

PHARE

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

AVENIR

HOSPITALIER

NOTRE INTERSYNDICALE
reçue par la Commission Laurent



Février 2013

Le site du snphar-e : <http://www.snphare.com>

DOSSIER

LE CET

EXPLICATIONS ET EXEMPLES

Docteur Bertrand Mas
Président

Docteur Yves Rébufat
Vice-Président

Docteur Véronique Agaësse
Secrétaire Général

CP 14 01 2013

Le SNPHAR-E désigne son nouveau bureau pour l'année 2013

L'assemblée générale 2013 du SNPHAR-E s'est réunie le 11 janvier 2013 et a validé l'élection par vote électronique d'un conseil d'administration renouvelé de moitié. Les 9 administrateurs candidats ont été élus. Il s'agit pour le collège des anesthésistes-réanimateurs, des Drs Max-André Doppia (CHU Caen), Jean-Luc Gaillard-Regnault (Hôpital Jean Verdier), Louise Gouyet (AP-HP), Laurent Heyer (AP-HP), Samuel Leroy (Hôpital du Belvédère), Jacques Ragni (AP-HM), Didier Réa (Hôpital de la Source - Orléans), Yves Rébufat (CHU Nantes) et pour le collège des autres spécialités médico-chirurgicales, du Dr Wilfrid Sammut (médecin urgentiste au CHG de Versailles).

À l'issue de l'assemblée générale le conseil d'administration du SNPHAR-E a élu son nouveau bureau pour l'année 2013 :

Président : Dr Bertrand Mas (AP-HM)
Vice-président : Dr Yves Rébufat (CHU de Nantes)
Secrétaire Général : Dr Véronique Agaësse (CHU d'Amiens)
Trésorier : Dr Claude Wetzel (Hospices civils de Strasbourg)
Trésorier adjoint : Dr Patrick Dassier (HEGP - AP-HP)

Le SNPHAR-E rend hommage à l'action du Dr Nicole Smolski (HCL) dont le mandat maximum de 3 ans à la présidence arrivait à échéance. Le bureau nouvellement élu poursuivra avec détermination et continuité les actions engagées depuis de nombreuses années par le SNPHAR-E au côté de son intersyndicale AVENIR HOSPITALIER.

La mission de concertation « Pacte de Confiance » confiée à Mr Édouard Couty a permis un dialogue constructif sur les réformes nécessaires à la refondation de l'Hôpital Public. Nous attendons avec sérénité la révélation du rapport définitif dans les semaines qui viennent. Dans les suites, nous serons extrêmement vigilant et exigeant quant aux orientations qui s'en suivront et quant aux mesures réglementaires qui seront déclinées par la DGOS et le Ministère de la Santé. Ainsi nous rappelons certaines revendications fortes du SNPHAR-E :

- refonder le service public hospitalier et, au-delà un service public de santé, par la Loi ;
- sanctuariser le financement des Hôpitaux Publics en ramenant la part du financement à l'activité à 50 % afin de prendre en compte les missions spécifiques du service public ;
- rétablir un dialogue social et une gouvernance équilibrée au sein des hôpitaux ;
- en finir du management par le mépris et encourager les expérimentations et les initiatives des acteurs ;
- prendre des mesures fortes en faveur de l'attractivité des carrières médicales hospitalières (temps de travail, astreintes, valences, DPC, etc.) capables d'amoindrir la pénibilité de nos métiers et de lutter contre les déserts médicaux hospitaliers.

Sur tous ces sujets le SNPHAR-E restera en 2013 une force de propositions et de négociations.

LE POINT DE VUE DE L'ACTUALITÉ	4
AVENIR HOSPITALIER L'activité libérale à l'hôpital public	6
AGENDA DU CA	8
MÉDECINE D'URGENCE Le « Bed-manager » et le « Concierge aux clefs d'Or »	9
HUMEUR Vous avez dit « libre choix » ?	13
RÉFLEXION Les conséquences du harcèlement sur le lieu de travail	14
DOSSIER La nouvelle réglementation sur le Compte Épargne Temps (CET)	17
SYNTHÈSE Le pacte de confiance : une forte nécessité de changement	22
FORMATION Développement professionnel continu (DPC) : l'usine à gaz	24
Comment « gagner » son DPC ?	26
PETITES ANNONCES	28

LE SNPHAR-E À L'OFFENSIVE!

L'année 2011 aura été marquée par un évènement majeur : la création de notre nouvelle intersyndicale AVENIR HOSPITALIER qui s'est affirmée d'emblée, à l'occasion des élections professionnelles, parmi les trois intersyndicales de praticiens hospitaliers les plus représentatives en voix.

