



#71

PHARE

LE JOURNAL DU SYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS ÉLARGI

DOSSIER : TEMPS DE TRAVAIL

Mars-Avril 2015

Le site du sphar-e : <http://www.sphare.com>

ANALYSE : TRAVAILLEZ JUSQU'À 72 ANS ?



SOMMAIRE

POINT DE VUE DE L'ACTUALITÉ

La mission Le Menn se prolonge.....4

DOSSIER

Décompte du temps de travail des praticiens

hospitaliers temps plein.....6

Il est temps de « finir le job » sur la normalisation

du temps de travail !10

Attractivité des carrières médicales

hospitalière : SIMPLIFICATION !12

POINT DE VUE

« Service Public Hospitalier » :

une confusion savamment entretenue ?9

LA PAROLE À

Un directeur répond à un médecin13

ANALYSE

Concilier qualité des soins et

qualité de vie au travail14

CONTRE-COURANT

Le poids des mots, le choc des logiques.....19

INTERVIEW

Le « Rapport qui Pique » : pourquoi ?.....20

AGENDA DU SNPHAR-E.....21

ANALYSE

Possibilité de travailler jusqu'à 72 ans

pour les PH : scandale ou chance ?22

DPC

Le DPC Version 2015 : le choc

de simplification est-il encore possible ?24

JURIDIQUE

Quand le travail s'arrête26

PETITES ANNONCES 29

CONSEIL D'ADMINISTRATION 36



ISSN : 1285-7254

Président du comité de rédaction :

Le président du SNPHAR-E

Rédacteur en chef : R. Torrielli

Comité de rédaction : V. Agaesse - R. Briot -

N. Cros-Terraux -M. A. Doppia, - L. Heyer - S. Leroy -

P. Ménestret - R. Péquignot - Y. Rébufat - N. Smolski

Éditeur : Ektopic

58 rue Corvisart • 75013 Paris • 01 45 87 77 00

Rédaction : S. Sargentini

Directeur de publication : C. Mura

Publicité : K. Tabtab - k.tabtab@reseauprosante.fr

Impression : Imprimerie Imprimatur

Crédits photos : page une : iStock photos

LES MOTIVATIONS DE NOS DEUX NOUVEAUX ADMINISTRATEURS

Avec la nouvelle année, le SNPHAR-E a eu le grand plaisir d'accueillir au sein de son conseil d'administration deux nouveaux administrateurs, Renaud Péquignot et Jullien Crozon. Nous leur avons demandé de se présenter à vous, de décrire leur parcours et de nous donner les raisons de leur engagement syndical au sein du SNPHAR-E.

Renaud Péquignot est gériatre, il travaille aux hôpitaux de Saint-Maurice. Le SNPHAR-E l'a rencontré à l'occasion d'un conflit qui l'a opposé à son directeur et qui l'a conduit au tribunal après une plainte pour diffamation. Le tribunal a débouté le plaignant et rétabli notre courageux confrère dans son bon droit. Ce conflit nous a donné l'occasion d'ouvrir le dossier de la **Protection Fonctionnelle**. Celle-ci prévoit la prise en charge par l'employeur des frais juridiques d'un agent public mis en cause. Bien que la protection fonctionnelle semble être de droit acquise aux praticiens hospitaliers, il persiste un seul obstacle à l'application de cette disposition lorsque le plaignant est l'employeur et qu'il peut aussi décider de l'attribution ou non de cette fameuse protection fonctionnelle. Il s'agit alors d'un conflit d'intérêt majeur pour lequel nous essayons de faire évoluer la réglementation.

Laissons la parole à Renaud Péquignot :

J'ai souvent été militant syndicaliste : comme externe, puis comme interne, lors des grandes grèves des années 90 qui ont permis d'obtenir un statut décent, à défaut d'être correct, pour les médecins en devenir. J'ai souvent changé : les syndicats de contestation m'enthousiasmaient par leur courage communicatif mais proposaient si peu, les syndicats de proposition me séduisaient par leur réflexion mais se faisaient trop facilement rouler dans la farine par nos roublards de ministres !

Je suis resté ensuite longtemps non-syndiqué, par une sorte de fatalisme accompagné d'une petite dose de procrastination, voire de la tentation du repli : « De toute façon, quand on bosse bien, on ne peut pas avoir d'ennui... ». Mais un jour, j'ai écopé d'un directeur dont le principal objectif était moins l'intérêt des patients et des personnels que d'améliorer son propre confort, et je n'ai plus voulu être gentil. Les ennuis ont commencé avec des

injonctions contradictoires voire illégales. Une collègue m'a parlé du SNPHAR-E et sa motivation d'être à la fois un syndicat de protestation (contre l'inacceptable qu'on nous impose tous les jours en douce), mais aussi de proposition pour améliorer nos conditions de travail et le service rendu aux patients malgré les contraintes économique-démographiques.

Lors du procès intenté (et perdu !) par mon directeur, l'accompagnement de mon syndicat m'a été d'un grand secours : par des conseils avisés et précis et par un soutien moral et physique. Ce courage que j'y ai puisé m'a poussé à me présenter aux suffrages des adhérents pour en devenir administrateur et rendre au plus grand nombre l'énergie nécessaire pour faire face aux pressions, attaques et intimidations en tout genre dont notre profession est de plus en plus victime.

Nous devons être fier de notre profession et quand nous sommes sûrs de notre droit, nous ne devons jamais plier face à des pouvoirs administratifs qui sortent de leurs compétences et de leurs attributions.

Julien Crozon est anesthésiste-réanimateur. Il travaille aux Hospices Civils de Lyon. Moins expérimenté, syndicalement parlant, que Renaud, il n'en est pas moins impliqué dans la gestion du planning de son équipe et connaît donc bien la problématique du temps de travail.

Jullien Crozon nous a confié à son tour :

Dans notre société individualiste, pourquoi se syndiquer ? Pour ma part, la majorité des avancées sociales dans le monde du travail ont été gagnées grâce à l'action syndicale.

Durant toutes mes études, j'ai participé à l'organisation de la vie étudiante, aux différentes instances universitaires et aux nombreux combats pour améliorer et préserver notre beau métier. Cela m'a permis de voir que seules l'unité et la cohésion permettaient des avancées et m'a démontré l'importance du dialogue face aux différentes instances. Ce vécu m'a poussé à toujours être partie prenante dans la vision de mon avenir. En effet, on ne peut pas se plaindre de ses conditions de travail si on n'essaie pas de les changer. J'ai donc toujours adhéré à un syndicat durant mon cursus universitaire.

Pourquoi avoir adhéré au SNPHAR-E ? Quand je me suis engagé dans une carrière hospitalière à la fin de mon assistanat, j'ai cherché un syndicat qui réponde

à mes attentes. De tous les syndicats, le SNPHAR-E était le syndicat représentant le mieux ma vision de l'hôpital public et sa place dans notre société.

Depuis de nombreuses années, les pouvoirs publics n'ont eu de cesse d'organiser la casse du service public hospitalier. Avec la mise en place de la tarification à l'activité, nous avons trop souvent oublié notre cœur de métier : le patient, qui doit rester le centre de gravité de l'hôpital.

C'est pourquoi, il faut continuer à défendre et à améliorer notre statut de praticien hospitalier (attractivité, temps de travail...) pour que les praticiens soient heureux de venir travailler et soigner dans de bonnes conditions. À l'heure de « l'efficacité » et de « l'efficacite » prônées par la « nouvelle gouvernance », il est important de se rassembler et de se battre pour des valeurs communes : solidarité, empathie, service public...

Les motivations de nos deux nouveaux administrateurs sont en parfait accord avec les objectifs du SNPHAR-E qui se veut un syndicat professionnel à la fois combatif et réfléchi. Ils n'ignorent pas qu'il s'agit d'un engagement exigeant et bénévole. C'est une activité exercée en plus du temps de travail, le plus souvent sans aucun aménagement d'emploi du temps ou décharge quelconque. La reconnaissance du temps syndical fait d'ailleurs partie de nos revendications prioritaires. Elle doit s'accompagner de tous les moyens financiers et humains nécessaires à un dialogue social de qualité entre les pouvoirs publics et les partenaires sociaux, en l'occurrence les représentants des médecins des hôpitaux publics. Chaleureuse bienvenue à nos deux volontaires et énergiques collègues au sein du conseil d'administration du SNPHAR-E.

Yves Rébufat, Président du SNPHAR-E

La mission Le Menn se prolonge

L'actualité syndicale en ce début d'année a été largement dominée par notre participation aux réunions de travail de la mission sur l'attractivité des carrières médicales hospitalière pilotée par l'ex-sénateur d'Isle et Vilaine, Jacky Le Menn. Nous vous présentons ici les premières mesures qui commencent à prendre forme.

Plus compliquée que prévue initialement, la mission se prolonge donc et le rapport final sera probablement rendu en mai.

Les propositions se déclineront en 8 volets :

- 1. Pallier le choc démographique dans le corps de praticiens hospitaliers :** permettre dès 2015 d'allonger la durée maximale de la prolongation d'activité pour un exercice jusqu'à 70 ans. C'est une mesure d'ordre législatif qui devra nécessairement passer par une modification de la Loi : assouplir les modalités du cumul emploi-retraite ; création d'un pool régional de praticiens remplaçants.
- 2. Simplifier et fluidifier le recrutement :** bourse aux postes (site internet alimenté par des conventions régionales pour les postes de PHC et par le CNG pour les titulaires). Profils de postes au moment du recrutement avec définition des missions du PH et du projet médical de la structure. Réflexion sur le concours de PH.
- 3. Dynamiser les carrières des praticiens hospitaliers :** prise en compte des années de l'internat pour le calcul de l'avancement. Supprimer les marches d'escalier dans les rémunérations. Concertation sur le système indemnitaire et les différentes sujétions (cf. infra). Part complémentaire variable d'équipe. Dispositif statutaire de reconversion professionnelle.
- 4. Dynamiser les parcours professionnels :** Profils de postes. Contractualisation de certaines missions. Reconnaître la pluralité des missions confiées aux PH. Valences. Exercice modulaire.
- 5. Préciser les règles de décompte du temps de travail** (cf. infra).
- 6. Retrouver l'esprit originel du développement professionnel continu** (cf. infra).
- 7. Améliorer les conditions de travail et la qualité de vie au travail :** améliorer l'accueil des médecins et des internes. Renforcer la représentation médicale au CHSCT. Intégrer un volet consacré aux PH dans le projet social de l'établissement. Accès des PH aux œuvres sociales.
- 8. Revaloriser le rôle du corps médical dans la gestion de l'hôpital :** la ministre s'était engagée au mois d'octobre devant les cinq intersyndicales représentatives de praticiens hospitaliers à renforcer la position des médecins dans la gouvernance de l'hôpital. Depuis, beaucoup d'organisations ont œuvré pour maintenir la gouvernance actuelle jugée « équilibrée ». Notre point de vue est absolument contraire et l'évolution vers la territorialisa-

tion (GHT) implique nécessairement un projet médical régional et donc l'implication des médecins dans les choix et décisions qui seront prises.

Mission attractivité : attention aux oppositions !

Le compte-rendu de la mission attractivité du 5 mars qui nous a été adressé au décours de la réunion ne nous a pas semblé refléter la teneur des discussions en séance. Nous n'y avons pas retrouvé nos propositions mais surtout les contre-propositions les moins-disante de nos interlocuteurs-employeurs. Nous l'avons donc vigoureusement dénoncé dans la presse et lors de la réunion suivante qui s'est tenue le 19 mars. Il faut savoir qu'en parallèle de cette mission d'autres discussions se tiennent concernant l'application de la circulaire du 10 décembre 2014 sur l'organisation et le temps de travail dans les services d'urgences et du SAMU et il est clair que les deux sujets sont étroitement liés.

Nous sommes en totale adéquation avec nos collègues urgentistes sur différents points : une définition réglementaire du temps de travail à 39 heures, une sur-rémunération du temps de travail dès la 39^{ème} heure, du temps dit « non clinique » et la possibilité de déclarer son propre temps de travail réalisé de manière rétrospective.

Nous souhaitons qu'une déclinaison de cette circulaire puisse se faire avec un décompte en demi-journées et pour cela nous proposons que chaque période de 24h (garde) soit créditée de 5 demi-journées, que chaque praticien puisse bénéficier de deux demi-journées de temps non clinique ou non posté et que le temps additionnel soit rémunéré à hauteur de 65 euros de l'heure soit 650 euros pour deux demi-journées. Si nous entendons bien que ces mesures ont un coût et qu'il y aura des difficultés de financement, nous rappelons que les 48 heures sont une borne à ne pas dépasser, que le temps de travail légal en France est de 39 heures et que, depuis des années, nous acceptons une situation scandaleuse dans laquelle un praticien réalisant deux gardes de 24 heures dans la même semaine se voit attribuer seulement 8 demi-journées d'obligation de service et doit donc travailler une journée de plus gratuitement alors qu'il a dépassé la borne européenne du temps de travail.

Nous constatons de plus en plus d'ouvertures tardives de plateaux techniques pour des raisons de rentabilité sans jamais prévoir de compensation du temps de travail médical alors que l'objectif de ces nouveaux horaires est clairement financier et permet de faire rentrer des recettes T2A. Deux demi-journées pour onze heures passées au bloc, ce n'est plus acceptable ! Les PH en ont assez de raser gratis tous les jours et c'est pour cela que les hôpitaux se vident de leurs médecins et n'arrivent pas à en recruter d'autres sauf en intérim !

Alors oui, l'attractivité a un coût, celui du travail médical justement mesuré, reconnu et rémunéré !

POUR TROUVER LE DÉNOMINATEUR COMMUN ENTRE DÉCOMPTE DU TEMPS DE TRAVAIL ET RÉMUNÉRATIONS, 5 RÉUNIONS SONT PRÉVUES EN FÉVRIER ET MARS.

La circulaire qui est parue en décembre concernant le décompte du temps de travail dans les services d'urgences, SAMU et SMUR, même si elle n'est pas satisfaisante, a eu le mérite de faire bouger les lignes et de faire tomber les tabous encore très présents sur le sujet du décompte du temps de travail. Tout le monde est maintenant d'accord sur la nécessité absolue du respect de la limite des 48 heures hebdomadaires prévues par la directive européenne sur le temps de travail.

Cette circulaire prévoit au sein de ces 48 heures un temps de travail clinique posté de 39 heures et un temps de travail non clinique de neuf heures qui seraient contractualisés. Le temps de travail clinique posté dépassant les 39 heures serait lui aussi contractualisé et possiblement rémunéré d'une manière différente.

Le temps de travail non clinique serait, quant à lui, contractualisé et mutualisé au sein de l'équipe.

Cela pose un certain nombre de difficultés pour une adaptation de cette circulaire à d'autres spécialités et en particulier sur la définition du travail clinique et du travail non clinique pour un médecin hospitalier. De même, la définition du travail posté mériterait quelques éclaircissements.

Pour nous, il serait particulièrement inacceptable que le travail clinique soit limité à celui qui génère de l'activité T2A. À cette notion de travail clinique, nous préférons celle de travail contraint par l'organisation. En effet, ces dernières années, de nombreuses spécialités ont été impactées par l'augmentation des amplitudes d'ouverture des différents plateaux techniques hospitaliers (bloc opératoire, plateau de radiologie, etc.) pour des questions de rentabilisation de ces équipements sans qu'aucune analyse du retentissement de ces nouvelles amplitudes ne soit faite sur le temps de travail médical.

Le SNPHAR-E et son intersyndicale Avenir Hospitalier par-

ticiperont à toutes ces réunions et feront des propositions innovantes et modernes (notion de temps contraint, valences, ...) sur la mesure du temps de travail et pour des rémunérations adaptées à ces exercices extrêmement contraints privant souvent les médecins hospitaliers d'autonomie dans la gestion de leur propre temps de travail.

Concernant les régimes indemnitaires, nous porterons nos propres revendications en particulier sur le temps additionnel et les indemnités de gardes et astreintes qui ne sont pas pour nous un moyen d'augmenter nos revenus mais une véritable sujétion entraînant une pénibilité qui doit impérativement être prise en compte.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SNPHAR-E

Deux nouveaux administrateurs intègrent le conseil d'administration, le docteur Renaud Péquignot, gériatre à l'hôpital de Saint-Maurice et le docteur Jullien Crozon, anesthésiste-réanimateur aux HCL. Vous avez pu faire rapidement leur connaissance dans l'éditorial de cette revue.

Le bureau du conseil d'administration est quelque peu modifié, le Docteur Patrick Dassier est maintenant le trésorier et le Docteur Claude Wetzel son trésorier adjoint. Max-André Doppia et Raphaël Briot deviennent tous deux secrétaires généraux adjoints.

LE RAPPORT QUI PIQUE

À la suite du mouvement de grève d'octobre 2014 nous avons décidé de publier les commentaires que vous aviez pu nous faire parvenir lors de ce jour de mobilisation pour la défense de l'attractivité des carrières médicales. Nous avons donc compilé dans ce rapport votre libre expression, analysée par thèmes, à laquelle nous avons associé le point de vue d'acteurs du monde hospitalier. Ce rapport a été diffusé à 60 000 exemplaires au format électronique et au format papier vers des destinataires ciblés (cf p.18).

Yves Rébufat, Président du SNPHAR-E

Temps de travail additionnel (TTA) : les précisions du SNPHAR-E.

De nombreux collègues nous contactent régulièrement parce qu'ils estiment ne pas pouvoir se faire payer correctement le temps additionnel qu'ils ont réalisé. Nous estimons donc nécessaire de préciser un certain nombre de points concernant la réalisation et l'indemnisation du temps de travail additionnel.

Le temps de travail additionnel n'est pas obligatoire. Il est dérogatoire et basé sur le volontariat de celui qui le réalise.

Il doit être contractualisé avant d'être effectué. Un contrat engage deux parties, un employeur et un employé. Ce contrat doit préciser la hauteur, la nature et l'indemnisation de ce temps de travail additionnel.

Ce n'est qu'à ces deux conditions (volontariat et contrat) qu'un praticien hospitalier peut accepter de faire du temps additionnel.

Si aucun contrat n'existe, le praticien comme le directeur de l'établissement s'exposent tous deux à un contentieux au tribunal.

Nous rappelons aussi qu'il existe deux formes de temps additionnel, celui de jour payé 317 € bruts et celui de nuit payées 473 € bruts. Le temps additionnel de nuit n'est jamais intéressant car l'indemnité de sujétion est récupérée. Le temps additionnel de jour n'est intéressant qu'en dessous du 7^{ème} échelon.

Nous conseillons donc à tous les praticiens de n'accepter que du TTA de jour sur leur contrat.

Nous rappelons aussi que réaliser du TTA, c'est accepter la pénurie et une situation de sous-effectif chronique qui n'est bonne, ni pour les praticiens, ni pour les patients. Faire faire du TTA à des praticiens en poste coûte bien moins cher que de recruter de nouveaux praticiens ou de recourir aux services d'intérimaires.

Décompte du temps de travail des praticiens hospitaliers temps plein

La durée du temps de travail des PH est à ce jour de dix demi-journées, excepté pour les PH ayant une activité médicale organisée en temps continu. Jean Garric illustre ici la discrimination que cela entraîne entre PH et l'origine de l'incohérence que cela engendre.

Article R.6152-27 du CSP

Selon l'article R.6152-27 du CSP,
« Le service hebdomadaire [d'un praticien hospitalier temps plein (PHTPlein)] est fixé à dix demi-journées, sans que la durée du travail puisse excéder quarante-huit heures, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Lorsqu'il est effectué la nuit, celle-ci est comptée pour deux demi-journées.

Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire du praticien est, par dérogation au premier alinéa, calculée en heures, en moyenne sur une période de quatre mois, et ne peut dépasser quarante-huit heures. (...)»

Ainsi, si le praticien hospitalier temps plein travaille dans un service non dérogatoire, il doit d'abord faire dix demi-journées par semaine, mais sans dépasser quarante-huit heures. De ce fait les administrations de nos établissements calculent ici en premier, et seulement, le nombre de demi-journées réalisées et inscrites sur le tableau de service ; pour ce qui est des quarante-huit heures, elles prétextent que le décompte en heures n'est réglementairement seulement possible que pour les services dérogatoires et donc travaillant en temps continu.

Cela est repris et précisé dans le circulaire DHOS/M2/2003 n°219 du 6 mai 2003 où il est stipulé au niveau du chapitre II-1 que :

« Un praticien à temps plein, est réputé avoir accompli ses obligations de service s'il a réalisé dix demi-journées - onze demi-journées pour les personnels enseignants et hospitaliers - inscrites au tableau de service comme dix demi-périodes - onze demi-périodes pour les personnels enseignants et hospitaliers - de jour ou de nuit, **sans considération du nombre d'heures effectivement réalisé.** (...)»

Par dérogation à cette règle générale, les obliga-

tions de service des praticiens affectés dans des structures organisées en temps médical continu sont décomptées en heures. Le praticien est réputé avoir accompli ses obligations de service dès lors qu'il a effectué, dans la limite de 48 heures, la durée de travail prévue au tableau de service mensuel nominatif. »

Certes cette circulaire ne figurant pas sur le site internet *ad hoc* du premier ministre n'est plus applicable selon l'article 1 du décret n°2008-1281 du 26 décembre 2008 relatif aux conditions de publication des instructions et circulaires (« Les circulaires et instructions adressées par les ministres aux services et établissements de l'État sont tenues à la disposition du public sur un site internet relevant du Premier ministre. Elles sont classées et répertoriées de manière à faciliter leur consultation »).

Une circulaire ou une instruction qui ne figure pas sur le site mentionné au précédent alinéa n'est pas applicable. Les services ne peuvent en aucun cas s'en prévaloir à l'égard des administrés, mais elle est et reste à la base des procédures actuelles de décompte du temps de travail des PHTPlein dans nos établissements.

UNE DISCRIMINATION ENTRE PH

Ainsi, **une discrimination est donc entretenue entre les PH** exerçant dans un service non dérogatoire et ceux exerçant dans un service travaillant en temps continu puisque la borne de quarante-huit heures hebdomadaires n'est reconnue en fait que pour ces derniers. Si pour organiser l'activité ouvrable, une relative superposition existe pour les deux types d'exercice, il n'en est plus rien si cette activité s'étend sur la période non ouvrable, c'est-à-dire la permanence et la continuité des soins, comme le montre l'exemple suivant.

Prenons l'exemple d'un PH Temps plein :

- il fait le lundi une période de vingt-quatre heures

d'affilée, soit deux demi-journées ouvrables, puis deux de nuit, soit vingt-quatre heures selon la réglementation actuelle ;

- le mardi, il est en repos quotidien ;
- le mercredi, il fait à nouveau vingt-quatre d'affilée selon les mêmes modalités ;
- si ce PHTPlein, ayant fait quarante-huit heures, exerce dans un service en temps continu, il a rempli ses obligations de service hebdomadaire. En revanche, s'il exerce dans un service où le temps de travail n'est décompté qu'en demi-journées, il n'en a fait que huit, et il lui reste donc à faire, selon l'interprétation actuelle de l'administration, encore deux demi-journées supplémentaires (le vendredi) pour arriver à dix ! Ce qui le conduira à dépasser les quarante-huit heures hebdomadaires sans que l'on puisse lui compter une quelconque période de temps de travail additionnel.

Il existe donc une **incohérence totale et une injustice flagrante entre les deux types d'exercice**, et cela confine à l'absurde !

L'ORIGINE DE CETTE INCOHÉRENCE REPOSE SUR LA NON FIXATION DE LA DURÉE DE LA DEMI-JOURNÉE.

Incohérence qui a déjà été soulevée par le SNPHAR-E, ce qui explique la demande de ce dernier à ce qu'une journée soit divisée en cinq périodes et non seulement en quatre demi-journées, et qui avait initié à l'époque des recours en Conseil d'État (CE) (CE 4 février 2005, SNPHAR, n°254024 et 258201). Mais, le CE avait jugé que :

« la valeur en heures d'une vacation qualifiée de demi-journée de travail, effectuée soit en période de jour, soit en période de nuit, soit fixée de telle sorte que les obligations hebdomadaires de service des praticiens puissent être remplies dans le respect de la durée maximale hebdomadaire de travail. »

Ainsi, cela devrait être à chaque établissement de fixer la durée de la demi-journée, et ce de manière variable entre le jour et la nuit, tout cela pour maintenir réactivité et souplesse dans l'organisation des activités médicales !

À défaut d'avoir fixé la durée de la demi-journée, on pourrait donc s'attendre au minimum à ce que les établissements vérifient à un moment donné que le praticien ne dépasse pas régulièrement cette borne supérieure de quarante-huit heures. C'est d'ailleurs ce que tend à supporter le troisième alinéa de l'article 4 de l'arrêté du 30 avril 2004 modifié qui stipule :

« Ces registres [de temps travaillé] sont mis à la disposition du directeur afin de lui permettre de contrôler le recours à la contractualisation pour tout dépassement à la durée maximale du travail de quarante-huit heures et de restreindre ou interdire ce dépassement lorsque la santé et la sécurité des patients sont affectées. »

Cela sous-entend bien que les établissements doivent vérifier qu'il n'y a pas ou qu'il y a un dépassement à la durée maximale du travail hebdomadaire de quarante-huit heures, même si les obligations de service restent définies en demi-journées. Cependant, les périodes de travail additionnel étant définies seulement comme des périodes de travail au-delà des obligations de service, que celles-ci soient définies en demi-journées ou en heures, et non pas seulement et plus précisément au-delà de quarante-huit heures, cela ne change rien pour l'administration qui considère toujours que les obligations de service exprimées en demi-journées ne doivent pas considérer le nombre réel d'heures effectuées.

En juillet 2014, le Ministère de la santé, dans son mémoire en défense à la requête n°374732 déposée par le SNPHAR-E au service du contentieux du Conseil d'État, persiste en écrivant page 7 :

*« - chaque praticien doit, dans la limite de 48 heures hebdomadaires, accomplir son temps de service obligatoire de dix demi-journées hebdomadaires, qui peut inclure des astreintes ;
- le praticien peut au-delà de ce temps de service fixé à dix demi-journées et plafonné à quarante-huit heures par semaine, s'engager à assurer un service additionnel sur la base du volontariat, pour assurer la continuité des soins.
- le travail effectivement accompli par le praticien est mesuré par quadrimestre achevé. La mesure consiste d'abord à vérifier qu'il a rempli ses obligations de service puis à décompter le temps de travail additionnel qu'il a pu effectuer au-delà de ce temps de service obligatoire. Cette mesure se fait en nombre d'heures accomplies, mais aussi en tenant compte du moment où il a été effectué. »*

Pour le Ministère de la santé, dans les services où le temps de travail est décompté en demi-journées, les administrations hospitalières ne doivent donc décompter en heures que le temps de travail au-delà des dix demi-journées hebdomadaires obligatoires. Il va même plus loin en disant que c'est au PH à se débrouiller pour ne faire que quarante-huit heures par semaine puisqu'il « dispose de l'autonomie nécessaire pour adapter ses horaires afin de rester dans les

limites de ce seuil. ». Même s'il admet que les tableaux de service se rattachant à la fixation des obligations de service ne font en rien obstacle à ce que le seuil de quarante-huit heures soit assuré, et donc que quelque part il puisse exister un décompte en heures, la responsabilité de respecter ce seuil reste bien au PH qui doit renseigner sur le mode déclaratif le nombre de demi-journées, et non le nombre d'heures, à réaliser dans le tableau de service prévisionnel. Mais il n'existe aucune obligation pour l'établissement à le faire et, de plus, le Ministère ne situe cette possibilité de décompte en heures qu'au niveau du tableau prévisionnel et non au niveau du tableau effectivement réalisé. Ceci est bien conforté par l'Instruction n° DGOS/RH4/2014/101 du 31 mars 2014 au niveau de l'I.1.b troisième alinéa :

« Par ailleurs, si le praticien constate que, dans le cadre de ses obligations de service, il dépasse régulièrement le seuil hebdomadaire de 48 heures en moyenne lissé sur le quadrimestre, il lui revient d'envisager, en lien avec son chef de pôle, une réorganisation de son activité et, si nécessaire, de faire une demande de contrat de recours à du temps de travail additionnel. »

Enfin, un arrêt du Conseil d'État n°359711 d'octobre 2014 concernant la requête d'un praticien contractuel exerçant dix demi-journées hebdomadaires (situation similaire à un PHTPlein) vis-à-vis de son établissement qui refusait de considérer la borne de quarante-huit heures pour démarrer le décompte du temps de travail additionnel, précise :

« lorsque l'activité médicale n'est pas organisée en temps continu, les obligations de service hebdomadaires des praticiens contractuels exerçant à temps plein sont fixées à dix demi-journées hebdomadaires et ne peuvent excéder quarante-huit heures par semaine en moyenne sur une période de quatre mois ; que par suite, les indemnités forfaitaires dues, en application du b) du 1° de l'article D. 6152-23-1 du même code, pour tout temps de travail additionnel accompli, sur la base du volontariat, au-delà des obligations de service hebdomadaires doivent être versées au praticien contractuel exerçant à temps plein qui a accompli plus de dix demi-journées par semaine mais aussi à celui qui justifie avoir travaillé plus de quarante-huit heures en moyenne sur une période de quatre mois ; que, dès lors, en rejetant les conclusions de M. B... tendant au versement de ces indemnités, fondées sur un décompte horaire tendant à démontrer un dépassement de la moyenne hebdomadaire de quarante-huit heures de travail, au motif que l'ac-

tivité médicale du service dans lequel il exerçait n'était pas organisée en temps continu et que, par suite, le centre hospitalier n'avait pas à calculer en heures le service hebdomadaire, la cour administrative d'appel de Bordeaux a commis une erreur de droit ; »

C'est donc bien le PH qui doit justifier de son décompte horaire. Cet arrêt est néanmoins important car il montre aussi que si le PH justifie le dépassement de la durée maximale hebdomadaire, l'administration se doit de lui rémunérer ce temps de dépassement sous forme de temps de travail additionnel. Ainsi dans l'exemple ci-dessus, l'administration hospitalière ne peut opposer les deux demi-journées non réalisées au constat des quarante-huit heures déjà réalisées.

Au total, dans le cadre d'un service non dérogatoire, dans la pratique courante actuelle des administrations hospitalières, les obligations hebdomadaires de service d'un PHTPlein sont de dix demi-journées, avec une durée maximale hebdomadaire en moyenne lissée sur quatre mois certes de quarante-huit heures hebdomadaires mais qui de toute façon ne seront pas décomptées sauf si le PHTPlein en fait lui-même la preuve.

Pourtant, en octobre 2014, la Commission Européenne, dans sa réponse [Ref ARES(2014)3550886] au recours déposé par le SNPHAR-e [dossier 0222247], précise :

« Il semble bien, notamment, que les établissements hospitaliers sont en mesure de vérifier, mensuellement et quadrimestriellement, que les temps de travail de leurs praticiens, tels que réalisés en pratique, sont conformes à la loi. Il s'ensuit qu'il leur revient, dans le cadre de ce suivi, de remédier à tout risque de dépassement de la moyenne de 48 heures hebdomadaires sur 4 mois - étant entendu que la notion non-définie de « demi-journée » a principalement une vertu organisationnelle, mais ne saurait être l'étalon de ce contrôle, qui demeure, in fine, une comptabilité globale en heures.

Si ce suivi s'avérait défaillant dans le cas de certains praticiens, les tribunaux nationaux compétents devraient être saisis de ces cas afin d'évaluer si le droit national transposant la Directive 2003/88/CE est effectivement mis en œuvre de façon incorrecte. »

Ainsi, pour l'Europe, le suivi et le contrôle des temps de travail des praticiens hospitaliers reviennent bien aux établissements hospitaliers et il doit se faire en heures.

IL FAUDRA ATTENDRE COMBIEN DE RECOURS AU TRIBUNAL ADMINISTRATIF POUR QUE CELA DEVIENNE OBLIGATOIREMENT APPLICABLE ?

Pour éviter cela, la réglementation doit être rapidement modifiée. Le mouvement de grève du SNPHAR-E et de l'AMUF en décembre 2014 a abouti à la rédaction d'une instruction ministérielle où Madame la Ministre annonce : « *J'entends également que soient examinées dans ces mêmes secteurs [SAMU-SMUR et spécialités présentant des sujétions liées à la prédominance d'activités en travail posté et en permanence des soins], les conditions d'application d'un éventuel décompte horaire ou autre mesure visant à une équité dans le décompte du temps de travail et de reconnaissance d'un temps de travail non clinique.* »

Pour tenir cet objectif, une modification profonde de l'article R.6152-27 du CSP est obligatoire. **Le dogme d'une borne maximale de quarante-huit heures hebdomadaires doit y figurer en première place** afin de garantir une réelle équité entre les deux types d'exercice et, seulement après, doivent être déclinées

les possibilités de service en temps continu ou non, sans pour autant qu'il y ait nécessité d'une dérogation pour l'une ou l'autre. Le choix entre ces deux types de service doit être le fait des équipes médicales elles-mêmes, validé par les instances médicales de l'établissement et révisable. Il ne peut être imposé car il est le résultat de la reconnaissance de l'autonomie non seulement des équipes médicales mais aussi des praticiens eux-mêmes dans l'organisation de leurs activités. L'obligation d'un décompte horaire, même pour les services à activité décomptée en demi-journée, mensuel et quadrimestriel, doit également être citée à ce niveau pour avoir un réel poids réglementaire. Bien évidemment, la définition du repos quotidien et l'obligation de participation à la permanence et la continuité des soins doivent continuer à y figurer en bonne place. Cette modification, ne pouvant être introduite que par un décret en Conseil d'État, devra entraîner *de facto* une refonte de l'arrêté du 30 avril 2003 afin, entre autres, de gommer toutes les incohérences et garantir toute transparence. C'est bien là le combat que nous devons avoir.

Jean Garric, administrateur du SNPHAR-E

« Service Public Hospitalier »

POINT DE VUE

Une confusion savamment entretenue ?

Dans les discussions sur le Service Public Hospitalier (SPH) prévu par l'art. 26 du projet de loi de Santé, la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) et les syndicats libéraux font pression pour que des cliniques à but lucratif puissent être « habilitées SPH ». Cent trente cliniques privées ayant un service d'urgence pourraient être associées au SPH sans remise en cause complète du secteur 2. La FHP et les libéraux souhaitent remplacer le principe d'absence de dépassements par une notion « d'accessibilité financière ». Des actes (enlèvement de plâtre ou de fils ...) pourraient relever du secteur 2 avec dépassements remboursés par les mutuelles (donc payés par les patients).

La FHF (représentant les directions de l'hôpital public) estime que ces discussions « portent en elles le germe d'un démantèlement du service public hospitalier, dont le label pourrait être attribué à toute clinique commerciale exerçant une activité d'urgence ». Bien que M. Touraine ait rappelé que l'absence de dépassements d'honoraires demeurerait une obligation maintenue du label SPH, ceci pourrait faire l'objet de dérogations limitées ... dans des conditions qui restent à définir (sic) ! Ces confusions (volontaires ?) autour de la notion de service public préparent-elles une colonisation du public par le privé ?

Il est bon de rappeler que :

- 1) si des établissements privés non lucratifs participent au service public (PSPH), ils ne font pas partie du service public (les médecins y travaillant sous contrat ne sont pas indépendants des décisions managériales de rentabilité)
- 2) une clinique privée à but lucratif ne peut pas faire partie du SPH (même si les médecins n'ont pas de dépassements d'honoraires). Le service public ne dépend pas d'actionnaires privés !

La présentation du projet de Loi devant l'Assemblée Nationale est prévue mi-avril.

Raphaël Briot, Secrétaire Général Adjoint du SNPHAR-E

Il est temps de « finir le job » sur la normalisation du temps de travail !

Depuis les avancées obtenues par le SNPHAR-E en 2002-2003, de nombreux lobbies se sont mobilisés pour limiter l'impact de ces mesures. Cela fait plus de 10 ans que le SNPHAR-E fait des propositions pour conclure sur le temps de travail, et sa rémunération. Aujourd'hui, la mission Le Menn ...

En 2002-2003, le SNPHAR-E, a largement contribué à l'obtention d'améliorations significatives du statut de praticien hospitalier (PH) :

- la reconnaissance de la garde comme un temps de travail intégré à la hauteur seulement, hélas, de 2 demi-journées (DJ) dans nos obligations statutaires hebdomadaires,
- le maintien de l'indemnisation de garde, bien qu'incluse dans le temps de travail,
- la mise en place du repos de sécurité, tant combattu,
- la transposition partielle de la Directive Européenne (DE) n°1993/104/CE dans notre statut de PH, notamment avec le principe que 10 DJ ne peuvent excéder 48 heures hebdomadaires moyennées sur 4 mois,
- l'indemnisation initialement à la hauteur de 20 jours de RTT pour un travail hebdomadaire de 39 heures. Nous fûmes concernés par le principe de la réduction du temps de travail à 35 heures hebdomadaires,
- l'instauration du principe des plages additionnelles (PA) pour toute activité effectuée au-delà des 48 heures, et ceci sous la forme du volontariat et après une contractualisation (**esprit de l'opt-out** de la Directive Européenne n°2003/88/CE oblige).

Il est évident que ces mesures ont eu un impact sur le coût et le volume du temps médical des PH. L'hôpital est aussi devenu plus attractif car soudain l'investissement des médecins hospitaliers était reconnu. Néanmoins, **le côté obscur de la force** mobilisa de nombreux lobbies pour limiter la portée de telles avancées statutaires. Nous pouvons citer :

- l'arrêt du Conseil d'Etat n°254024 du 4 février 2004 qui a refusé de se prononcer sur le nombre de DJ correspondant à 24 heures d'activités (l'argumentaire est à déguster avec modération),
- le refus initial de considérer le temps de déplacement en astreintes comme du travail effectif (rapi-

dement corrigé par un recours du SNPHAR-E au Conseil d'État : arrêt n°258201 du 4 février 2005),

- les échecs successifs des recours individuels de nombreux collègues au Tribunal Administratif, qui voyaient systématiquement leurs plages additionnelles ciblées sur le temps de nuit...
- l'absence de toute contractualisation et de recours au volontariat pour les PA,
- la volonté benoîte des administrations hospitalières et de certains « managers de proximité » **de confondre la borne maximale des 48 heures et la norme de travail hebdomadaire du PH.**

Bref une guérilla permanente a permis de faire des économies, d'autant plus substantielles, que les salaires sont gelés depuis août 2010 et que, depuis 1989, la revalorisation compensatrice de l'érosion monétaire de la rémunération de PH nous a été particulièrement défavorable (lire dans la revue PHAR 69 les pages 18-19).

