les effectifs en personnels disponibles. L'Allemagne avec ses 15 000 lits de réanimation a mieux surmonté le premier choc.

### **L'affolement**

► En France, Médecins Sans Frontière a pu montrer des

prévalences très élevées chez les sans-logis de l'Est parisien, supérieur à 50 pour-cent.

► Les inégalités d'accès au logement ont un rôle : un dispositif pouvant aller trouver des solutions, famille par famille existe en région parisienne, c'est « COVISAN ». Proposé par un chef de service de parasitologie de l'APHP, ce dispositif est né de son expérience à Haïti entre 2010 et 2019, et vise à casser la transmission dans les foyers familiaux. Il n'a pas été généralisé : pourquoi ?

► Un institut de préparation aux pandémies, avec un effectif « réglementaire » existe en Corée du Sud (500 à 1 000 cas avérés par jour) et en Allemagne : quatre personnes affectées à ces missions par tranche de vingt mille habitants.

### **La prévention et l'indépendance : le monde de demain**

Le directeur du Robert Koch Institute, le Dr Wiele, s'inquiétait en décembre d'une situation pouvant devenir « incontrôlable », et d'un troisième confinement en perspective. Les pays d'Europe sont à la manière des USA, en flagrant délit de faiblesse en cause : leur politique libérale de santé et de prévention. L'ordolibéralisme a fait la part belle au zéro stock, et à la réduction des politiques de soins et de prévention - telle la médecine scolaire.

### **Il faut une politique de prévention et des experts indépendants de l'exécutif.**

En France, la Sécurité sociale est face, aujourd'hui, à un prévisionnel annuel de 44 milliards d'ajournements de cotisations, et supporte toutes les dépenses liées aux tests « gratuits », « bonne mère », ou « vache à lait », de la macronie ! Visée depuis des années par les appétits du Medef et de son relais à l'Élysée, il est temps qu'un contrôle démocratique - où les organisations du monde du travail sont présentes - soit réinstauré, la macronie, sous la houlette d'agences privées libérales comme le dénonce Le Canard Enchaîné se montrant incapables d'anticiper, prévenir et protéger, ni de réduire les inégalités.

Les défauts de protection béants dans nos politiques préventives, vécus inégalement par chaque foyer, font qu'il nous revient de rappeler l'urgence d'une refondation de la prévention, objectif politique fondamental pour contrer le laisser-aller politique d'aujourd'hui.

*Dr Eric Tron de Bouchony  
Médecin biologique, hôpital de Saint-Nazaire*