L'année 2012 fut l'année de la reconnaissance officielle d'AVENIR HOSPITALIER en tant qu'interlocuteur des tutelles et notamment du Ministère de la Santé.

Et pour le moins, dans les suites de cette reconnaissance officielle, il n'y a pas eu de round d'observation ! La mission confiée par la Ministre de la Santé à Mr Édouard Couty afin de rétablir un « **Pacte de Confiance** » avec l'Hôpital Public et ses acteurs a été conduite tambour battant : 3 réunions par semaine sur deux mois et plus de 100 heures d'une large concertation ; réunions qui ont mobilisé d'emblée les forces vives d'AVENIR HOSPITALIER et du SNPHAR-E. Nous avons été des acteurs très engagés dans cette concertation, en témoigne **le grand nombre de contributions que nous avons fait parvenir et qui sont consultables sur le site dédié du Ministère**. De même, en cette fin d'année 2012, nous avons été au cœur **des avancées obtenues concernant le nouvelle réglementation de nos CET**.

L'année 2013 s'annonce sous les mêmes auspices.

D'abord nous aurons à prendre acte des conclusions du rapport d'Édouard Couty. Nous sommes confiants, mais nous serons très attentifs aux orientations qui seront retenues par les tutelles et qui pourront faire l'objet d'un cycle de négociations complémentaires. **La création d'une section médicale au CHSCT ouvert aux représentants syndicaux, de même que la création de valences** (enseignement, recherche, vie institutionnelle) **pour les praticiens hospitaliers sont deux revendications fortes** qui doivent se concrétiser dans le futur.

Ensuite nous avons mis l'accent sur **les difficultés démographiques qui touchent notre spécialité**. Nous avons été les premiers à faire écho au débat sur **les déserts médicaux** ruraux et péri-urbains en médecine de premier recours en mettant sur le devant de la scène le sujet **des déserts médicaux hospitaliers**. Nous constatons tous aujourd'hui les conséquences de ce creux démographique et du manque d'attractivité des carrières médicales hospitalières. **Les postes vacants s'accroissent et les équipes s'épuisent**.

Alors oui, il nous faudra reprendre à nouveau ce combat : **l'attractivité de notre profession** pour les plus jeunes, mais aussi pour les plus anciens, **la sérénité au travail par des plateaux techniques réorganisés, la prise en compte de la pénibilité du travail de nuit, la valorisation du travail dissimulé que représentent les astreintes, une définition plus claire de notre temps de travail, qui donne une valeur à la demi-journée, et enfin une formation continue digne, financée et transparente**.

En cette nouvelle année, les chantiers sont nombreux. Le SNPHAR-E compte rester fidèle à sa tradition : être à l'offensive !

Bertrand MAS - Président du SNPHAR-E



ISSN : 1285-7254

Président du comité de rédaction :

Le président du SNPHAR-E

Rédacteur en chef : N. Smolski

Comité de rédaction : R. Briot - N. Cros-Terraux -

M. A. Doppia, - L. Heyer - S. Leroy - P. Ménestret -

Y. Rébufat - W. Sammut - R. Torrielli -

Éditeur : Ektopic

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

Directeur de publication : C. Mura

Secrétaires de rédaction : E. Pasquier

Maquette : E. Pasquier

Publicité : ektopic@ektopic.com

Impression : Imprimerie Léonce Deprez

Vigilance et combativité

Ce compte-rendu de l'actualité syndicale aborde de façon synthétique plusieurs sujets développés dans ce numéro. Il est à noter que nous avons rouvert le dossier sur le temps médical en sachant que la DGOS travaille sur une nouvelle version de nos décrets et arrêtés encadrant nos temps de travail et la permanence des soins.

Avant de faire la revue des actualités en cours, le conseil d'administration du SNPHAR-E vous souhaite un total accomplissement personnel et professionnel pour cette année 2013.

Lors de l'Assemblée Générale du SNPHAR-E qui s'est tenu le 11 janvier 2013, le conseil d'administration a été renouvelé de moitié et les 9 administrateurs candidats ont été élus. Les deux motions soumises au vote ont été adoptées. Il s'agit 1- de modifications statutaires dont vous avez déjà eu connaissance (cf. notre site internet) et 2- de l'augmentation de la cotisation de 170 à 175 euros.