10 ANNÉES D'ATTENTE ET DE COMBAT SYNDICAL

Notre principale revendication repose sur 3 volets :

- 1) **que toute période de 24 heures d'activités continues soit créditée de 5 DJ.** Cette valorisation permettrait au praticien qui effectue 2 gardes dans la semaine d'être enfin crédité de 10 DJ au lieu de 8 DJ. **Il ne serait plus dans l'obligation de déroger à son droit de l'opt-out** en effectuant les 2 DJ exigées par les administrations hospitalières. Il s'agit de la création d'une demi-journée de soirée (le rapport Toupillier de 2011).
- 2) **que notre temps de travail statutaire hebdomadaire soit reconnu à la hauteur de 39 heures,** conformément au Code du Travail et de la DE. En effet, en confondant la borne maximale des 48 heures hebdomadaires de la DE n°2003/88/CE et la norme de travail hebdomadaire, **les administra-**

	Salaire brut mensuel 35 h/sem 154 h/mois	Salaire net mensuel 35 h/sem 154 h/mois	Valeur en net du salaire horaire pour 35 h/semaine	Valeur en net du salaire horaire pour 48 h/sem 211 h/mois	Valeur/mois Delta 39-48h Majoration + 10%
ÉCHELON 1	4081,55 €	3450 €	23 €/H	18 €/H	1063 €
ÉCHELON 4	4358,82 €	3705 €	24,7 €/H	19,30 €/H	1141 €
ÉCHELON 7	5217,66 €	4435 €	29,6 €/H	23 €/H	1366 €
ÉCHELON 10	5993,54 €	5097 €	34 €/H	26,6 €/H	1566 €
ÉCHELON 13	7411,62 €	6299 €	42 €/H	32,8 €/H	1934 €

Dévalorisation du salaire horaire net d'un PH pour 48 H au lieu de 35 H. Valeur en net/mensuel, du delta 39-48H, s'il était payé en heures supplémentaires au tarif minimal légal de +10%

tions hospitalières et les « managers de proximité » font travailler le PH 5 semaines de 35 heures par mois rémunérées à la hauteur de 4 semaines de 35 heures (hors RTT). Le bénévolat forcé (travail dissimulé) est donc une pratique managériale usuelle quand mépris et autoritarisme ne la transforment pas en une forme moderne d'esclavagisme.

- 3) **La rémunération du delta hebdomadaire 39H-48H.** En effet, si le salarié ne peut se soustraire aux heures supplémentaires, celles-ci doivent être justement rémunérées. Il est plus que probable que la Loi sur la réduction du temps de travail soit abolie en 2017, et cela sans aucune compensation financière. Ce retour aux 39 heures à salaire constant permettrait, selon l'argumentaire d'un responsable politique adressé au personnel hospitalier, de « retrouver l'aisance d'un espace temps pour assumer ses fonctions sans le stress et la pression engendrés par la Loi des 35H ! »

DÉTERMINÉS ET MOBILISÉS POUR ENFIN CONCLURE AU BOUT DE 12 ANS !

Actuellement, nous sommes entrés dans un cycle de rencontres dans le cadre de la **mission Le Menn**. Cette mission établira des propositions qui seront éventuellement reprises par la Ministre de tutelle. De même le SNPHAR-E participe aux négociations sur la mise en application pour le 1^{er} juillet 2015, de la circulaire n°2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités du travail applicables dans les structures des Urgences-SAMU-SMUR.

Cette circulaire prévoit que le temps de travail clinique hebdomadaire, en service de temps continu est de 39 heures. Toute activité clinique effectuée entre 39 heures et 48 heures fera l'objet d'une rétribution supplémentaire. Il est évident que les PH des autres

spécialités qui exercent selon un mode posté, bien au-delà de 39 heures hebdomadaires ne peuvent être exclus de ce principe. Il y aurait là une inégalité de traitement susceptible d'être portée devant le Conseil d'État.

Certaines valeurs de base durant les entretiens de la mission Le Menn semblent partagées (tout travail mérite salaire, les 48 heures hebdomadaires ne correspondent pas à la norme mais à la borne maximale, créditer de 4 DJ 24H d'activité continue est en dérogation complète à la DE n°2003/88/CE).

Mais force est de constater que le compte-rendu de la réunion du 5 mars 2015 établi par le secrétaire de la réunion, **atteste d'une surdité sélective pro-managériale digne du côté obscur de la force : limiter toute normalisation du statut de PH conformément aux principes du Code du Travail et de la DE n°2003/44/CE, conforter la régression sociale pour satisfaire les canons de l'efficience et de la productivité de la Loi HPST !**

Nous devons nous mobiliser pour obtenir les volets de notre revendication, avant le black-out, des futures primaires de l'élection présidentielle de 2016.

Il est grand temps de « finaliser le job » de 2003, si l'on veut que le statut de PH redevenue attractif.

- 1) 24 heures d'activités continues doivent être créditées de 5 demi-journées,
- 2) 39 heures correspondent à la durée légale du travail hebdomadaire de tout PH, car nous bénéficions de 19 jours de RTT .
- 3) le delta 39-48 heures doit être honoré à la hauteur de 65 €/heure pour être au même niveau que les tarifs de l'intérim médical.

Patrick Dassier, Trésorier du SNPHAR-E

Attractivité des carrières médicales hospitalières : SIMPLIFICATION !

Après avoir pris connaissance de la synthèse de la réunion du 5 mars 2015 concernant le temps de travail des PH dans le cadre de la mission sur l'attractivité des carrières, le SNPHAR-E a rédigé le communiqué de presse suivant.

Nous ne voulons pas d'une autre usine à gaz qui rendrait inapplicables toutes les mesures préconisées. Les PH n'en peuvent plus des textes réglementaires alambiqués, incompréhensibles et souvent inapplicables qui les enferment dans un carcan réglementaire dont les interprétations, pas toujours bienveillantes, ne sont jamais en leur faveur.

Nous avons eu le DPC : inapplicable et inappliqué ! L'arrêté sur les astreintes qui n'est toujours pas appliqué plus d'un an après sa publication.

Voilà que l'on nous propose maintenant un temps de travail fixé à 48 heures hebdomadaires dont 18,75 % de temps non clinique (non posté ?) contractualisé avec le directeur de l'établissement.

MAIS DE QUI SE MOQUE-T-ON ?

Il y a 30 % de postes médicaux hospitaliers vacants, l'intérim médical croît de manière exponentielle depuis près de 5 ans, le coût est exorbitant, aucun établissement n'est épargné et nous ne voyons toujours pas les jeunes venir renforcer nos équipes vieillissantes. Quelle autre catastrophe faut-il de plus pour mettre en place immédiatement de vraies mesures simples pour attirer les jeunes médecins et fidéliser les praticiens hospitaliers en poste ?

LES MESURES SIMPLES PRÉCONISÉES PAR LE SNPHAR-E SNPHA-E

Sur le temps de travail :

1. 24h de travail en continu égal 5 plages ou demi-journées
2. Un temps de travail réglementaire inscrit dans le statut de 39 H par semaine permettant le calcul de l'effectif cible d'une équipe afin de respecter cette durée.
3. Un décompte du temps de travail en heures ou en demi-journées au choix de l'équipe.

4. Au moins 20 % de temps ou deux demi-journées hebdomadaires consacrées à des activités d'intérêt général dont la définition actuelle serait élargie et sans nécessité de contractualisation sauf pour des activités extérieures à l'établissement.
5. Une limitation mensuelle de la participation à la permanence des soins (1 jour par semaine et 1 samedi, dimanche ou jour férié par mois).
6. 20 jours de RTT sanctuarisés.
7. 15 jours de FMC sanctuarisés.

Sur les rémunérations :

8. L'indemnité de sujétion à 470 euros
9. Le temps additionnel à 65 euros par heure de travail supplémentaire
10. Un début de carrière commençant au 8e échelon actuel soit 5383 euros bruts par mois

Sur le reste :

11. Fusion des statuts de PH temps plein et temps partiel et un passage facile l'un à l'autre au cours de la carrière.
12. Un statut unique pour les non-titulaires sur la base du statut de PH.

Le choc de simplification pour les PH c'est urgent ! Il faut des mesures concrètes, maintenant ! La médecine libérale est dans la rue, la médecine hospitalière pourrait rapidement y descendre à nouveau !

Un directeur répond à un médecin

A un courriel d'un médecin hospitalier qui revendiquait la place particulière de ceux qui soignent et sont au contact de la réalité, contrairement aux directeurs d'hôpitaux et aux économistes de santé, Michel Rosenblatt, directeur d'hôpital, secrétaire général du Syncass-CFDT répondait les lignes qui suivent. Nous le remercions très sincèrement d'avoir accepté la publication telle quelle de sa lettre qui éclaire d'un jour inédit la position d'un directeur.

S'agissant des enjeux et de la place indispensable des médecins et de leur voix particulière, je suis d'accord sur le fond.

Mais les directeurs ne se reconnaissent pas nécessairement comme des supplétifs de l'État ou de l'ARS, qui seraient chargés de mettre les autres au pas, pour leur imposer les dérives technocratiques et la dictature du reporting, que ce soit par tableaux Excel ou en quadrichromie. Ils sont les victimes (parfois consentantes !) de dérives qu'ils subissent aussi et qui leur imposent des objectifs impossibles et un management néfaste, que les directeurs de mon syndicat condamnent.

Nous plaçons activement pour une autre définition, reconnaissant que les directeurs sont, à côté et avec les autres hospitaliers, des acteurs de santé publique. Ils ont une compétence qui est indispensable au bon fonctionnement des établissements. Leur fonction est complexe et exigeante, même si elle est souvent dévoyée par des politiques publiques devenues incohérentes.

Une des conditions pour faire évoluer le système, sera précisément de ne pas se tromper de combat ou de discours : nous sommes dans le même bateau.

Le discours suggérant que les directeurs seraient tous des technocrates bornés et les médecins tous des divas irresponsables nous enferme stérilement et convient bien à la logique technocratique. Ce discours contribue à la persistance du système actuel. D'accord donc pour débattre sereinement des règles internes nécessaires pour garantir des prises en charges de qualité et sur la répartition efficace et équilibrée des responsabilités.

Bref, il y a moyen, et urgence, à tirer dans le même sens pour changer les choses, même si ce n'est pas simple...

Quelques précisions pour compléter : parmi les directeurs, un seul syndicat, à l'époque majoritaire, a soutenu la logique de la loi HPST. Cela ne lui a pas réussi au sein de la profession et sa représentativité s'est effritée (même s'il conserve un poids important), car il était bien clair que la logique retenue par HPST était néfaste.

Pour notre part, nous nous sommes démenés, à travers des interventions auprès de la Présidence de la République, de Matignon, de notre ministère évidemment, de chacun des parlementaires et de bien d'autres interlocuteurs pour tenter de limiter les dégâts, expliquer qu'il n'était pas question de pouvoirs mais de responsabilité, qu'il fallait un management associant étroitement tous les responsables dont évidemment les médecins, mais autrement que dans les logiques choisies. Nous expliquons que la réforme de 2005 n'était pas encore pleinement en place et qu'il fallait cesser de bouleverser en permanence les organisations du seul secteur public.

“ Le discours suggérant que les directeurs seraient tous des technocrates bornés et les médecins tous des divas irresponsables convient bien à la logique technocratique. ”

Nous réclamons de pouvoir faire proprement notre métier, là où nous sommes entraînés dans des pratiques qui ne sont pas efficaces dans la durée et qui ne sont parfois plus socialement soutenables. Mais la machine ministérielle est lancée dans une direction douteuse qui n'est pas en train d'être corrigée par la loi de santé. Nous allons essayer de nous faire entendre sur ce point.

Michel Rosenblatt

Concilier qualité des soins et qualité de vie au travail

Un cadre de santé signale, un jour, un événement indésirable grave (EIG). La recherche des causes racines de cette erreur est entreprise. Le chef de service absent le jour de l'événement la critique sans ménagement à son retour. Le cadre n'a pas pu revenir dans le service car il présentait toutes les caractéristiques de l'épuisement professionnel et vivait depuis longtemps des conflits éthiques. Thomas Le Ludec a pris conscience sur le terrain qu'il fallait agir pour faire évoluer les cultures et faire converger toutes les catégories socio-professionnelles au bénéfice de la sécurité du patient et de la qualité des conditions d'exercice au travail ? La roue devait être réinventée parce qu'elle est parfois devenue « carrée »... En clair, il faut souvent prendre conscience du facteur équipe, voire ré-apprendre à vivre en équipe.

UN DÉTOUR PAR LA NOTION DE QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL EST NÉCESSAIRE

Cette notion a été introduite dès la certification V2010 face à des constats paradoxaux. Les excès liés aux démarches que nous promovons peuvent être à l'origine d'une dégradation des conditions d'exercice alors que nous devrions être producteurs de satisfaction.

Qu'est-ce que la qualité de vie au travail ? Il ne s'agit pas ici d'appliquer « la mode managériale ». Il existe un lien entre la satisfaction au travail (des conditions d'exercice à la reconnaissance) et la bienveillance. De même, le rapport entre le travail prescrit et le travail réel est une source de stress. La Haute Autorité de Santé (HAS) a fait le choix d'une appropriation progressive par tous les acteurs (professionnels de santé, directeur d'hôpital, institutions représentatives du personnel, fédérations, experts visiteurs) de cette qualité au travail. Le sujet est nouveau dans la certification et les démarches peu appréhendées actuellement dans les établissements de santé. Une implication de l'ensemble des parties prenantes s'impose. Il faut une approche souple, non normative, visant l'appropriation et le développement d'une culture, à construire sur la base d'expériences et/ou d'expérimentations sur le terrain. Un partenariat privilégié est mis en place avec l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT).

L'enjeu est d'éviter une ligne de fracture en enfermant chacun dans ses oppositions ou postures : performance économique vs performance sociale, organisation du travail vs conditions de travail, management vs conditions d'emploi. Le vouloir travailler ensemble doit primer.

Gardons nous de focaliser sur des slogans. Veillons à rester au plus près du travail réel, veillons à articuler les orientations stratégiques et le travail réel en centrant le regard du collectif sur l'enchaînement des actions, du travail autour du patient.

Toutes les bonnes équipes vivent des événements indésirables mais pour rester une bonne équipe, elle doit maîtriser les risques : prévention, récupération et atténuation des compli-

cations. Cette capacité se développe grâce à une écoute de toutes les composantes et à une collaboration pluri-professionnelle. Pour les activités de soins, la collaboration aide-soignant/infirmier/médecin détermine, en grande partie, le niveau de performance. Une communication pauvre (prescription-exécution avec *feedback* limité) majore les risques pour les patients compliqués ou dans le cas de prescriptions inadaptées mal réévaluées. Une communication à « responsabilité mutuelle limitée » renforce le sentiment de solitude professionnelle et exacerbe les risques psycho-sociaux. En revanche, quand elle est pluri-professionnelle, elle accroît la performance clinique et la satisfaction au travail.

On évoque souvent les hôpitaux magnétiques qui historiquement sont un mouvement à l'initiative des infirmières américaines. L'objectif politique des infirmières était de renforcer la notion d'équipe, élément d'émancipation ou d'épanouissement de l'expertise de l'infirmière. Une étude de Dartmouth, en 2002, montre, dans ces hôpitaux, un taux de complications plus faible, une approche centrée sur le patient (bienveillance), un absentéisme contenu, un moindre *turn-over*, une meilleure attractivité et performance économique et enfin un niveau de compétences plus élevé. On retrouve des résultats similaires dans l'étude de Nelson de 2007. Le *leadership* dans les équipes hautement performantes ne doit pas être tenu par un responsable trop lointain mais par les professionnels de santé qui sont au plus près du malade et qui feront croître la qualité du service rendu. Il faut une construction de connaissances partagées avec recueil et diffusion des données sur les résultats et les performances de l'équipe. Les règles du jeu sur la manière d'aborder un EIG doivent être pensées avant. Une action (et un soutien de cette action) et la création d'espace et de temps d'évaluation et de prise de recul sont également nécessaires. Il ne s'agit nullement d'une communication de données (*reporting* dans la littérature anglo-saxonne) mais de partage de l'information. La violence verbale extérieure mais aussi intérieure à laquelle sont soumis les professionnels de santé et le cloisonnement maintenu des formations initiales (pas de stage commun des étudiants en médecine, infirmiers, pharma-

ciens) sont des éléments qui freinent cette démarche. Or, un service de 30 lits connaît 5 EIG par mois (source ENEIS), 60 à 70 % des causes relèvent de la communication interprofessionnelle, de l'organisation d'équipe, de l'organisation générale. Dans beaucoup d'institutions, dans la presse (donc pour la population en général qui nous voit de l'extérieur), l'erreur est confondue avec la faute.

PEUT-ON ATTEINDRE UN SYNDROME D'ÉPUISEMENT PAR LA QUALITÉ ?

Depuis 15-20 ans, les technologies numériques accompagnent les reportings en les renforçant dans tous les domaines et dans tous les secteurs d'activité, avec une pression accrue sur la chaîne hiérarchique et sur les professionnels de terrain. À chaque fois que la connaissance des risques progresse, leur niveau d'acceptation sociale baisse car une part d'entre eux est évitable, la pression sociétale s'accroît. La certification et l'auto-évaluation, qui sont des méthodologies qualité en santé, se sont implantées en peu d'années en France, dans un contexte fondé sur le « militantisme » de convictions des plus avertis et moins sur la culture acquise dans un cursus de mise en situation formalisée en équipe. D'où la possibilité d'épuisement par la qualité. On a (re)découvert un dialogue interprofessionnel mais une désynchronisation du temps est également relevée car les agences ou autorités ont leurs calendriers et les hôpitaux le leur. Il leur a donc été demandé, dès l'origine en 1998, de prendre le temps de la certification avant celui du rythme de l'hôpital. En France, la certification est prescrite par la Loi et non par les milieux professionnels qui donneraient plus de latitude à l'appropriation.

Thomas Le Ludec croit aux apports des sciences du management mais pas dans les modes managériales fabriquant du prêt à appliquer ou du prêt à penser. Ces apports doivent se confronter aux acteurs. Les salariés et les organisations syndicales sont des acteurs de la construction de solutions proposées aux côtés des directions, de l'encadrement et des experts. La dimension participative est un vecteur de dynamique sociale et doit permettre d'identifier les difficultés et de formaliser des plans d'actions. Cette approche nécessite un changement de culture sur le long terme. Les contraintes se transforment alors en opportunités de développement durable des personnes et des organisations. La dimension « responsabilité sociétale des entreprises » est à respecter mais à adapter à chaque organisation. La qualité de vie au travail vise la satisfaction professionnelle des salariés et la performance des organisations. Elle est un objet à part entière du dialogue social dans l'entreprise.

Il faut construire un cadre de référence en mettant à disposition des éléments de compréhension pour favoriser l'appropriation de cette démarche par les établissements de santé et en s'appuyant sur l'existant (stratégie de l'établissement, enga-

gement dans le développement durable, démarche éthique, sécurité, gestions des événements indésirables, prévention de la maltraitance...).

OÙ SE PLACENT LES TRAVAUX DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ ?

Avant tout, il ne faut pas faire du positionnement de la HAS, un système en soi. Il faut juste poser ces enjeux dans le débat de la régulation professionnelle du secteur de la santé, en lien avec les autres institutions. Cela revient principalement pour la HAS à affirmer méthodologiquement et scientifiquement le lien entre satisfaction au travail et qualité des soins. Cela revient également à impulser une réflexion sur une coordination des besoins de pilotage et de *reporting* du système de santé afin de ne pas surprendre des obligations moins efficaces que les actions de renforcement des capacités d'autonomie et d'initiative des acteurs de terrain. La réflexion de la HAS s'inscrit dans le contexte des négociations interfonctions publiques sur la qualité de la vie au travail.