Pour la première fois l'ensemble des votes ont eu lieu par voie électronique durant les 6 semaines qui ont précédées la tenue de l'AG et jusqu'à 14h30 le jour de l'AG. Cette procédure nouvelle est un véritable succès, elle s'est soldée par 54 % de participation permettant au SNPHAR-E de se doter d'un outil de démocratie unique dans le paysage syndical. C'est d'ailleurs en grande partie le coût de cette évolution qui nous conduit à augmenter légèrement la cotisation cette année.

Voici à présent un compte rendu synthétique de l'actualité syndicale dont certains sujets feront l'objet de développements complémentaires dans les pages qui suivent.

UNE NOUVELLE RÉGLEMENTATION POUR LE COMPTE ÉPARGNE TEMPS DES MÉDECINS HOSPITALIERS (ARTICLE PAGES 17-21)

La nouvelle réglementation sur le CET est parue au JO le 30 décembre 2012. Elle apporte de nombreuses avancées (sécurisation, droit d'option vers monétisation) mais nécessitera une vraie gestion prévisionnelle des absences au sein des unités de soins et beaucoup d'anticipation de la part de chacun dans la gestion de son compte CET individuel. Cette anticipation est rendue nécessaire par la création d'un

plafonnement du nombre de jours accumulés sur son CET à 300 jours jusqu'en 2016 puis à 208 jours au-delà. Par ailleurs la gestion de votre stock de jours au 31 décembre 2012 sera différente de celle du flux.

À ce jour s'il reste quelques incertitudes quant à l'interprétation des textes officiels nous avons tout de même décidé de vous offrir notre interprétation actuelle de cette nouvelle réglementation (cf. article CET dans ce numéro).

LE DOSSIER CHAUD DU DPC (ARTICLES PAGES 24-27)

Voilà un sujet pour lequel nous sommes inquiet car la nouvelle réglementation est source de nombreuses craintes et interrogations :

- contexte de sous financement chronique de la FMC et du DPC des médecins hospitaliers ;
- conflit entre les CME et nos collègues de spécialités (CFAR par exemple) pour être ODPC et délivrer les formations validantes ;
- absence de transparence dans le financement et dans l'enveloppe qui sera allouée in fine aux PH ;
- complexification des procédures avec délégation de gestion (au choix de chaque CME) à une OPCA nationale (ANFH) qui récolte les fonds et les redistribue (mais qui engendre du coup des frais de gestion...).

La CME de l'AP-HP a joué la prudence cette année en gardant la maîtrise de son financement FMC et DPC. Cette recommandation était aussi celle du SNPHAR-E mais malheureusement la campagne promotionnelle pilotée par l'ANFH et la FHF a conduit la majorité des hôpitaux à adhérer dès cette année à ce nouveau processus qui s'apparente à une "externalisation" de notre DPC à des prestataires extérieurs à l'établissement. Par exemple, nous n'avons à ce jour aucune garantie de voir nos mobilités et/ou le financement des abonnements aux revues scientifiques pris en charge ! Et selon les calculs actuels le forfait



maximum par PH sur un an serait indigent et permettrait à peine d'assurer à chacun son inscription au congrès de sa société savante.

C'est un dossier complexe mais nous voulons défendre avec détermination la formation continue des médecins hospitaliers à travers un financement réévalué et des procédures clarifiées et transparentes.

NOTRE TEMPS DE TRAVAIL : LE SNPHAR-E RELANCE LE DOSSIER

Sans attendre les résultats de la Mission d'Édouard Couty, nous avons rouvert en parallèle un autre front, celui du temps médical : définition d'une durée à la demi-journée et intégration officielle des déplacements en astreinte dans le décompte de notre temps de travail. Nous avons interpellé l'année dernière les instances européennes sur ce sujet et nous avons appris récemment que celles-ci avaient à leur tour interpellé les autorités françaises sur le flou actuel de la réglementation sur le temps de travail des médecins hospitalier au regard du respect des directives européennes.

La DGOS est donc actuellement saisie du dossier et travaille sur une nouvelle version de nos décrets et arrêtés encadrant nos temps de travail et la permanence des soins. Nous vous informerons aussi sur ce sujet dès que nous aurons en notre possession les premières orientations des tutelles.