“ Toutes les bonnes équipes vivent des événements indésirables, mais pour rester une bonne équipe, elle doit maîtriser les risques. ”

Les travaux de la HAS se déroulent ainsi : pour les établissements, finalisation d'une démarche de promotion de la qualité de vie au travail avec pour boîte à outils diagnostic, action, évaluation ; pour les experts-visiteurs, guide et méthode de visite, programme de formation et pour les organisations syndicales, un outillage d'appréciation et d'action en faveur de la qualité de la vie au travail.

Certaines organisations syndicales n'ont pas voulu participer aux travaux de la HAS bien qu'ils y étaient invités. Les fédérations des différents secteurs de l'hospitalisation ont parfois exprimé leur inquiétude mais il faut leur donner du temps pour envisager à leur niveau et surtout à celui de leurs adhérents de cibler les éléments d'opportunité qu'une telle démarche représente. Néanmoins, les experts visiteurs ont noté une situation contrastée avec un niveau de maturité souvent limité, une démarche globalement non formalisée, des prises de conscience des enjeux et contenus de la qualité de la vie au travail souvent hétérogènes et l'antériorité de conflits sociaux parfois pesants. Les déterminants des démarches « qualité de vie au travail » qui ont été repérés par les experts-visiteurs sont le contexte économique, l'environnement physique de travail, l'ambiance dans l'établissement, l'implication de la direction et des médecins, des valeurs fortes et présentes, l'implication des personnels dans les projets transversaux, le management participatif avec la présence et de l'encadrement auprès des équipes.

Des échanges fructueux incluant une maturité des représentations nationales des syndicats ayant bien voulu travaillé sur le sujet et des positions convergentes d'organisations et d'enjeux politiques ont été relevés. Ces enjeux

ANALYSE

politiques, tels le développement d'espaces de discussion collective autour du travail au sein des établissements, de démarches d'enquêtes adaptées, le renouvellement et le renforcement du dialogue social, sont les premiers enseignements à tirer avec les organisations syndicales. Des enjeux méthodologiques ont permis de dépasser des situations individuelles et leurs symptômes, ont soutenu l'analyse du travail pour ancrer les échanges autour de situations concrètes et l'animation de débats sensibles.

Les premiers enseignements du chantier des établissements de santé ont été analysés sur la base de 5 monographies :

1. Définition et délimitation de la qualité de vie au travail avec identification d'une grille commune de questionnement
2. Temporalités et continuum avec importance de l'affichage de valeurs car il ne s'agit ni d'alibi ni de remède miracle.
3. Acteurs internes et externes de la qualité de vie au travail car ce n'est l'apanage ni d'une direction, ni d'un service, ni d'une instance
4. Objet et thématique impliquant le sens au travail, un regard qui engage les individus et les équipes, l'organisation du travail, le management de proximité et le diagnostic partagé
5. Articulation entre démarches participatives et dialogue social sans jouer l'un contre l'autre mais à la recherche d'un équilibre entre les deux. En France, la certification est prescrite par la Loi et non par les milieux professionnels qui donneraient plus de latitude. Elle est centrée sur la réalité du travail et les priorités de l'établissement.

L'ambition de la HAS est aujourd'hui d'aller vers une personnalisation de la certification, de cibler sur les risques de l'établissement (donc de centrer la démarche sur les priorités de l'établissement), de limiter les prescriptions, de se focaliser sur le travail en équipe et sur l'activité réelle et de limiter les à-coups de charge de travail. La qualité de vie au travail inclut également une approche centrée sur les patients.

Voici donc quelques axes de travail possibles : fiabilité de la communication interprofessionnelle, événement indésirable grave et qualité des soins et qualité de vie au travail, gériatrie et qualité de vie au travail et qualité des soins, qualité de vie au travail aux urgences et qualité des soins, sécurité des soins et qualité de vie au travail en secteur opératoire...

Quoi qu'il en soit, il ne s'agit pas de sanctionner les établissements au titre du thème qualité de vie au travail qui est plus une résultante que la somme de « critères » ou d'exigences. L'évaluation porte sur la démarche mise en place par l'établissement. Le débat se situe autour de la possible intégration d'éléments d'évaluation sur un niveau de qualité de vie au travail. Comment la HAS peut-elle aider les établissements de santé à avancer grâce aux décisions de la certification ? Ce ne sera pas en créant de la norme sur de nouvelles instances ou de nouvelles exigences formelles. La HAS est attentive aux points à risques dont l'absence de traitement peut conduire à des déci-

sions telles des réserves ou des recommandations. Néanmoins, il ne faut pas sous-estimer certaines limites comme le temps disponible dans les établissements, le respect effectif de l'éthique de l'analyse par toutes les parties, la question du retour sur investissement, le réglage volume d'activité/qualité dans les établissements, l'acceptation par les sphères dirigeantes et médicales du fait que la qualité de vie au travail est un paramètre important dans la faisabilité des orientations stratégiques de l'établissement. Les pièges liés à cette démarche peuvent tenir à l'instrumentalisation par certains acteurs qui peuvent amoindrir l'impact de lieux ou de méthodes de travail pourtant indispensables : par exemple, le travail du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) ou les revues de mortalité et de morbidité (RMM) qui ne doivent pas devenir le lieu des règlements de comptes (RMM parfois dénommées « Revues de Mise à Mort »).

Des travaux tels le rapport Lachman (février 2010) ou des discussions entre partenaires sociaux, dans le cadre de la délibération sociale sur la qualité de vie au travail (mars à juin 2012), corroborent les réflexions ci-dessus. La question est comment impliquer institution, équipe et individu ? Les interlocuteurs sont dans le court terme. Il faut néanmoins garantir la valeur du service au patient par la mesure du résultat, réduire au niveau de l'institution l'exposition aux risques et renforcer les savoir-faire en équipe. Or, on constate à plusieurs niveaux une sous-estimation des capacités collectives. La fiabilité a été marquée par la culture héroïque et l'engagement de la responsabilité individuelle. Il n'est jamais expliqué au patient la part organisationnelle dans le rapport bénéfice/risque, alors qu'elle couvre 60 à 70 % des aléas et explique, dans cette proportion, les événements indésirables graves. Les mauvais choix informatiques d'aujourd'hui, par exemple, se paient demain. À l'hôpital, on note une juxtaposition des professions qui n'ont pas de formation initiale commune et qui découvrent le collectif de travail dans de mauvaises conditions. Le sujet de l'équipe revient en force depuis moins de 5 ans. Que constate-t-on ? Que les professionnels de santé dénieient fortement la fatigue, sont peu à l'écoute des juniors. Ils ne reconnaissent pas facilement leurs erreurs, ni l'intérêt du travail collectif. Les travaux de Sexton, en 2000, confirment ces résultats et particulièrement pour les médecins anesthésistes-réanimateurs, les IADE et les IBODE.

Alors quelles solutions ? Se sentir concerné par les dysfonctionnements, avoir la volonté permanente d'améliorer la performance et la sécurité. Il faut savoir sortir des sentiers battus, donc des procédures quand cela est nécessaire. Il faut respecter l'expertise et le rôle des membres du groupe. En fait, il faut renforcer la capacité des acteurs de premier niveau. Dans certains cas, le poids d'une hiérarchie trop centrée sur elle-même et non sur le service rendu entraîne l'effacement du personnel de première ligne (dans des catastrophes aériennes majeures, le pilote chevronné est le plus souvent impliqué et le co-pilote n'intervient pas...). Les hôpitaux les plus sûrs ne

sont pas ceux qui ont le moins d'événements indésirables graves, mais ce sont ceux qui savent les gérer collectivement et prendre des décisions collectives (voir l'étude de Ghaféri entre 2009 et 2011 qui montre le lien entre une mauvaise prise en charge collective postopératoire et la surmortalité/surmorbidité). On note une relation entre la conflictualité et la pauvreté des communications : dans une étude récente de 2013 menée par Terrah, concernant 2100 chirurgiens et les autres personnels du bloc opératoire, on a relevé qu'il y avait plus de conflits entre jeunes chirurgiens et médecins anesthésistes-réanimateurs et les IDE ; Horwitz, dans ses travaux de 2009 sur 503 transmissions réalisées par des équipes de médecine interne, a montré que la durée médiane de transmission était de 35 secondes par patient, que dans 60 % des cas il n'existait aucune discussion ou question de l'équipe montante et qu'on relevait des erreurs et des omissions dans 22 % des transmissions de sortie. Le sens des hautes fiabilités organisationnelles (« HRO » dans la littérature anglo-saxonne) en santé repose sur l'arbitrage du moindre risque et non une simple application des procédures néanmoins nécessaires, une habileté et expertise des opérateurs à juger collectivement la situation réelle et enfin choisir la procédure permettant d'éviter le pire en acceptant parfois le moins grave.

S'agit-il d'une mission impossible ?

Le facteur « équipe » doit être pris comme condition de haute crédibilité reposant sur l'intelligence de l'action collective. Plus de normes et de compétences techniques individuelles apportent de la fiabilité mais pas toujours et pas suffisamment. Un programme complet d'amélioration de la sécurité au bloc opératoire a été conduit par la chaîne des « Veterans » aux États-Unis en 2005 après diagnostic des forces et des faiblesses. Il s'est accompagné d'un suivi pendant un an des efforts du groupe par un accompagnement dédié. Résultats : mortalité réduite de 17 % après un an mais qui se poursuit au-delà, satisfaction des équipes à 94 %, plus de déclarations d'événements porteurs de risque que d'événements indésirables graves et diminution des complications chirurgicales. Ce ne sont pas les protocoles qui font la différence entre les bons et les mauvais hôpitaux, mais les valeurs d'engagement de l'encadrement auprès des équipes et dans l'organisation des soins, la présence des médecins dans les services et la coordination, une conscience des risques et des barrières de sécurité auprès de chaque membre de l'équipe.

Le cap doit être la sécurité (du patient, des soins, de l'information, de l'organisation et relationnelle). Cette notion doit être travaillée même en mode de fonctionnement conjoncturellement dégradé. Une vision stratégique de l'établissement doit exister avec une réduction des risques systémiques engendrés par la stratégie ou l'organisation, une définition du périmètre de l'équipe, un collectif-équipe centré sur la sécurité du patient et des collectifs sécurisés. Comment définit-on l'équipe ? Deux membres au minimum, multi-professionnalité, au sein d'une structure ordonnée, d'un groupe et d'un système

lui donnant des directives. Chacun a un rôle précis, une tâche et le besoin de coordonner aux autres pour réaliser son propre travail. Des décisions doivent être prises régulièrement. Le travail du groupe exige des compétences et habiletés de chacun (techniques ou non techniques) supposées maîtrisées. La collaboration et les échanges entre membres sont des éléments obligatoires pour permettre la progression vers le résultat. Le travail collectif se définit comme un processus dynamique pour atteindre un objectif partagé par le groupe, avec une exigence de résultats. Il nécessite interdépendance et collaboration (continue ou séquentielle), une expertise propre mais également collective partagée. La qualité des communications doit rester au centre de la dynamique.

On peut décrire plusieurs actes dans la mise en oeuvre :

L'acte 1 : pour réinventer le collectif, il y a plusieurs voies d'abord : le staff multi-professionnel autour du contenu du travail de soins (les tâches, les articulations, l'information de la continuité des soins) ou le staff multi-professionnel sur les événements porteurs de risques et les événements indésirables graves. Le point commun est l'espace local de discussion sur le travail.

L'acte 2 : une préparation démarrant avec la conception des soins, la conception de l'unité, la réflexion sur les conséquences des innovations. La simulation est représentée par les vignettes de mise en situation, par les scénarii de situation de crise (urgence intra-hospitalière, décompensation non attendue, annonce d'un dommage grave...).

L'acte 3 : une mise à flot au niveau stratégique. Laisser la place à l'expérimentation et se lancer dans l'innovation. Elle doit être inscrite comme un principe d'action du projet d'établissement. Il faut privilégier une perspective large plutôt qu'une approche ciblée et le retour d'expérience.

L'acte 4 : l'évaluation des résultats doit être partagée (taux de complications, taux de mortalité) mais aussi celle de la satisfaction des professionnels sur le leadership et sur le contenu du travail collectif. L'évaluation partagée des résultats de processus-clés assurant une sécurité informationnelle (dossier patient) ou de pratiques (douleur) doit être mise en place. C'est l'évaluation partagée qui fait bouger et non le *reporting*. L'implication du patient et de la représentation des usagers est nécessaire. Le patient est un membre de l'équipe, surtout les malades chroniques. Les perspectives différentes apportent de l'expertise et de l'évaluation. La mesure des résultats les concerne et ils doivent y participer.

QUELQUES FACTEURS-CLÉS

Pour qu'il y ait une capacité de progression, le collectif doit être stable. La direction doit s'engager au sens large. Les objectifs doivent être clairs. Le choix du moment est décisif. L'approche est nécessairement multi-dimensionnelle (leadership, communication, rôles de chacun, assistance et confiance mutuelles). L'engagement des grands dirigeants dans la valeur du service rendu aux patients est un facteur-clé de succès essentiel

ANALYSE

quel que soit le secteur. Les problèmes minant le développement durable de l'établissement doivent être traités le plus rapidement possible, une ou plusieurs activités à l'avenir douteux entravent les projets centrés sur l'amélioration du fonctionnement des collectifs de travail. Enfin, le dialogue social doit être centré sur la réalité du travail dans les unités afin de sortir des perceptions et des postures. Dans la certification, il existe deux voies complémentaires dans l'approche équipe : une démarche obligatoire (approche équipe dans la certification d'établissement) et une démarche volontaire (qui pourrait dans l'avenir prendre la forme d'une sorte de labellisation ou reconnaissance d'équipe).

L'approche équipe dans la certification d'établissement est annoncée dans les orientations stratégiques de la certification et est mise en œuvre dès le démarrage de la V2014, via le déploiement thématique des méthodes de visite (mémento sur la thématique « management de la qualité et des risques » incluant la prise en compte du DPC dans la certification). Un cadre d'analyse pour le management d'équipe permis par le manuel V2010 (applicable à toutes les équipes) est nécessaire. Une structuration est à prévoir à la fois dans la visite (évaluation du déploiement du management de la qualité et des risques au niveau des équipes dans quelques secteurs d'activité ayant fait l'objet d'un patient traceur), dans le rapport (restitution dans la thématique « management de la qualité et des risques », dans le processus décisionnel (thème d'impulsion, mais cette fois décision sur la thématique « management de la qualité et des risques), et enfin dans le compte qualité dont le développement est en cours. Cette démarche suit un calendrier : information des établissements et le portage du thème équipe dans la certification dès 2013, évaluation du déploiement du système de management de la qualité et des risques au niveau des équipes dans les visites d'établissement avec conséquence sur le rapport et la décision. Dès la mise en place du compte qualité, il y a prise en compte de l'approche équipe dans le compte qualité.

LA DÉMARCHE VOLONTAIRE

Le travail en équipe doit d'abord être initié par une démarche professionnelle, porteuse de sens, faisable/acceptable et efficace. N'oublions pas que l'enjeu de l'équipe est la sécurité du patient.

L'objectif est d'articuler les 3 piliers d'une démarche de gestion des risques en équipe :

1. un projet de service collectif (en cohérence avec le PAQS de l'établissement) pour améliorer la qualité et la sécurité des patients pour moins de complications et des complications mieux gérées, en s'appuyant sur une auto-évaluation des points faibles et des objectifs chiffrés d'amélioration et des indicateurs de suivi,
2. un renforcement de la dynamique d'équipe et de la mobili-

3. l'engagement de l'équipe dans une démarche collective et pérenne de réduction des risques et d'amélioration de la qualité notamment par une analyse collective des événements indésirables.

L'accréditation des équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissements de santé est prévue dans la loi. La demande conjointe des médecins d'une même spécialité composant une équipe médicale donne lieu à la délivrance d'une accréditation individuelle. Ce dispositif commence à être utilisé par décision de la HAS. La loi permet d'envisager, dans le cadre de la procédure de certification d'un établissement de santé, une appréciation plus spécifique sur la qualité d'un service et d'une équipe. La certification ne peut être toutefois délivrée qu'au nom de l'entité juridique de l'établissement

de santé. Choisir le terme certification d'équipe implique d'une part des modifications législatives ou de l'HAS, d'autre part un lien entre certification de l'établissement et certification de l'équipe. De plus, ce que cela sous-entend doit être défini : garantie d'une prise en charge (certification) ou valorisation d'un travail d'équipe volontaire qui met en œuvre une démarche de qualité et de gestion des risques « exemplaire »

“ **Le travail en équipe doit d'abord être initié par une démarche professionnelle, porteuse de sens, faisable/ acceptable et efficace.** ”

(reconnaissance). Pourquoi proposer cette « reconnaissance » d'équipe ? Car la démarche a du sens pour les professionnels et cela encourage voire valorise une démarche exemplaire de la prise en charge du patient. De plus, il s'agit d'une valorisation de l'établissement et des équipes ainsi mises en avant pour leur démarche exemplaire. On notera une visibilité accrue pour l'information (et le guidage ?) des patients. À terme, toute entité fonctionnelle de l'établissement répondant à un cahier des charges (encore à définir) pourra prétendre à entrer dans un mécanisme de reconnaissance de sa démarche. La HAS poursuit l'expérimentation initiée au départ en obstétrique et réanimation en matière de gestion des risques. C'est tout l'enjeu du programme PACTE pour programme d'amélioration continue du travail en équipe.

Quelle est la conduite à tenir pour participer à PACTE ? Poser sa candidature et développer son dossier : je suis candidat, sur telle thématique, à telle date et pour telle durée... entraîne à l'auto-évaluation de l'équipe. La suite sera constituée de l'acceptation de la candidature par la HAS sur la base du dossier présenté, puis ateliers d'échanges à la HAS avec les candidats pour verrouiller les conditions, objectifs, indicateurs et modalités participatives... L'expérimentation PACTE a été lancée en 2014. Ses enseignements et surtout ses prolongements seront connus en 2016.

*Saveria Sargentini, d'après le propos de Thomas LE LUDEC,
Directeur de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des soins
à la Haute Autorité de Santé.*

Contre-courant

Le billet de Richard Torrielli, Chargé de mission au Conseil d'Administration du SNPHAR-E

Le poids des mots, le choc des logiques

C'était le temps du boom industriel où la métallurgie était le fleuron de l'économie nationale. L'acier rougeoyant coulait à flot des hauts fourneaux d'Alsace et de Lorraine. Hors de question alors d'interrompre le fleuve étincelant du métal en fusion. Le moindre arrêt aurait figé le métal et détruit l'outil de production. Des ouvriers fiers de leur tâche devaient se tenir en permanence devant la bouche volcanique du monstre. Pour ce métier pénible et exigeant, il a fallu organiser les relais pour ce travail intense et caniculaire.

Ainsi est née la convention collective des industries métallurgiques. Dans son dernier avatar législatif du 30 septembre 2005 concernant les industries métallurgiques, mécaniques et connexes de l'Aisne, il est précisé que « on appelle travail posté l'organisation dans laquelle un mensuel effectue son travail journalier d'une seule traite, en équipes successives, soit le matin, soit l'après-midi. »

Le travail posté (appelé aussi travail en équipes ou travail en rotation) est la forme d'organisation du travail où des équipes se relaient au même poste les unes après les autres. Une forme fréquente de travail posté est l'organisation en 2 x 8 heures, en 3 x 8 heures, ou selon d'autres formules plus intensives encore (équipes du samedi, voire du dimanche).

Ces formules intensives correspondent à des modes de production qui travaillent en continu, c'est-à-dire où l'arrêt des équipements n'est pas souhaité pour des raisons :

- techniques : le coût de l'arrêt est élevé ou l'arrêt oblige à des opérations lourdes ou malaisées
- économiques : le volume de production recherché est maximal pour dégager un prix de revient de fabrication minimal
- liées au marché : une forte demande temporaire réclame un accroissement de volume sans que celui-ci soit suffisant pour justifier l'achat d'une machine supplémentaire ou le recours à la sous-traitance extérieure.

On voit que la volonté d'appliquer à ceux qui travaillent à l'hôpital, soignants, médecins, les raisons d'une conception « postée » de leur tâche est d'assimiler la fonction de soin et les missions de l'hôpital aux nécessités industrielles d'une entreprise. Logique de production d'actes maximale (T2A), prix de revient minimal, le tout dans un cadre concurrentiel lié au marché du soin, sans que l'accroissement de volume s'accompagne de recours à des moyens supplémentaires. La solution étant de maintenir en chauffe intensive le « haut-fourneau » hospitalier 24 heures sur 24 pour l'activité réglée non urgente.

Je suis certain que cette configuration est rêvée par certains « manager » hospitaliers...

Pourtant... A-t-on jamais osé dire du travail d'une infirmière, fut-elle de réa ou IADE qu'il était « posté » ? Doit-on affubler de « posté » la tâche et les missions de ceux, médecins ou autres soignants, qui sont :

- bloqués au bloc par les interventions programmées qui se succèdent ?
- l'arme au pied en attendant le départ du SAMU ou l'arrivée d'une urgence ?
- retenus en consultation par les patients qui s'épanchent, qu'il faut écouter jusqu'au bout car leur dernier mot est primordial, et qui dépassent l'heure des rendez-vous ?
- passionnés par un débat de RMM qui dépassent l'heure de fin de réunion prévue ?

Les mots ont un sens. Ils pèsent de tout leur poids de leur signifiant sur le destin de chacun d'entre nous. Gardons-nous d'emprunter celui qui servirait les desseins de ceux qui sont les tenants d'un « hôpital-entreprise » promis au destin des hauts fourneaux...

Le « Rapport qui Pique » : pourquoi ?

Le SNPHAR-E a diffusé fin janvier le « Rapport qui pique » dont l'objectif est d'interpeller l'opinion et les pouvoirs publics. PHAR-E a demandé à Max Doppia, qui a coordonné ce rapport, comment et pourquoi ce travail a été effectué.



PHARE : Le SNPHAR-E s'est donné les moyens d'une diffusion très large pour porter votre parole et vos propositions dans le Rapport-qui-Pique (RQP) remis à Marisol Touraine et à 60 000 autres destinataires, dont le sénateur Jacky Le Menn... Comment est venue cette idée ?

Max-André Doppia : Il faut inscrire ce projet dans le *continuum* de l'action syndicale.

Depuis 15 ans, une intensification du travail liée à la mise en place hasardeuse de réfor-

mes de fond à l'hôpital (RTT sans aménagement, ni créations de postes- T2A- HPST- Gouvernance),

une démographie mal programmée, des relations dégradées avec l'administration se traduisent par une attractivité en berne et un surcroît de tensions internes à l'hôpital public. Plutôt bien suivi à l'appel du SNPHAR-E et de son intersyndicale Avenir Hospitalier, le mouvement de grève du 14 octobre dernier se voulait un avertissement aux pouvoirs publics. Les très nombreux témoignages de PH reçus ce jour-là sur la plate-forme mise en place par le SNPHAR-E devaient être organisés pour en faciliter la lecture. La compilation des rapports antérieurs et la réflexion des personnalités reconnues dans le monde de la santé que nous avons interrogées pour le Rapport qui Pique ont permis de construire un document syndical qui fera date. Littéralement, le syndicat a été le « porte-parole » des praticiens hospitaliers, mais aussi de ceux, les plus jeunes, qui s'interrogent sur la place que leur réserve l'institution hospitalière.

PHARE : Pensez-vous que le ministère va entendre le message et adhérer aux propositions ?

Max-André Doppia : À chacun ses responsabilités ! Nous avons pris les nôtres. Les PH prendront les leurs demain s'il est besoin qu'ils se manifestent plus activement pour peser sur d'éventuelles négociations. À vrai dire, le ministère n'a pas trop le choix d'ignorer le contenu du Rapport qui Pique. Par la diffusion sans précédent que nous lui avons donnée, par ce qu'il nous dit de l'intérieur, il constitue un solide

argumentaire. Que la ministre et Bercy lui refusent cette qualité serait une perspective proprement irresponsable. On ne peut pas négliger la parole du terrain à ce point de pré-rupture dans une institution sociale aussi importante pour nos concitoyens. N'oublions pas que la ministre a quand même parlé de « Pacte de Confiance » dès le début de sa mission. Elle ne peut pas se renier alors que tout fiche le camp et de toutes parts...

PHAR-E : Que voulez-vous dire ?

Max-André Doppia : Plusieurs niveaux sont à considérer. Tout le monde s'accorde sur les constats. Les praticiens boudent l'exercice hospitalier dont les conditions sont devenues inadéquates. Les patients commencent à comprendre les enjeux de sécurité et de qualité des soins sous-tendus par l'instabilité démographique dans les établissements. Les politiques de communications ne parviennent plus à maquiller cette évidence sur le terrain. La gestion des ressources humaines s'avère le plus souvent calamiteuse et les directions elles-mêmes n'acceptent plus de devoir transiger avec l'esprit de service public, notamment par le recours à l'intérim médical qui représente un coût annuel de 500 M d'euros soit 5000 postes de PH temps-plein. Enfin, les « promesses » d'HPST et de la réforme du statut de PH de 2006 ont à présent démontré leurs limites et surtout, leurs effets pervers en matière de Gouvernance. Bref, personne ne s'y retrouve plus. Donc, comme nous le titrons : « il y a urgence ! » à entendre, mais aussi à prendre les décisions qui s'imposent soit, bien autre chose que des « mesurées » à portée limitée.

PHAR-E : Il n'a pas été pas trop difficile de convaincre les intervenants ?

Max-André Doppia : Absolument pas. Chacun d'eux a été très exactement informé des tenants et aboutissants du projet et de nos choix d'intervenants. Ils savaient donc le contexte, notamment la perspective d'alimenter l'autre rapport à venir, celui de Jacky Le Menn. D'ailleurs, il n'était pas question pour nous d'exiger que leur regard colle sur nos seules lignes. La confrontation des idées est un atout pour avancer. Ainsi, donner la parole aux directeurs et non des moindres, nous est apparu indispensable pour comprendre qu'eux aussi sont en difficulté. C'est en recherchant des points de convergence et pas seulement en stig-

matissant les désaccords que nous avancerons. Mais il y aura forcément un moment de vérité !

PHAR-E – Pourquoi Lucienne dans un rapport qui se veut « officiel » ?

Max-André Doppia : Il fallait un fil rouge, un témoin. Quelqu'un qui ne soit ni PH, ni impliquée dans le milieu des décideurs mais néanmoins reconnaissable pour porter la parole d'un candide. Cette comédienne a immédiatement accepté ma proposition de nous accompagner dans ce projet. Une vieille dame qui nous soutient sur l'hôpital public qu'elle a contribué à construire toute sa vie, ça doit faire réfléchir...

PHAR-E : Quelles sont les retombées et la suite donnée à ce Rapport-Qui-Pique ?

Max-André Doppia : Il appartient avant tout à la communauté des PH et des directeurs de s'en saisir. D'abord, de le lire, de s'y retrouver, ce qui ne sera pas compliqué. Chacun doit contribuer à faire connaître ce document. C'est chose faite chez les directeurs, les ARS, les présidents de CME, etc. Plusieurs nous ont contactés pour féliciter le

SNPHAR-E pour la qualité de ce document. Ça fait plaisir. J'ai pu présenter le Rapport qui Pique pendant 3 heures devant une promotion d'élèves directeurs à l'EHESP de Rennes. Échanges riches et un réel intérêt pour eux de savoir ce que les PH avaient dans la tête et sur le cœur... Nous avons reçus de nombreux témoignages de PH qui nous ont remerciés d'avoir traduit leur vécu. Il faut que ça bouge !

Maintenant, c'est à chacun de comprendre que nous sommes à la croisée des chemins. Soit on agit, soit on accepte le déclin de l'hôpital public faute de praticiens. Nous sommes convaincus que nos concitoyens n'accepteront pas de voir sombrer cet édifice social par absence de courage ou de réalisme politique. Tiens, allez donc demander à Lucienne ce qu'elle en pense ! Le Rapport qui Pique est téléchargeable à cette adresse : <http://www.snphar.com/data/upload/files/leRapportQuiPique.pdf>



Propos recueillis par Saveria Sargentini

DÉCEMBRE 2014

5 Décembre	Première réunion avec Jacky Le Menn (mission sur l'attractivité des carrières médicales)
5 Décembre	Conseil d'administration téléphonique du SNPHAR-E
8 Décembre	Réunion à la DGOS (Gouvernance des EPS)
12 Décembre	Conseil d'administration du SNPHAR-E
15 Décembre	Préavis de Grève de la permanence des soins
22 Décembre	Collège National Professionnel Anesthésie-Réanimation, Réunion DGOS (Gouvernance des EPS et Protection fonctionnelle), Réunion avec le Cabinet de la Ministre de la Santé (Grève de la PDS), levée du préavis de grève

JANVIER 2015

13 Janvier	Mission attractivité
15 Janvier	Conseil d'administration du SNPHAR-E
16 Janvier	Assemblée Générale SNPHAR-E
19 Janvier	Mission attractivité (plénière, présentation des grands axes), Réunion DGOS (Gouvernance des EPS)
20 Janvier	Publication et diffusion du Rapport-qui-Pique

Février et Mars : Cycle de réunions sur le DPC

FÉVRIER 2015

4 Février	Collège National Professionnel Anesthésie-Réanimation
5 Février	Conseil d'administration commun Avenir Hospitalier - SNPHAR-E
6 Février	Conseil d'administration du SNPHAR-E
9 Février	Réunion à la DGOS (Prolongation d'activité et Protection fonctionnelle)
24 Février	Mission attractivité (Temps de travail et régimes indemnitaires)

MARS 2015

2 Mars	Réunion DGOS (Circulaire Urgences-SAMU)
5 Mars	Mission attractivité (Temps de travail)
12 Mars	Réunion régionale du SNPHAR-E (Paris)
13 Mars	Conseil d'administration du SNPHAR-E
16 Mars	Réunion DGOS (Article 34 Loi de santé - Remplaçants)
17 Mars	Réunion DGOS (Circulaire Urgences-SAMU)
19 Mars	Mission attractivité (Temps de travail)

AGENDA DU CA

Possibilité de travailler jusqu'à 72 ans pour les PH : scandale ou chance ?

Ce que ça dit de nos politiques, de nos confrères et de notre avenir

Parmi les solutions envisagées par la ministre de la Santé, Marisol Touraine, pour passer le creux démographique des effectifs médicaux entre les années de fort départs en retraite qui ont commencé et l'arrivée de générations pleines de jeunes médecins à l'horizon 2020, figure la proposition de porter l'âge limite d'exercice à 72 ans au lieu de 68 pour les médecins hospitaliers¹. Cette mesure reçoit un accueil très contrasté de la part de ceux qui seraient concernés. Renaud Péquignot nous exprime ici son point de vue.

LE CONTEXTE

Nous allons manquer de médecins dans les hôpitaux publics. Pendant plusieurs années.

Quelles en sont les raisons ?

- Côté demande : la population augmente ainsi que l'espérance de vie, grâce aux progrès en santé publique. Notre capacité à mener une vie satisfaisante malgré l'ajout des maladies chroniques s'améliore grâce aux progrès de la médecine. C'est bien sûr une satisfaction, mais aussi un défi colossal en terme de charge en soins.
- Côté offre : la diminution effective du nombre de médecins est due à une gestion purement comptable et bornée du *numerus clausus*, inventé à la demande des médecins en 1971 (à plus de 8000 par an jusqu'en 1978, nombre très raisonnable), puis utilisé comme un objectif par les ministres qui se sont succédés jusque dans les années 90 en suivant la logique : moins de médecins, d'où moins de prescriptions, donc moins de dépenses de santé.

QUE FAIRE ?

Au milieu des gesticulations ministérielles pour savoir quel Pierre il faudra déshabiller pour ne même pas habiller Paul, il y a actuellement une contrainte majeure, incontournable et indépassable : on ne peut pas inventer des médecins qui n'existent pas. Plusieurs solutions s'offrent désormais pour réussir la quadrature du cercle :

- Diminuer le nombre de malades : c'est le rôle des franchises qui ont eu comme seul résultat tangible de diminuer le recours aux soins des patients les plus malades et les plus démunis², ou de la diminution des dotations en personnel des USLD (selon le calcul DMS=Espérance de vie, donc...).

Problème : les malades-électeurs s'en aperçoivent toujours un jour...

- Augmenter le nombre de médecins formés : le *numerus*

clausus augmente enfin depuis 1999 pour atteindre le bon nombre depuis 2008.

Problème : entre la décision et le résultat, les politiques ont eu la surprise de constater qu'il faut plus de 10 ans (durée de formation oblige...), délai fort difficile à appréhender pour un élu-candidat standard...

- Importer des médecins : on a interdit à des étudiants français brillants d'être médecins puis on importe les médecins de pays moins développés qui en auraient encore plus besoin que nous.

Problème : réparer une injustice par une injustice encore pire, ça risque de sembler injuste...

- Faire travailler davantage les médecins en exercice grâce à des horaires à rallonge, et/ou années supplémentaires. C'est la tentative de faire passer la borne de la durée hebdomadaire de 48 heures pour la norme, ce fut retarder l'âge de la retraite légale à 67 ans, et enfin, ça serait retarder l'âge de la retraite obligatoire à 72 ans.

Problème : à force de presser le citron, trouverons-nous toujours du jus? Les professionnels de santé payent le plus lourd tribut aux suicides en milieu professionnel après les enseignants³. Le *burn out* touche les médecins dès l'internat et cette dépression réactionnelle, particulièrement sévère, maintient les confrères atteints hors de l'exercice professionnel pendant de longues périodes, parfois définitivement⁴.

CONCLUSION

Le report de l'âge de retraite obligatoire serait à la fois une chance pour les patients en manque de médecin et pour les médecins qui souhaiteraient prolonger leur activité. Mais ce serait un risque pour des patients de se retrouver plus souvent face à des praticiens diminués par des pathologies, et pour les praticiens hospitaliers qui pourraient un jour se retrouver obligés de prolonger leur activité au lieu

LES BONNES ET LES MAUVAISES RAISONS D'ÊTRE POUR OU CONTRE CETTE SOLUTION DE LA RETRAITE À 72 ANS

CONTRE	POUR
<p>Ce n'est pas aux médecins d'écooper seuls l'incurie de 30 ans de politique au doigt mouillé : on a déjà essayé de nous faire le coup pour aller peupler les déserts, là où l'État a supprimé les transports, les écoles, la poste, la gendarmerie, il eut fallu que le médecin y aille ? Et maintenant, après 30 ans à sabrer dans les générations de jeunes médecins, ça serait aux rares médecins ayant supporté cette pénurie de rempiler ?</p>	<p>Les médecins du secteur privé n'ont pas de limite d'âge imposée, et nombreux sont ceux qui ne se privent pas de cette possibilité pour continuer à exercer, y compris au delà de 90 ans !⁵ D'ailleurs, nombreux sont aussi les médecins du public qui cumulent emploi dans le privé et retraite une fois que l'hôpital les a déclarés trop vieux pour y travailler.</p>
<p>Les maladies étant plus fréquentes avec l'âge, dont certaines touchant la précision du geste du chirurgien, le réflexe du réanimateur, la vue du dermatologue ou la réflexion de l'interniste, la sécurité des patients ne serait-elle pas en jeu ? Et même si le temps qui passe n'a pas le même impact sur la santé pour tout le monde, il faut tenir compte d'un autre facteur induit par le temps: la LASSITUDE devant une activité ressentie répétitive, l'OBLIGATION de faire face à un emploi du temps contraint, l'éventualité d'insupportables accidents même s'ils ne surviennent pas de notre fait, et <i>in fine</i> le désir de dégager davantage de temps pour les activités personnelles CHOISIES, fussent-elles en relation avec notre métier. Ce n'est pas la qualité où l'âge des neurones qui sont alors en jeu, mais ce qu'ils triment d'immatériel...</p>	<p>Ce sont bien les maladies, et non l'âge, qui posent problème : les drames récents et médiatisés par une presse ayant un don indéniable pour l'amalgame ont montré que la pathologie n'attend pas toujours le nombre des années, et qu'il vaut peut-être mieux un médecin inoxydable de 72 ans, qu'un médecin de trente ans de moins ayant des problèmes d'addiction.</p>
<p>Faudrait-il donc forcément attendre la maladie pour arrêter de travailler ? Les médecins sont des humains ayant aussi une vie extra-professionnelle : la retraite est l'âge où on est souvent grands-parents, et encore assez jeune pour réaliser enfin de nombreux rêves laissés pour compte sous la charge de travail d'une carrière de PH. Si chacun attend la maladie handicapante pour arrêter de travailler, la vie ne serait donc alors qu'un enchaînement hospitalier médecin-malade ?</p>	<p>La retraite plus que l'âge est un moment fatidique pour la survenue de pathologies, et une période à risque pour un affaiblissement cognitif (6) entraîné par la disparition des contraintes non choisies. Le travail c'est la santé, (surtout à petite dose!), une possibilité offerte n'est pas une obligation, et lorsque le poteau d'arrivée a été franchi, on peut faire un dernier tour de piste à l'allure qu'on veut : exit les gardes, les astreintes à répétition, les horaires de folie, on accepte les horaires normaux, ceux qu'on aurait toujours dû avoir, ça aide les jeunes sans épuiser les presque-retraités.</p>
<p>Seuls les naïfs pensent qu'une possibilité est forcément un cadeau qui ne se transformera jamais en obligation si le besoin ministériel s'en fait sentir...</p>	<p>Mais unis (et syndiqués!), nous sommes les plus forts!</p>

de la choisir, ou bien encore obligés de poursuivre une activité complète au lieu de profiter d'un rythme choisi et acceptable.

Le sens de l'histoire est d'augmenter le nombre d'années de travail et de diminuer le nombre d'heures hebdomadaires⁷ : si nous acceptons un jour de sacrifier au premier mouvement, ce devra être en contrepartie impérative d'obtenir le second. Les praticiens hospitaliers, dans leur immense majorité, n'accepteront jamais à la fois de travailler plus d'années ET plus d'heures par semaine. Le temps de travail peut être réparti différemment de ce qu'il est aujourd'hui sur une carrière, mais ne saurait augmenter constamment.

Renaud Péquignot, membre du conseil d'administration du SNPHAR-E

Références

- 1) Loi Santé : la limite d'âge des médecins hospitaliers portée à 72 ans. Les Echos du 17/03/2015 à 17:34
- 2) Santé : ce sont les plus pauvres et les plus malades qui paient le trou de la Sécu. Le Nouvel Obs du 06/04/2012
- 3) Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles. INVS (2010)
- 4) Prise en charge des professionnels souffrant de burnout. Georges Mion, Max-André Doppia Le Praticien en Anesthésie Réanimation Juin 2014
- 5) À 92 ans, un nouveau « plus vieux médecin de France » en exercice depuis 1946! Quotidien du Médecin du 04/04/2014
- 6) Retraite, activités non professionnelles et vieillissement cognitif. Une exploration à partir des données de SHARE. Stéphane Adam, Éric Bonsang, Sophie Germain et Sergio Perelman Économie et Statistique N° 403-404, 2007
- 7) Chronologie : histoire des relations du travail depuis la loi Le Chapelier de 1791 <http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/regulation-relations-travail/chronologie/>

Le DPC Version 2015 : le choc de simplification est-il encore possible ?