MISSION COUTY « PACTE DE CONFIANCE À L'HÔPITAL » : UNE CONCERTATION EN FAUX SEMBLANT ? (ARTICLE PAGES 22-23)

Le 9 janvier 2013 le SNPHAR-E a assisté, en tant que représentant de notre intersyndicale AVENIR HOSPITALIER, au compte-rendu préliminaire de la

Mission menée par E. Couty pour rétablir la confiance avec les hospitaliers. Globalement il existe une réelle volonté de refonder un service public hospitalier en lui donnant une responsabilité territoriale et de sécuriser ses moyens en renonçant au financement à l'activité à 100 %. Par ailleurs E. Couty souhaite renforcer le dialogue social et il s'est prononcé en faveur d'une revendication que nous avons porté fortement : créer une sous-commission médicale au sein du CHSCT constituée à parité de médecins désignés par la CME et de médecins représentants syndicaux désignés ou élus (selon une procédure à définir). Si cela se concrétise, ce sera un terrain qu'il nous faudra occuper au sein des établissements et un vrai défi à relever. Ensuite le rapport final devrait proposer un rééquilibrage des pouvoirs entre médecins et administratif par une réforme de la gouvernance. Enfin le management actuel a été dénoncé au profit d'un management participatif, faisant confiance aux acteurs de terrain et reconnaissant les valences des PH : autre sujet que nous avons porté avec force. Vous constaterez d'ailleurs sur le site du Ministère le gros travail que nous avons fait à travers la somme des contributions AVENIR HOSPITALIER (<http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-de-confiance.html>).

Cependant, si nous pensons que le rapport officiel ira dans la bonne direction, les signaux récents envoyés par la DGOS et le Ministère de la Santé nous font craindre le pire. Le pire ce serait d'avoir tenu des discours rassurants en faveur de l'hôpital public, d'avoir instauré une large concertation, d'avoir fait naître d'immenses espoirs, pour in fine trahir ce nouveau climat de confiance. Le SNPHAR-E est très inquiet des orientations prises lors des arbitrages récents de la campagne tarifaire 2013, lesquels sont en total contradiction avec la volonté de restaurer un financement solide des hôpitaux publics. En effet le gouvernement aurait l'intention non seulement de baisser de façon inégalitaire entre hôpitaux et secteur à but lucratif la part du financement lié à l'activité (comparativement -1,71 % versus - 0,53 %) mais aussi de geler le financement par les MIGAC. Ce serait une double peine pour les comptes hospitaliers et ce serait surtout la fin du climat de confiance espéré et revendiqué.

La vigilance et la combativité sont donc en cette année nouvelle plus que jamais à l'ordre du jour.

Bertrand Mas, Président du SNPHAR-E



L'activité libérale à l'hôpital public : la contribution d'AVENIR HOSPITALIER à la mission Laurent

La ministre de la Santé, Marisol Touraine, a confié à Dominique Laurent, membre du Conseil d'État, une mission sur le secteur libéral à l'hôpital public en octobre 2012. Ancienne directrice des affaires juridiques de l'AP-HP, Dominique Laurent est chargée d'examiner le cadre dans lequel se pratiquent les dépassements d'honoraires à l'hôpital. On est en droit de se demander pourquoi les intersyndicales ont été uniquement auditionnées sur cette problématique, sans avoir été invitées à rejoindre la mission. Ce document a été rédigé par le conseil d'administration d'Avenir Hospitalier. Il a été remis sur table lors de notre audition par la mission et a servi de base de discussion.

ASPECT HISTORIQUE

Ce dispositif a été créé en 1958, afin de faire venir à l'hôpital certains médecins libéraux, tout en leur permettant de conserver leur clientèle. De fait, il est à l'origine de l'absence, pour ces médecins, de couverture sociale correcte, notamment pour la retraite sur la part hospitalière des PUPH. Cette absence de cotisation correcte pour la retraite de certains médecins hospitaliers perdure malgré quelques aménagements.

Il est nécessaire, pour que la discussion soit saine, de donner une retraite sur la base de tous les émoluments hospitaliers, afin que cet argumentaire pour choisir une activité libérale tombe.

SA DIFFUSION

11 à 13 % des médecins hospitaliers exercent une activité libérale, avec une forte disparité selon les régions, les villes, les statuts et les spécialités. Il semble exister une augmentation des contrats signés, dont ceux de médecins exerçant en secteur 2. En CHU, les PUPH représentent 60 % des contrats, les PH 37%, avec une forte concentration sur les activités chirurgicales.