En 2014, à propos du DPC, le rapport de l'IGAS évoquait sans détour « un épais nuage de problèmes, des vices de conception, de mauvais réglages, une conduite de projet défectueuse, des blocages, et une carapace de scepticisme ». Au terme d'un processus de concertation qui aura duré quatre mois, et alors que l'arbitrage est attendu de la ministre, qu'en est-il du concept de DPC V2015 et de son application sur le terrain ?

PHAR-E : Vous avez participé à cette concertation : qu'en pensez-vous aujourd'hui ?

M-A Doppia : Face au constat accablant de l'IGAS et aux critiques des professionnels et dont le SNPHAR-E n'a pas été avare, la ministre a chargé la DGOS de piloter une large concertation sur le DPC. Elle a réuni tous les acteurs de soins de novembre 2014 jusqu'en février. Chacun a pu s'exprimer en direct ou par l'envoi de contributions. Le 18 février, une synthèse a permis à l'ensemble des acteurs de prendre connaissance et d'échanger sur les propositions finalement retenues par le comité de pilotage et à présent soumises à l'arbitrage de la ministre de la santé. Aujourd'hui, nous attendons la dernière version du texte réglementaire qui devrait être inséré dans la loi de santé, loi qui fait par ailleurs l'objet de vifs débats dans notre pays... Le texte subit encore aujourd'hui des modifications, ce qui témoigne de points de divergence et d'inquiétudes qui ne sont pas encore totalement dissipées.

PHAR-E : A-t-on au moins avancé vers du mieux ?

M-A Doppia : Il fallait réviser la conception et la compréhension de la finalité du dispositif existant pour résoudre les dysfonctionnements qui avaient été pointés, lesquels tenaient de 4 ordres : un périmètre DPC trop « globalisant », la complexité de sa gouvernance et de son financement pour l'ensemble des professionnels de santé et les difficultés de la sélection parmi les offres de formation. De ce point de vue, on a pu apprécier la volonté affirmée de mieux reconnaître aux professionnels la compétence pour décider de l'organisation du DPC.

PHAR-E : Comment cela ?

M-A Doppia : De fait, demain, le rôle des Conseils Nationaux Professionnels (CNP) sera nécessairement renforcé car chaque profession et discipline a vocation à proposer les modes d'action pertinents pour remplir l'obligation de DPC et identifier les méthodes les plus pertinentes pour la profession ou la discipline en lien avec la HAS. Il appartiendra aussi aux CNP de proposer la répartition du temps dédié à l'actualisation des connaissances, l'évaluation des pra-

tiques, les activités d'enseignement et de formation, de définir l'outil de traçabilité adapté (portfolio) et, ce qui n'est pas négligeable, de proposer les orientations thématiques pour les actions prioritaires. Fait notable, l'engagement dans une démarche d'accréditation (pour les spécialités à risque, laboratoires, greffes, etc.) continuera de valoir DPC. Concernant les PH, qui aujourd'hui ne s'inscrivent pas encore dans la démarche d'accréditation car n'y ont pas un intérêt financier comme les praticiens du secteur libéral, il n'est pas interdit de penser que ce processus d'accréditation soit étendu aux équipes si les CNP en manifestent la volonté et proposent des dispositifs adaptés. Rappelons ici quand même que les CNP intègrent les organisations syndicales qui peuvent y agir. En tant que secrétaire général du CFAR, je peux dire que ce projet est en réflexion avancée. Y-compris en pluri-professionnel.

PHAR-E : Concrètement, qu'est-ce qui va changer pour les PH ?

M-A Doppia : Il faut attendre le texte définitif mais déjà, l'OGDPC devient l'AN-DPC (l'Agence Nationale du DPC). Les PH devraient s'y trouver mieux représentés. Le DPC deviendra un parcours qui intégrera sur 3 ans – et non plus sur un an – des actions de FMC, de l'EPP, de la gestion des risques... Donc la FMC « classique » retrouve sa place et c'est bien ce que demandaient les PH. Il y aura par ailleurs des priorités de DPC de trois sortes qui seront financées par l'Assurance Maladie : celles qui auront été définies par les professionnels eux-mêmes, via leurs CNP, les priorités nationales de santé et enfin, pour les libéraux, les priorités conventionnelles. Parmi ces priorités financées, il y aura, bien sûr, de la FMC, de l'EPP, de la Gestion des risques et aussi des programmes intégrant ces trois dimensions. Par ailleurs les établissements de santé pourront fixer des orientations spécifiques qui pourront s'inclure dans un parcours de DPC et notamment pour les médecins, par choix de leurs CME. Le droit du PH à choisir son ODPC reste toutefois maintenu, sans préjudice du financement.

PHAR-E : Et pour remplir son obligation de DPC, des sanctions ?

M-A Doppia : En clair, on aura 3 ans pour valider son DPC

et sur la base des préconisations de son CNP. Il faudra que l'on réalise des actions de FMC selon des orientations prioritaires (financée par l'AM et éventuellement par l'établissement pour les non adhérents à l'ANFH) et non prioritaires (financées par l'établissement), de l'EPP (idem) et pour certaines spécialités, de la GDR. Il n'est pas prévu de sanction mais il va de soi que tout professionnel devra pouvoir démontrer qu'il a effectivement réalisé son obligation triennale. Les CNP pourront être les porteurs du port-folet retraçant le suivi de l'obligation DPC.

PHAR-E : Et le financement ?

M-A Doppia : L'IGAS elle-même le pointait : « Il n'a pas échappé aux différents acteurs que les crédits inscrits au budget de l'OGDPC ne sont pas à la hauteur du coût d'une formation continue dispensée à l'ensemble des professionnels de santé du pays. ». De ce point de vue, on n'a pas d'information nous indiquant une augmentation des budgets alloués à l'ensemble que constitue FMC et DPC. Qu'il s'agisse de l'argent de l'industrie ou de l'enveloppe que doivent affecter les établissements employeurs. On peut d'ailleurs s'interroger sur la faiblesse de cette allocation par rapport à l'ambition d'un DPC qui intègre mieux l'obli-

gation déontologique et statutaire de la FMC.

PHAR-E : Les professionnels ont donc été entendus ?

M-A Doppia : Quelle que soit la profession exercée, le DPC new-look portera d'avantage sur le processus de prise en charge (le cœur de métier) centrée sur le patient. Mais trois points ne sont pas encore clarifiés et requièrent notre vigilance accrue : la sanctuarisation des 15 jours statutaires de FMC pour les PH. La mise à niveau du financement : les intersyndicales demandent que son niveau (actuellement de 0,75 % et 0,50 % de la masse salariale des CH et des CHU) soit aligné sur celui des personnels non médicaux de la fonction publique hospitalière et au même niveau pour les CH et les CHU. Et enfin, que la simplification soit une réalité sur le terrain. Pour nous, il faut que tout PH ait l'assurance de se voir accorder une enveloppe financière prévisionnelle annuelle pour pouvoir organiser son DPC, et donc sa FMC, en cohérence avec ses besoins et avec son équipe, laquelle, très concrètement, intégrerait alors le DPC à son projet pour améliorer la qualité des soins. L'autonomie, c'est cela aussi...

Propos recueillis par S. Sargentini

Dernière minutes (suite à la réunion 20 Mars 2015)

En l'état, et comme nous le craignons, l'article proposé sur le DPC ne tient pas compte de nos réflexions. Une fois de plus nous avons été écoutés mais pas entendus et avons perdu notre temps. L'usine à gaz reste la même, sauf l'obligation triennale. Rien n'est garanti pour la représentation des médecins salariés au sein des instances, aucune autonomie n'est laissée aux collègues pour le choix de leur formation continue, les CNP deviennent l'unique interlocuteur du PH sans alternative et les CME sont absentes du dispositif.

Nos demandes sont essentiellement focalisées sur 3 points :

- place de la décision individuelle dans la FMC : la présentation du 18 février ne liait pas la FMC à un parcours déterminé par chaque CNP
- place de la CME : la place de la CME comme décisionnaire de l'attribution des financements FMC n'apparaît pas dans le parcours du DPC.
- cotisations employeurs hospitaliers : la non fongibilité des enveloppes correspondant aux cotisations employeurs d'une part et au financement lié à la délégation des crédits en provenance de l'OGDPC d'autre part doit être garantie. Enfin, l'adhésion des établissements à l'ANFH ne doit pas obliger ces derniers à verser leur cotisation employeur à cette dernière, contrairement à la pratique actuelle. En effet, les praticiens des établissements qui n'adhèrent pas ne peuvent pas accéder aux fonds gérés par l'ANFH. Cette situation nous paraît inacceptable.

À ce jour :

1. La FMC est réintroduite, mais absolument pas garantie. On remet l'ensemble du processus DPC et FMC sous l'emprise des méthodes HAS. Nous exigeons que la FMC figure es qualit et de manière individualisée, et sans le passage par les méthodes HAS qui ne sont adaptées qu'aux EPP, voire à la gestion des risques.

2. Il n'y a plus de libre choix par le PH de sa formation continue : le trajet du PH pour sa FMC et son DPC est désormais soumis exclusivement au CNP. Outre le fait que de nombreuses spécialités ne sont pas organisées en CNP, le PH ne pourra pas sortir de ces contraintes. Quid des besoins de formation qui sortent du cadre fixé par le CNP (qui peut être soumis à des pressions multiples, et dont la composition n'est pas fixée par la réglementation (à fixer dans la Loi). D'autant que les CNP seuls vont aussi gérer le document de traçabilité. Il faut trouver un lieu alternatif que le PH pourra choisir (commission FMC des CME).
3. Si on donne autant de travail aux CNP il faudra les financer.
4. Les CME et leurs commissions FMC ont totalement disparu du dispositif. Or c'est un lieu de proximité important pour le PH. Les CME des établissements doivent organiser la FMC DPC des médecins, établir un bilan annuel prospectif et rétrospectif des moyens déployés pour la réalisation du DPC des médecins.
5. Il n'y a aucune garantie de proximité ni de transparence pour le PH : quelle information, quel accès aux données dématérialisées, comment assurer son suivi personnalisé ?
6. La composition du Haut Conseil n'est pas fixée, donc une fois de plus les libéraux vont faire une OPA dessus et nous n'y siégerons pas : composition à fixer, avec respect des nombres constituant les groupes, et présence syndicale de droit.
7. L'adhésion à l'OPCA ne garantit pas la non fongibilité des enveloppes. Où voit on que le DPC est payé par la taxe de l'industrie et la FMC par les hôpitaux, point qui était consensuel dans nos demandes ?
8. Modification de l'Art. L. 4021-4. L'Université peut contribuer à la dimension scientifique du développement professionnel continu
9. La composition des ces CNP gagnerait à être précisée par un texte réglementaire. En effet, leur composition actuelle résulte de compromis entre différents groupes de pression, et leur représentativité est dès lors sujette à caution.

Quand le travail s'arrête

(seconde partie)

La première partie de cet article a été publiée dans la revue PAR-E n°69 du mois de septembre de 2014. Cette seconde partie concerne le droit applicable aux différents types de congés (annuel, maladie, longue durée, maternité, formation) et leur combinaison

PRINCIPE DU DROIT APPLICABLE AUX PRATICIENS LORSQUE LES CONGÉS SE COMBINENT ENTRE EUX

Le congé annuel, le congé de maladie dit « ordinaire », le congé longue maladie et le congé longue durée et les congés pour accident de service correspondent chacun à une situation différente qui justifie l'absence du praticien. Ils sont indépendants les uns des autres ; ils ne peuvent donc se confondre et, à ce titre, peuvent se suivre ou s'interrompre. Cependant, le praticien ne pourra bénéficier d'un autre congé longue maladie que s'il a auparavant été reconnu apte à reprendre son exercice médical par le comité médical, à l'exception du congé de maternité. En effet, selon un principe du droit, celui-ci peut en effet suivre le long congé immédiatement en tout ou pour sa partie restant à prendre (dans l'hypothèse où la naissance a eu lieu pendant le congé maladie).

Principe général

Les praticiens atteints d'une maladie figurant sur la liste établie par l'arrêté du 14 mars 1986 relatif à la liste des maladies ouvrant droit à l'octroi de congé de longue maladie et présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée, nécessitant un traitement et des soins prolongés, ont droit à un congé de longue maladie (CLM). L'ouverture du droit à ce congé s'effectue sans condition d'ancienneté de service. Les droits à congé des praticiens exerçant à temps partiel sont les mêmes que ceux des praticiens exerçant à temps complet. Le temps passé en congé maladie est pris en compte pour les droits à l'avancement d'échelon, à la formation, à la retraite et aux congés annuels. Parmi les congés accordés pour raison de santé, seul le congé de maladie « ordinaire » donne droit à réduction du

temps de travail, les praticiens ne font pas l'acquisition de droit à RTT, ceux-ci viennent en réduction annuelle du temps de travail. Lorsque le congé de longue maladie est reconnu de droit aux praticiens par le comité médical saisi, il implique le versement d'un traitement différent et un recalcul de la liquidation est fait (cf. décompte du congé longue maladie) ; des dispositions particulières s'appliquent aux praticiens contractuels (R.6152-418 à 419 du code de la santé publique) et aux praticiens attachés (R.6152-613 à 624 du code de la santé publique).

L'avis du comité médical est transmis à l'administration, qui le communique immédiatement à l'intéressé et la direction prend la décision appropriée et, selon le cas, place le praticien en congé de longue maladie, congé ordinaire de maladie ou demande la reprise de l'exercice médical. De plus, lorsque le praticien qui bénéficie d'un congé de maladie est placé, rétroactivement, après avis du comité médical, en congé de longue maladie ou de longue durée, il avait droit au remboursement du trentième du traitement retenu au titre du jour de carence (circulaire relative au non versement de la rémunération au titre du premier jour de congé de maladie des agents publics civils et militaires en application des dispositions de l'article 105 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012).

CONGÉS ANNUELS ET CONGÉS MALADIE

En cas de placement en congé de longue maladie ou de maladie ordinaire au cours d'un congé annuel, ce dernier est suspendu jusqu'à la reprise d'activité. Le praticien conserve, dans la limite de l'année civile au titre de laquelle le congé annuel est acquis, le droit à la fraction non utilisée de ce congé. Le droit au report des congés annuels non pris pour raison de santé,



maladie ordinaire, longue maladie, longue durée et maladie professionnelle, lui reste acquis et est opposable à l'administration par la circulaire N°DGOS/RH3/2013/129 du 29 mars 2013.

Un praticien en congé de longue maladie pendant douze mois consécutifs ne peut donc prendre un congé annuel que s'il a été au préalable reconnu apte à reprendre son service et son exercice médical par le comité médical. Dans ce cas, la règle du report des congés annuels d'une année civile sur l'année suivante s'applique automatiquement.

Mais en tout état de cause, le congé annuel n'est accordé à la date demandée par le praticien, éventuellement immédiatement à la suite d'un congé de maladie, que si les besoins et les nécessités de service le permettent, la règle d'une reprise d'au minimum une journée ou d'une demi-journée d'obligation de service n'existe pas pour les personnels médicaux, aucune disposition législative ou réglementaire ne l'impose aux personnels médicaux ; « la Loi n'a le droit de défendre que les actions nuisibles à la Société. Tout ce qui n'est pas défendu par la Loi ne peut être empêché et nul ne peut être contraint à faire ce qu'elle n'ordonne pas. », Art. 5 de la DDHC.

CONGÉ PRIS AU TITRE D'UN COMPTE ÉPARGNE-TEMPS (CET) ET CONGÉS MALADIE

Au titre de l'article R6152-808 du code de la santé publique, le congé pris dans le cadre du compte épargne-temps est assimilé à une période d'activité et rémunéré en tant que tel. En particulier, le praticien qui utilise son compte épargne-temps demeure soumis aux obligations d'activité et notamment à celles sur le cumul d'activité. En l'absence de précision réglementaire, selon un principe du droit, lorsque le praticien bénéficie d'un congé de longue maladie ou de maladie ordinaire au cours d'un congé pris au titre d'un CET, ce dernier est suspendu ; il reprend, pour la durée restant à courir, au terme du congé de maladie mais l'autorisation d'octroi reste néanmoins soumise aux nécessités de service.

CONGÉ LONGUE MALADIE ET CONGÉ ORDINAIRE DE MALADIE OU CONGÉ DE LONGUE DURÉE

Un congé de longue maladie peut être interrompu par un congé ordinaire de maladie ou un congé de longue durée. Le congé de longue durée débute du jour de la première constatation médicale de l'affection par le médecin traitant. Cette date fixée par le comité médical peut donc éventuellement remonter au premier jour du congé ordinaire de maladie. De fait, cette nouvelle posi-

tion de congé peut changer le traitement versé au praticien ; ce fait curieux est d'un principe de droit d'avoir la « peste », puis le « choléra ».

CONGÉ DE MATERNITÉ, PATERNITÉ ET ADOPTION ET CONGÉS MALADIE

Le praticien bénéficie en priorité du congé de maternité, de paternité et d'adoption. En conséquence, le congé de longue maladie ou de maladie ordinaire est interrompu. La Cour de justice de l'union européenne a rappelé, dans l'affaire C-342/01, (Arrêt C-342/01 du 18 mars 2004 – Affaire María Paz Merino Gómez contre Continental Industrias del Caucho SA), que la femme enceinte doit pouvoir bénéficier de son congé annuel lors d'une période distincte de celle de son congé maternité. Dans l'arrêt Federatie Vakbeweging (C-124/05 du 6 avril 2006), la Cour a précisé qu'en cas de « cumul de périodes de plusieurs congés garanties par le droit communautaire à la fin d'une année, le report du congé annuel ou d'une partie de celui-ci sur l'année ultérieure peut être inévitable, parce qu'un congé garanti par le droit communautaire ne peut pas affecter le droit de prendre un autre congé garanti par ce droit ». L'arrêt N° 349896 du Conseil d'État du 26 novembre 2012 pose le principe du report automatique des congés annuels pour tous les agents publics lorsque ces congés n'ont pu être soldés sur la fin de la période de référence pour raison de maternité. Sur ces fondements, le SNPHAR-E a obtenu... le droit.

CONGÉ DE FORMATION ET CONGÉS MALADIE

Un praticien bénéficiant d'un congé de longue maladie ne peut obtenir un congé de formation que sous réserve d'avoir demandé au comité médical et obtenu sa réintégration avec une aptitude au service ; si reconnu non apte, de ce fait, il ne peut pas bénéficier de son congé de formation. Dans la mesure où le praticien ne saurait bénéficier de deux congés simultanés, il ne peut être maintenu en congé de formation si un congé de maladie ou pour accident de service lui est accordé. Le congé de formation est octroyé aux seuls praticiens en position d'activité et apte, le congé de formation est donc exclusif des autres congés. Il est également exclusif du dispositif du mi-temps thérapeutique. C'est une élémentaire évidence du droit à ne pouvoir se former si l'on ne peut être en état physique ou psychique d'exercer pleinement son art médical. Ce qui est différent lorsqu'il s'agit d'une formation professionnelle due au titre du reclassement prévu lors d'une procédure pour insuffisance professionnelle et lors d'une mise en recherche d'affectation.

Rémunérations pendant le congé

Décompte du congé de longue maladie

1 - Congé de longue maladie sans fractionnement : lorsque l'agent a épuisé l'intégralité de ses droits à congé de longue maladie de manière continue, il doit reprendre ses fonctions pendant au moins un an pour pouvoir bénéficier, au titre de la même maladie ou d'une nouvelle affection, d'un nouveau congé de longue maladie.

Exemple

Arrêt 12 mois	Arrêt 24 mois	Reprise	Reconstitution des droits à CLM
Plein traitement	Demi-traitement	12 mois	

2 - Congé de longue maladie fractionné, deux hypothèses sont à envisager :

=> si la reprise d'activité entre deux périodes de congé de longue maladie est au moins égale à un an, l'agent recouvre l'intégralité de ses droits à congé longue maladie.

Exemple

Arrêt 12 mois	Reprise	Arrêt 6 mois	Reprise	Reconstitution des droits à CLM
Plein traitement	2 mois	Demi-traitement	12 mois	

=> si la reprise d'activité entre deux périodes de congé de longue maladie est inférieure à un an, l'agent a droit à 3 ans de congé de longue maladie au cours d'une période de référence de 4 ans courant à compter de la première constatation médicale de l'affection ouvrant droit à congé de longue maladie. A l'expiration de cette période de référence quadriennale, l'agent recouvre l'intégralité de ses droits à congé de longue maladie.

Exemple

Période quadriennale					
Arrêt 6 mois	Reprise	Arrêt 6 mois	Reprise	Arrêt 24 mois	Reconstitution des droits à CLM
Plein traitement	3 mois	Plein traitement	9 mois	Demi-traitement	

DÉCOMPTE DU CONGÉ DE LONGUE MALADIE, EN L'ABSENCE DE DISPOSITION LÉGISLATIVE OU RÉGLEMENTAIRE PRÉCISE.

Le congé est accordé par période de trois mois minimum, six mois maximum. Chaque demande de prolongation doit être soumise à l'avis du comité médical. Le décompte des droits s'effectue à compter de la date de constatation de la maladie par le médecin traitant.

Le congé peut être accordé **sans discontinuité** dans la limite de trois ans. Pour pouvoir bénéficier d'un nouveau congé de longue maladie à plein traitement à la suite d'une rechute ou d'une nouvelle maladie, le praticien doit avoir repris ses fonctions pendant un an depuis le précédent congé.

En cas de **congé de longue maladie fractionné**, le praticien est dans une insécurité juridique totale, car non précisé par la règle, **il n'est pas en droit d'en bénéficier**. En effet, le principe du droit énoncé par la réglementation des fonctionnaires prévoirait que :

- dès lors que la durée de reprise de l'activité a été, entre deux périodes de congé de longue maladie, au moins égale à un an, l'agent recouvre intégralement ses droits à congé de longue maladie ;
- lorsque la durée de reprise de l'activité a été, entre deux

périodes de congé de longue maladie, inférieure à un an, l'agent a, en principe, droit à trois ans de congé de longue maladie, qui peuvent être pris sur une période de quatre ans à compter de la constatation médicale de la première affection ouvrant droit à congé de longue maladie. A l'expiration de cette période quadriennale, l'agent recouvre automatiquement l'intégralité de ses droits à congés de longue maladie ;

Mais des lors qu'aucune disposition législative ou réglementaire n'en précise le droit pour les personnels médicaux, les praticiens ne peuvent fractionner leur congé longue maladie. Tout au plus, reconnu définitivement inapte, après avis du comité médical, le praticien est placé en disponibilité et perd le droit à tout traitement statutaire, et n'a droit qu'à pension d'invalidité.

Cas particulier du détachement : lorsque la fin du détachement intervient en cours de congé de maladie, le praticien est réintégré dans son établissement d'origine. Il est placé en congé de maladie, conformément aux règles de son emploi d'origine, pour le reliquat des droits auxquels il peut prétendre. L'avis du comité médical peut néanmoins être requis par le directeur de l'établissement de santé ou le directeur général du centre national de gestion pour vérifier le bien fondé du congé maladie.

Pascal Campominosi, Administrateur du SNPHAR-E



Service de santé des Armées, Zoom sur la médecine de guerre

Comme leurs collègues civils, l'anesthésiste-réanimateur et l'urgentiste militaire sont confrontés à la douleur et à la détresse du patient au sein de l'hôpital. En effet, neuf hôpitaux d'instruction des armées accueillent, certes, les soldats blessés au combat, mais aussi, et majoritairement, des civils. Intégrés dans leur territoire de santé, les hôpitaux militaires sont ouverts à tous les assurés sociaux.

La mission prioritaire : sauver la vie des militaires gravement blessés au combat.

La particularité du métier de l'anesthésiste-réanimateur et de l'urgentiste militaire est donc de pouvoir se retrouver face à des blessures de guerre et face à des afflux massifs de blessés alignés sur la latérite devant la tente d'une antenne chirurgicale, dans des « conditions rustiques et d'isolement où l'ingéniosité et réactivité sont nécessaires », explique le médecin en chef R. de la 6^e Antenne Chirurgicale Aéroportée (ACA). Lors de certaines opérations extérieures (OPEX), au Mali ou en Centrafrique aujourd'hui, en Afghanistan hier, la sécurité pour les soignants est parfois mise en question. « Les moments forts contrastent avec des périodes d'inactivités » témoigne l'équipe d'anesthésie-réanimation de la 3^e ACA.

L'anesthésie-réanimation de guerre et l'urgence militaire sont des exercices particuliers. D'un point de vue pratique, l'accueil de patients traumatisés sévères et des grands brûlés est probablement la prise en charge qui se rapproche le plus de celle du blessé de guerre. Un nouveau cours d'anesthésie-réanimation en mission extérieure (CARMEX) permet d'aborder les spécificités de la spécialité OPEX et des exercices MASCAL (Mass Casualty) sont organisés régulièrement sur le terrain.

Lors des OPEX, une aide médicale à la population est réalisée en plus de l'activité prioritaire de soutien des forces, lorsque celle-ci le permet. Il s'agit là d'une tradition bien ancrée du Service de Santé des Armées. Certaines interventions sont spécifiquement dédiées à l'aide humanitaire.

Le groupement médico-chirurgical de Zaatar (2012-2013) en Jordanie, qui a pris en charge près de 300 blessés de guerre, et le centre de traitement des soignants de Conakry, concept unique, créé dans le cadre de la lutte contre Ebola (2014-2015), en sont les exemples les plus récents.

Être anesthésiste-réanimateur ou urgentiste militaire, c'est aussi travailler dans un contexte multinational. À l'hôpital médico-chirurgical de Kaboul, l'anesthésiste-réanimateur Français a fait équipe avec un chirurgien tchèque et un IBODE bulgare.

La formation des équipes locales est également l'une de leur mission.

**Pour en savoir plus, www.carum.org,
le site du club des anesthésistes-réanimateurs et urgentistes militaires
Recrutement officiers sous contrat : 01 41 93 28 23
Recrutement réservistes : 01 41 93 25 52**



FRANCE



Le Centre Hospitalier d'Argenteuil

Situé à 10 mn en trajet SNCF de la gare St Lazare, Gare du Val d'Argenteuil à 10 minutes à pied (crèche collective, self).



Recherche Anesthésistes pour compléter son équipe (16 ETP).

Bloc opératoire nouvellement équipé dans bâtiment ouvert en mai 2013.

Echographes à disposition.

SSPI ouverte 24h/24, 5 DES & garde d'interne pour la maternité.

Une ligne de garde sénior chirurgie et une maternité.

Pour tout renseignement contacter :

• Docteur Arnaud DEMERLIAC - Chef de Service au 01 34 23 20 24
par mail sur arnaud.demerliac@ch-argenteuil.fr
(secrétariat : 01 34 23 25 76 ou 25 78)

Envoyer C.V. et lettre de motivation au Centre Hospitalier d'Argenteuil :

• Madame Valérie CHAPPELLE - Direction des Ressources Humaines
69, rue du Lieutenant Colonel Prud'hon - 95107 ARGENTEUIL CEDEX
ou par courriel à bs.drh@ch-argenteuil.fr

ILE-DE-FRANCE



Situé à proximité de Paris (RER C - A 10) Le Centre Hospitalier Sud Essonne Dourdan-Etampes recrute pour son site de Dourdan

1 Praticien Hospitalier Anesthésiste-Réanimateur temps plein

Activité polyvalente (anesthésie-USC) ou spécialisée (anesthésie)

Merci d'envoyer votre CV

Contact :
Centre Hospitalier Sud Essonne
26 avenue Charles de Gaulle - 91150 ETAMPES
direction@ch-sudessonne.fr



29





LE CENTRE HOSPITALIER ROBERT BALLANGER

93600 Aulnay sous Bois (Station RER, 30 mn du Chatelet)

Recherche pour son service d'anesthésie-réanimation

DEUX MEDECINS ANESTHESISTES (TEMPS PLEIN)

Le service d'anesthésie :

11 praticiens hospitaliers temps plein, 4 praticiens hospitaliers temps partiel, 5 assistants spécialistes, 4 internes.

Activités :

- Pôle médico-chirurgical : chirurgie viscérale, orthopédique, urologique spécialités tête et cou, gastro-entérologie.
- Pôle femme-enfant : gynécologie, obstétrique 2 500 accouchements - niveau 2B, chirurgie pédiatrique.

Personne à contacter :

Monsieur le Docteur ZARKA - Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger - Bd Robert Ballanger - 93602 Aulnay sous Bois Cedex
01 49 36 73 30 - daniel.zarka@ch-aulnay.fr

Le CENTRE HOSPITALIER DE GUERET

Région Limousin bassin de vie de 80 000 habitants et territoire de santé de 120 000 habitants. Ville préfecture avec de nombreuses infrastructures et région à forte qualité de vie.



Le Centre Hospitalier compte 538 lits et places dont 289 MCO et dispose des services suivants : SAU/SAMU/SMUR, réanimation polyvalente, soins intensifs de cardiologie, maternité niveau 2 A (environ 600 accouchements), pédiatrie, laboratoires, radiothérapie/oncologie.

C'est aussi un plateau technique composé de : scanner 32 coupes, IRM de dernière génération, 3 salles de radiologie conventionnelle, mammographie numérique, bloc opératoire (4 salles d'opération - 1 salle de réveil). Spécialités présentes : chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale, gynécologie, urologie, ORL, ophtalmologie, odontologie. Le SAU/SAMU/SMUR c'est : 18 570 passages aux urgences - 1500 sorties SMUR - 41 000 appels SAMU.



RECHERCHE DEUX MEDECINS URGENTISTES TEMPS PLEIN

Vous rejoindrez une équipe de 10 praticiens. Recrutement sur un statut de praticien hospitalier et contractuel.

Les candidatures sont à adresser à :

Monsieur Le Directeur du Centre Hospitalier - 39, avenue de la Sénatorie - BP 159 - 23 011 GUERET cedex
ou ch.gueret@sil.fr

La personne à contacter est : Mr le Docteur Bernatas - Chef de pôle au 05 55 51 70 30



Le centre hospitalier de Carcassonne (pivot de territoire)

Recrute des praticiens anesthésistes pour renforcer une équipe cible de plus de 10 praticiens (postes disponibles) et 16 IADES



Merci de prendre contact avec les affaires médicales
Tél. : 04 68 24 20 90 ou 04 68 24 35 30
Mail : secretariat.affairesmedicales@ch-carcassonne.fr

Centre hospitalier pivot du territoire de l'Aude de 476 lits, places et postes MCO, 290 lits d'hébergement et 15 places d'accueil de jour. 2 037 salariés (membre de 12 structures de coopération, 243 conventions de coopération), engagé dans une politique d'investissement ambitieuse (nouvel EHPAD de 200 places ouvert début 2013 et un nouvel hôpital ouvert en mai 2014).

- 7 salles d'opération (dont une radio interventionnelle et une pour les césariennes en urgence) et 2 salles d'endoscopie digestive.
- 1 salle de coronarographie.
- 22 postes SSPI indifférenciés.
- Maternité de 1 784 accouchements.
- Service de chirurgies viscérale, orthopédique, vasculaire, traumatologique, urologique, ORL et spécialités de la face.
- Dossier patient informatisé, prescription informatisée.
- Plateau technique performant : 2 gamma caméras, 2 accélérateurs de particules, 2 scanners, IRM.
- 1 garde sur place tous les jours + 1 astreinte opérationnelle en semaine transformée en garde le week-end (1 IADE en H24 + 1 IADE d'astreinte + 1 IDE SSPI en astreinte les WE et JF).

Carcassonne est une ville attrayante située à 94 km de Toulouse, 60 km de Narbonne, à proximité des Pyrénées et du Littoral méditerranéen. Aéroport, 10 lignes en Europe.



LE CHRU DE MONTPELLIER RECHERCHE

ANESTHESISTE

Pour pôle d'anesthésie tête et cou

Poste à pourvoir rapidement.



Renseignements au
Dr Pierre-François PERRIGAULT
04 67 33 76 87
ou par mail :
pf-perrigault@chu-montpellier.fr





Le Centre Hospitalier Chalon sur Saône William Morey (Saône-et-Loire)

Situé sur l'autoroute A6 entre Lyon et Dijon, à 1h30 de Paris en TGV. Nouvel établissement en pleine expansion composé de 9 pôles chirurgicaux et médico-techniques, qui permet une prise en charge globale et optimisée des patients grâce notamment à un plateau technique complet et de pointe.

**CENTRE HOSPITALIER
CHALON SUR SAONE
William Morey**

› RECRUTE URGENTISTE

Le SAU et le SAMU - SMUR font partie du même service avec une activité partagée, le SAU accueille 39 000 patients par an, le SMUR effectue 2 950 sorties par an, l'HéliSmur effectue pour sa première année de fonctionnement 557 sorties, le SAMU gère 135 000 dossiers de régulation médicale par an, avec 2 médecins en poste toutes les nuits (1 libéral et 1 hospitalier).

Pour tout renseignement, contacter : Direction des Affaires Médicales - 03 85 91 01 54 - ginette.gilliers@ch-chalon71.fr
Envoyer candidature et CV à M. le Directeur du Centre Hospitalier - 4, rue Capitaine Drillien - CS 80120 - 71321 Chalon-sur-Saône Cedex
Tél. : 03 85 44 66 88 - Fax : 03 85 44 66 99 - www.ch-chalon71.fr

BOURGOGNE

**Pour accompagner notre développement, nous recrutons nos
10^{ème}, 11^{ème} et 12^{ème} anesthésistes**

Etablissement de référence sur le littoral, bassin d'attraction de 400 000 habitants
500 lits MCO, près de 2 400 agents dont 220 médecins, 47 000 passages aux urgences, 11 000 interventions, 1 250 naissances (niveau IIB), service de réanimation polyvalent adulte (10 lits)/USC médicale et chirurgicale (5 lits), unité de recherche clinique.

Un plateau technique performant
Bloc opératoire intégré de 14 salles en lumière naturelle (dont 2 salles interventionnelles (coronarographie et vasculaire)), 3 scanners, 3 IRM, 2 gamma caméras, 1 tepsican.

Un service d'anesthésie
Une équipe médicale actuelle de 9 anesthésistes réanimateurs, une équipe de 24 IADES.
3 échographes mobiles dédiés (respirateurs récents), toutes spécialités chirurgicales (hors chirurgie cardiaque et neurochirurgie crâne) 36% de chirurgie ambulatoire.
Possibilité d'activité partagée et de gardes avec la réanimation/USC.
Et un cadre de vie idéal pour la famille...

**Direction des affaires médicales
03 21 99 39 04 - Mail : dam@ch-boulogne.fr**

NORD-PAS-DE-CALAIS

Centre Hospitalier Ariège Couserans, au pied des Pyrénées Ariégeoises, à une heure de Toulouse, proche stations de ski, à 2 heures de la Méditerranée et à 3 heures de l'Atlantique, le CHAC bénéficie d'un cadre de vie exceptionnel.

Etablissement public de santé dont le siège social est à Saint Girons.
Le Centre Hospitalier comprend plus de 1 000 salariés dont plus de 60 médecins, 4 pôles cliniques, des activités diversifiées (MCO, urgences, SSR, SIR, centre de réadaptation neurologique, psychiatrie intra et extra de l'Ariège, EHPAD) et un plateau technique complet avec laboratoire, pharmacie et scanner.

CHERCHE ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR

• Soins intensifs respiratoires • Surveillance médicale continue • Bloc opératoire et salle de surveillance post interventionnelle

Adresser CV et lettre de motivation à :
Mr GUILLAUME - Directeur des ressources humaines
Centre Hospitalier Ariège Couserans - BP 60111 - 09201 SAINT GIRONS CEDEX - 05 61 96 21 94
Ou par mail : secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr

MIDI-PYRÉNÉES

**Centre Hospitalier Comminges Pyrénées
SITE DE SAINT PLANCARD / SITE D'ENCORE**

**LE CENTRE HOSPITALIER COMMINGES PYRENEES
RECHERCHE
Un médecin anesthésiste**

pour compléter une équipe dynamique de 4 praticiens

Poste de Praticien Hospitalier Contractuel temps plein disponible immédiatement ouvert à l'ensemble des statuts avec possibilité d'accompagnement.

Le CHCP travaille actuellement à un projet ambitieux de regroupement sur site unique à l'horizon 2018.

Pour tout contact :
M. THIEULE Jean-Claude - Directeur des Affaires Médicales
Tél. : 05 62 00 40 22 - Courriel : jeanclaude.thieule@ch-saintgaudens.fr

31





Centre Hospitalier Général de 1 672 lits et places, situé dans bassin de population de 600 000 habitants, à 55 minutes de Paris (TGV), université et écoles supérieures, manifestations culturelles et sportives.

Site Internet : www.ch-lemans.fr

LE CENTRE HOSPITALIER DU MANS RECRUTE DES ANESTHESISTES

Recrute des anesthésistes, pour son équipe de 26 anesthésistes, avec possibilité d'exercice polyvalent sur plusieurs plateaux techniques :

- Anesthésie (bloc de chirurgie générale adulte et bloc de chirurgie ambulatoire et endoscopie digestive),
- Pôle Femme-Mère-Enfant avec activité de chirurgie pédiatrique et néonatale et maternité de niveau 3.

Organisation du service en temps médical continu.

Possibilité d'exercice à temps partiel. Possibilité d'exercer à mi-temps dans une autre discipline.

Possibilité d'une activité libérale.

Recherche clinique et publications.

Bonnes relations confraternelles au sein de l'équipe d'anesthésie et avec les chirurgiens.

Rémunération du temps de travail additionnel réalisé.

Contacts : Dr CHOUKROUN - Chef du Pôle Urgences-Réanimation-Anesthésie - jchoukroun@ch-lemans.fr
Dr LOTFI - Chef du Service d'Anesthésie - jelotfi@ch-lemans.fr
Mme JEAN - Directrice des Affaires Médicales - vjean@ch-lemans.fr et affaires.medicales@ch-lemans.fr

COMMUNAUTE HOSPITALIERE DE TERRITOIRE RANCE EMERAUDE



Centre Hospitalier de Saint-Malo



Centre Hospitalier de Cancale



Centre Hospitalier de Dinan



LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-MALO (établissement de santé de référence sur son territoire)

RECHERCHE UN MEDECIN REANIMATEUR À TEMPS PLEIN

Recrutement pour une première période d'un an à compter du 1^{er} mars 2015 en tant que praticien contractuel (avec possibilité de titularisation sur un poste de praticien hospitalier par la suite) dans le service de réanimation polyvalente.

- 5,5 ETP dans le service.
- Réanimation polyvalente à prédominance médicale.
- 10 lits de réanimation/5 lits d'USC.
- Hôpital dynamique avec un plateau technique 24H/24 (coronarographie, bloc, endoscopie, scanner et IRM, dépôt de sang, laboratoire, pharmacie).
- Internes en formation dans le service et activité de recherche clinique.

Pour tout renseignement :

Docteur BOTO - Médecin réanimateur - 02 99 21 28 16 - vboto@ch-stmalo.fr
Docteur CHEVALIER - Médecin réanimateur - 02 99 21 28 16 - schevalier@ch-stmalo.fr

Candidature à adresser à Monsieur le Directeur

CH de SAINT-MALO - BP 114 - 35403 SAINT-MALO CEDEX
Tél : 02 99 21 20 65 - Fax : 02 99 21 20 00 - affaires.medicales@ch-stmalo.fr



Le Centre Hospitalier Michel Mazéas de DOUARNENEZ (Finistère), établissement de proximité, situé en bord de mer et à proximité de Quimper (25 km) et de Brest (60 km).

recherche pour son service de médecine urgence

un praticien hospitalier ou praticien hospitalier contractuel temps plein

Caractéristiques des fonctions :

- Organisation de la permanence des soins
Travail en temps continu :
activité de jour, gardes nuits, week-ends et jours fériés.
Horaires de jour : 09h00 - 19h00 • Horaires de nuit : 19h00 - 09h00.
 - Modalités particulières d'exercice.
48h par semaine. Environ 6 gardes de nuit par mois.
 - Travail en équipe sur le territoire.
- Filières de prises en charges préétablies avec le centre hospitalier de QUIMPER, centre de référence.
Équipe SMUR présente sur place.



Contact :
Dr Myriam ZIRO - Chef de service - Tél. : 02 98 75 15 15
Dr Anne-Sophie LE BRIS-MICHEL - chef de pôle
Tél. 02 98 75 15 85
M. Francis BRUNEAU - Directeur - Tél. : 02 98 75 10 00

Les Hospices Civils de Lyon
2^e CHU de France,
recrutent des médecins anesthésistes-réanimateurs (sur un statut de PH titulaire ou contractuel) pour renforcer leurs équipes notamment :



Hôpital Louis Pradel - Service d'anesthésie-réanimation thoracique cardio-vasculaire

(Dr NEIDECKER - jean.neidecker@chu-lyon.fr - Pr FELLAHI
(jean-luc.fellahi@chu-lyon.fr)

Hôpital de la Croix-Rousse - Service d'anesthésie-réanimation
(Pr AUBRUN - frederic.aubrun@chu-lyon.fr)

Centre Hospitalier Lyon-Sud - Service d'anesthésie-réanimation
(Pr PIRIOU - vincent.piriou@chu-lyon.fr)

Candidature à adresser :

M. Patrick DENIEL
Directeur des Affaires Médicales
Tél : 04 72 40 73 60
Mail : patrick.deniel@chu-lyon.fr
Renseignements complémentaires auprès des chefs de service



Hospices Civils de Lyon



CH ANNECY GENEVOIS

Le Centre Hospitalier Anancy Genevois (CHANGE)

Recrute des médecins anesthésistes

Le CHANGE, établissement issu de la fusion des sites d'Anancy et de Saint-Julien en Genevois est l'un des centres hospitaliers les plus importants de la région Rhône-Alpes.

Afin de déployer son projet d'extension et de diversification de l'offre de soins chirurgicale sur les deux sites (passage de 14 à 20 salles de bloc, mise en service d'une salle hybride pour le développement des actes interventionnels et d'une troisième salle de cardiologie interventionnelle), le CHANGE est à la recherche de médecins anesthésistes.

Toutes les spécialités chirurgicales sont représentées y compris les spécialités de recours comme la chirurgie cardiaque ou la neurochirurgie. L'ensemble de ces activités connaissent une progression constante en lien avec l'attractivité de l'établissement et le développement démographique de la région. Il s'agit de compléter une équipe médicale dynamique de 23 anesthésistes et développant d'ores et déjà avec succès des surspécialités dans de nombreux domaines.

Le CHANGE est en mesure de proposer aux éventuel(le)s candidat(e)s des conditions d'exercice professionnel particulièrement intéressantes et sécurisées, compte tenu de la performance de son plateau technique et de ses équipes médicales et soignantes. Il met également du prix à encourager l'innovation ainsi qu'à soutenir les projets de recherche clinique (Centre de recherche clinique labellisé).

Il est également attentif à proposer des parcours professionnels adaptés en fonction des aptitudes et compétences de chacun et est prêt à envisager toutes les modalités de recrutement (assistants, praticiens hospitalier, contrat de cliniciens, praticiens hospitaliers contractuels...).

Environnement naturel offrant un cadre de vie remarquable.
Proximité de Lyon (1h30), Grenoble (1h15), Genève (30 minutes).

Nous nous tenons disponibles pour mieux nous faire connaître et échanger autour de votre projet professionnel :

Dr Bruno PIOCELLE
Responsable médical du service d'anesthésie
04 50 63 63 47 - bpiocelle@ch-anancygenevois.fr

Dr Jean Michel ROBERT
Responsable du service d'anesthésie
04 50 63 67 12
jmrobert@ch-anancygenevois.fr

Pascale COLLET
Directrice des affaires médicales
04 50 63 62 20 ou 04 50 63 62 03
pcollet1@ch-anancygenevois.fr

RHÔNE-ALPES

Le centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône

34 km de LYON et 42 km de MACON - 646 lits - 1 790 personnels médicaux et non médicaux

Recherche pour son service d'anesthésie (13,5 ETP, 2 internes)

Un(e) anesthésiste temps plein

pour remplacer un départ à la retraite

Contact : Dr Djamel FATAH - 04 74 09 28 90

Candidatures à adresser à Monsieur Benoît VANDAME
Directeur des Ressources Humaines
Boîte Postale 436 - 69655 Villefranche-sur-Saône Cedex

l'hôpital
NORD OUEST
Villefranche-sur-Saône
Tarare
Tréhoux
St Cyr au Mont d'Or

CH CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL
Elbeuf - Louviers - Val de Reuil

Le Centre Hospitalier Intercommunal ELBEUF-LOUVIERS/VAL-DE-REUIL (Seine-Maritime et Eure)

Recrute

2 ANESTHESISTES TEMPS PLEIN

Au sein d'une équipe de 8 anesthésistes temps plein.

Le CHI Elbeuf-Louviers est l'un des 5 établissements de référence de la région Haute-Normandie, situé à 20 mn de Rouen et 1h de Paris, disposant d'un plateau technique complet (2 scanners, 1 IRM, 8 salles de bloc opératoire et plus de 8 000 actes opératoires annuels, 65 000 passages aux urgences) et toutes les principales disciplines médicales et chirurgicales.

Il comprend 1 077 lits et places (MCO : 404, SSR : 128, EHPAD : 477 et SSIAD : 68) et a besoin de vous pour accompagner son activité croissante dans le cadre d'une extension de ses bâtiments financée par le programme hôpital 2012.

Pour tout contact et candidatures :

- Direction des affaires médicales - 02 32 96 23 86 - diraffmed@chi-elbeuf-louviers.fr
- Dr Patrick MORIN - responsable du service d'anesthésie - 02 32 96 35 00 - patrick.morin@chi-elbeuf-louviers.fr
- Rue du Dr Villers - St Aubin les Elbeuf BP 310 - 76503 ELBEUF

HAUTE-NORMANDIE





Le Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers

Recrute pour son service d'anesthésie-réanimation un anesthésiste-réanimateur – h/f

Structure :

Le service d'anesthésie-réanimation du CHU de Poitiers regroupe toutes les activités d'anesthésie et toutes les prises en charge des patients de réanimation chirurgicale. Le CHU de Poitiers dispose de 26 salles d'opérations réparties sur deux bâtiments.

Effectif médical :

Le service dispose de 45 médecins anesthésistes et 45 internes sont en cours de formation.

Activités :

Toutes les spécialités chirurgicales sont prises en charge.
Le service d'anesthésie-réanimation participe à la permanence des soins avec 5 gardes séniors sur place et une astreinte opérationnelle. Les listes de gardes concernent la maternité, le bloc des urgences, les 3 unités de réanimation. S'ajoutent 3 gardes juniors sur place.

Contact : M. De Bideran - Directeur des Affaires Médicales - Tél. : 05 49 44 39 63 - Mail : carles.de-bideran@chu-poitiers.fr
Plus d'informations sur le site : www.chu-poitiers.fr à la rubrique « Le CHU recrute »



Le Centre Hospitalier de Manosque, dans les Alpes de Haute-Provence (04)

recrute un PH anesthésiste-réanimateur

pour compléter une équipe de 6 praticiens. Poste disponible.

Hôpital neuf (4 ans) de 200 lits MCO avec unité de soins continus (8 lits), 900 accouchements/an, 6 salles de blocs, chirurgie viscérale (carcinologie), orthopédique, urologique, gynéco-obstétrique, spécialités et endoscopies.

Plateau technique complet (TDM, IRM). Gardes sur place.

Situation idéale entre mer et montagne, 45 minutes d'Aix-Marseille, très belle région. Liaisons autoroutières, TGV et aéroport à proximité.

Pour toute information :

Dr Stéphane SAUVAT - Responsable de pôle - 04 92 73 43 79 ou 06 71 10 33 48

Les candidatures avec CV sont à adressées à :

Rosalie LETELLIER - Directrice des ressources humaines - 04 90 73 42 10 - letellier.r@ch-manosque.fr



LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE FRÉJUS/SAINT-RAPHAËL

240, Avenue de St Lambert - BP 83608 - 110 FREJUS Cedex

RECRUTE UN PRATICIEN TEMPS PLEIN

Pour l'Unité d'Anesthésiologie qui dispose d'un bloc central récent et d'une activité de chirurgie ambulatoire, couvrant les activités de :

Chirurgie ambulatoire, gynécologie, orthopédie, obstétrique, ophtalmologie, traumatologie, urologie, et viscéral. Pédiatrie à partir de 3 ans : 1 650 accouchements, 70% de péridurale.

Gardes sur place avec temps additionnel - Equipe au complet de 9 praticiens.

Adresser candidature et curriculum vitae à :

Madame le docteur Reynaud - Responsable de l'Unité - Tél. : 04 94 40 20 62 - reynaud-s@chi-frejus-saint-raphael.fr
Monsieur Croisy - Directeur adjoint DRH/DAM - Tél. : 04 94 40 21 44 - drh@chi-frejus-saint-raphael.fr



MÉDECIN URGENTISTE - H/F POUR REJOINDRE L'ÉQUIPE DU DÉPARTEMENT DES URGENCES

Poste à temps plein à pourvoir immédiatement.
Le candidat doit être inscrit au Conseil de l'Ordre ou au moins avoir réussi l'examen de la Procédure d'Autorisation d'Exercice (P.A.E).

Les médecins de la fédération médicale interviennent sur tous pôles d'activité des urgences :

- Le C.R.R.A du département des Landes (SAMU 40) • 3 SMUR dont deux déportés • Le Service d'Accueil des Urgences (29 000 passages) • L'H.T.C.D (10 lits).

Le Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan c'est :

- 1 195 lits et places • Environ 2 300 salariés (médicaux et non médicaux) • 7 pôles d'activité clinique • 1 plateau technique complet avec centre d'angioplastie et unité neurovasculaire.

Conditions de travail attractives :

- Qualité de vie dans le Sud-Ouest en général et en Aquitaine en particulier • Proximité de la côte atlantique l'été et des stations des Pyrénées l'hiver • Proximité des grandes villes comme Bordeaux ou Pau • Habiter à 3 heures de Paris (T.G.V.) tout en étant à 2 heures de l'Espagne.

Convivialité, hospitalité et esprit de fête complètent ce portrait d'un département en tout point accueillant.

Pour plus de renseignements, contacter :

- Docteur KIDYBINSKI, Chef de pôle - Secrétariat médical : paul.kidybinski@ch-mt-marsan.fr - 05 58 05 11 00
- Madame BOUQUEREL, Directeur des affaires médicales : affaires-medicales@ch-mt-marsan.fr - 05 58 05 10 20

www.ch-mt-marsan.fr

AKIAL




Le centre hospitalier d'Oloron comprend 319 lits répartis sur 3 sites, desservant une agglomération de 11 000 habitants dans un bassin de 25 000 habitants.

Service de réanimation de 6 lits + USC de 2 lits.

Ville à caractère historique au pied des Pyrénées, située à 30 km de Pau, 1h00 de l'aéroport Pau-Pyrénées, 1h30 de la côte atlantique, gare SNCF.

Ville dynamique, disposant de tous les commerces, de nombreuses associations sportives et culturelles, d'établissements scolaires (lycées).

<http://www.oloron-ste-marie.fr>

LE CENTRE HOSPITALIER D'OLORON

recherche pour son service de réanimation

2 médecins anesthésistes réanimateurs praticiens hospitaliers à temps plein

Dans un service proposant des activités variées, fortement impliqués dans la démarche d'amélioration continue de la qualité, vous serez intégré dans une équipe dynamique en constante recherche d'une bonification de la prise en charge globale des usagers.

Postes à pourvoir immédiatement.

Contact :
Madame Corinne SOLANA-HEILIGENSTEIN - DRH
corinne.solana@ch-oloron.fr - 05 59 88 30 03



**CENTRE HOSPITALIER
AGEN**



LE CENTRE HOSPITALIER D'AGEN

(Région Sud-Ouest - Aquitaine - 1h15 de Toulouse et Bordeaux).
Gare TGV - Aéroport - Autoroute - Facultés - Chef lieu de département, 716 lits et places.
Disposant d'un plateau technique complet : I.R.M. - Scanner - Médecine Nucléaire - Réanimation.

RECRUTE

UN MÉDECIN ANESTHÉSISTE, pour compléter une équipe de 6 praticiens.

UN MÉDECIN RÉANIMATEUR, pour compléter une équipe de 7 praticiens (12 lits de réanimation + 6 lits de soins continus).

• Postes de praticiens ou tous types de contrats.

Pour tout renseignement :

- Dr J.M. FAUCHEUX, président de la CME : 05 53 69 70 18 - faucheuxjm@ch-agen.fr
- Dr R. GRELIER, anesthésiste, chef de pôle médico-chirurgical et anesthésiologie : 05 53 69 70 24 - grelierr@ch-agen.fr
- Dr F. PLOUVIER, réanimateur, chef de pôle filière urgences réanimation psychiatrie : 05 53 69 70 92 - plouvierf@ch-agen.fr
- Mme MP.Gay, directrice des affaires médicales : 05 53 69 70 00 - gaym@ch-agen.fr

Centre Hospitalier d'Agen - 47923 AGEN CEDEX 9
www.ch-agen.fr



Dr Yves REBUFAT - Président CHU de Nantes - Hôpital Laënnec - Nantes yves.rebufat@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Site web www.snphar.com	Ligne Directe : 02 40 16 51 47 Portable : 06 86 87 62 76
Dr Nathalie CROS-TERRAUX - Vice- Présidente Hôpital Général - Dijon nathalie.cros-teraux@snphar.fr	DPC Médecains en formation	Ligne Directe : 02 40 16 51 47 Portable : 06 81 58 27 95
Dr Veronique AGAESSE - Secrétaire générale CHU Amiens veronique.agaesse@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) FMC-DPC - Veille Syndicale	Standard : 03 22 82 40 00 Portable : 06 33 63 20 62
Dr Patrick DASSIER - Trésorier Hopital européen Georges Pompidou - Paris patrick.dassier@snphar.fr	Contentieux Retraites	Ligne Directe : 01 56 09 23 16 Fax : 01 56 09 22 20 Portable : 06 03 69 16 63
Dr Claude WETZEL - Vice- Trésodier Praticien Honoraire CHU de Strasbourg claude.wetzel@mac.com	Affaires Européennes	Ligne Directe : 03 88 56 09 85 Fax : 03 88 56 09 85
Dr Raphael BRIOT - Secrétaire Général Adjoint CHU - SAMU 38 - Grenoble raphael.briot@snphar.fr	Retraites - Urgences Représentation des médecins non-anesthésistes Relation avec les Universitaires	Ligne Directe : 04 76 63 42 86 Portable : 06 81 92 31 42
Dr Max Andre DOPPIA - Secrétaire Général Adjoint CHU Côte de Nacre -Caen max-andre.doppia@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation - Groupe Communication - Observatoire - Souffrance au Travail -Comité Vie Professionnelle la SFAR - CFAR	Standard : 02 31 06 31 06 Fax : 02 31 06 53 81 Portable : 06 83 37 62 64
Dr Samuel LEROY - Secrétaire Général Adjoint Hôpital du BELVEDERE - Mont Saïant- Aignan samuel.leroy@ch-belvedere.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) - Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) - Groupe Communication - FaceBook SNPHAR-E et Twitter - Site web www.snphar.com - www.avenir-hospitalier.fr	Ligne Directe : 02 40 16 51 47 Portable : 06 86 87 62 76
Dr Pascal CAMPOMINOSI - Administrateur CHI EAUBONNE Montmorency - SMUR campominos@yahoo.fr	Questions juridiques Réponses aux adhérents	Ligne Directe : 01 45 17 95 10 Fax : 01 49 81 21 99 Portable : 06 73 98 08 52
Dr Jullien CROZON - Administrateur Groupement Hospitalier Edouard Herriot - Lyon julien.crozon@snphar.fr		
Michel DRU - Administrateur Centre Hospitalier H. Mondor - SAMU 94- Créteil michel.dru@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Région parisienne - Urgences	Ligne Directe : 01 48 02 66 93 Portable : 06 71 14 74 72
Dr Jean Luc GAILLARD-REGNAULT - Administrateur Hôpital Jean Verdier - Bondy jean-luc.gaillard@snphar.fr	Relations avec le Conseil de l'Ordre des Médecins Relations avec les délégués Restructurations hospitalières	Ligne Directe : 03 83 85 20 08 Fax : 03 83 85 26 15 Portable : 06 07 11 50 13
Dr Jean GARRIC - Administrateur Hôpital Central - Nancy jean.garric@snphar.fr	Textes officiels - Retraites Administrateur CNG FAQ - Conseil supérieur des hôpitaux	Standard : 05 56 79 56 79 Fax : 05 56 79 55 93 Portable : 06 11 94 77 20
Dr Louise GOUYET - Administrateur Groupe Hospitalier Pellegrin - Bordeaux louise.gouyet@snphar.fr	Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) PH temps partiel Qualité et organisation du bloc	Portable : 06 31 18 57 61
Dr Laurent HEYER - Administrateur Agence de Biomédecine - Saint-Denis laurent.heyer@gmail.com	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation)	Ligne Directe : 02 99 28 90 74 Portable : 06 62 81 87 87
Dr Pascal MENESTRET - Administrateur pascal.menestret@snphar.fr	Groupe Communication - Comité Rédaction PHAR Observatoire Souffrance au Travail Veille Syndicale	Portable : 06 62 81 87 51
Dr Renaud PÉQUIGNOT - Administrateur Hôpitaux de Saint-Maurice - Gériatrie renaud.pequignot@snphar.fr		
Dr Didier REA - Administrateur Hôpital de la Source - Orléans didier.rea@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Groupe Communication - FEMS	Ligne Directe : 02 38 22 96 08 Fax : 02 38 51 49 50 Portable : 06 75 02 32 23
Dr Nicole SMOLSKI - Administrateur Hopital de la croix rousse - Lyon nicole.smolski@gmail.com	Présidente de l'intersyndicale Avenir Hospitalier Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation)	Ligne Directe : 04 26 10 93 67 Portable : 06 88 07 33 14
Dr Richard TORRIELLI - Membre du CA richard.torrielli@snphar.fr	Chargé de mission - Groupe Communication IADE - Gouvernance	