LA RÉGLEMENTATION ACTUELLE

L'activité libérale est soumise à deux conditions : le temps consacré à l'activité libérale ne doit pas excéder 20 % de la durée de travail hospitalier hebdomadaire. Le nombre de consultations et d'actes doivent être inférieurs aux nombres effectués au titre de l'activité publique. Cette activité donne lieu au versement d'une redevance, qui est fonction des honoraires perçus, et ce depuis 2008 (16 % pour les consultations, 25 % pour les actes et 60 % en cas de haute technicité de matériel). Le médecin encaisse directement les honoraires et reverse cette redevance à l'établissement public de soins (EPS). Les honoraires doivent, selon le code de déontologie, être déterminés avec tact et mesure, et doivent être affichés. Une commission d'activité libérale dans chaque EPS doit veiller au bon déroulement de cette activité et au respect de la réglementation.

LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

La presse s'est fait l'écho de dépassements d'honoraires invraisemblables portés par quelques médecins nommés à tort mandarins, échos confirmés par plusieurs rapports ou bilans locaux de CME. Essentiellement retrouvés dans certains grands CHU, cette

médiatisation a jeté l'opprobre sur tous les médecins exerçant cette activité libérale, et au-delà sur tous les médecins. Il faut toutefois relever qu'en dehors de ces médecins dits « Loréal » « parce qu'ils le valent bien », la moyenne des honoraires a largement progressé dans un grand nombre d'EPS, au-delà de l'augmentation des revenus des spécialistes non hospitaliers. Mais il faut noter une forte dispersion selon les disciplines et selon les types d'EPS, les CH non U respectant en général plus le tact et la mesure que les CHU.

UNE RÉGLEMENTATION NON APPLIQUÉE

Celle-ci permet, dans son essence, une part totalement acceptable à la pratique d'une activité libérale. Mais les dépassements d'honoraires éhontés dénoncés montrent que son application n'est pas homogène. Il existe plusieurs types de non application :

- Le non respect pour certains de la part des 20 % du temps consacré à l'activité libérale. Certains médecins ne se sentent pas concernés par les tableaux de service, pourtant obligatoires. Il est également difficile pour les PUPH, dont le temps de travail est mal fixé, notamment en raison de leurs multiples casquettes, d'en extraire 20 %. 20 % du flou c'est difficile à fixer !
- La non transparence dans certains EPS de l'individualisation des actes. Dans certaines équipes, toute l'activité se fait sous le nom du PUPH, (activité des internes et CCA), rendant les 20 % de ce médecin totalement fictifs.
- Certains dépassements d'honoraires vont bien au-delà du tact et de la mesure.
- Certains médecins ne versent pas leur redevance à leur EPS.

CONSÉQUENCE DE LA NON APPLICATION DE LA RÉGLEMENTATION SUR CERTAINES ORGANISATIONS

Autant une activité libérale exercée en respect total de la réglementation passe inaperçue, et est parfaitement acceptée, autant certains sites se retrouvent totalement livrés à des médecins, souvent eux-mêmes chefs de service ou chefs de pôle, qui prennent en otage tout le fonctionnement d'un bloc opératoire pour leur rentabilité. Ce sont d'ailleurs souvent les mêmes que ceux qui n'observent pas la limite des 20 % et appliquent les gros dépassements d'honoraires.

LES POINTS SOULEVÉS PAR AVENIR HOSPITALIER

Avenir Hospitalier a posé plusieurs questions et il est

L'activité libérale permet :

- à l'EPS d'encaisser des redevances dont le chiffre n'est pas anodin. Cela explique peut-être le peu d'empressement à mettre au pas les déviants. Sans parler de la double facturation à l'Assurance Maladie.
- au médecin une forte hausse de salaire, qui permet de limiter plus ou moins le différentiel avec les rémunérations des collègues libéraux purs, d'autant qu'il n'y a pas d'achat de part de clinique, et que pendant les 20 % de temps consacré à l'activité libérale, le médecin perçoit sa rémunération publique. Cette forte augmentation de salaire n'est absolument pas comparable à la prime de service public exclusif que touchent les médecins qui ne veulent pas exercer d'activité libérale (487 euros mensuels) et consacrent 100 % de leur temps au service public.
- aussi à ces médecins de se sentir libres et autonomes face à une organisation hospitalière souvent vécue comme lourde et contraire aux besoins d'autonomie professionnelle nécessaires à tout exercice médical. C'est un moyen de se soustraire au poids de l'hôpital.
- à certains patients de se voir pris en charge de manière plus personnalisée.

indispensable de tenter d'y répondre. **Notre objet n'est pas la suppression de l'activité libérale, mais sa moralisation quand elle est enfreinte.** Il nous semble également que l'activité libérale ne doit pas être la seule réponse à un certain nombre de problèmes.

■ Le problème de l'attractivité des carrières hospitalières.

La première réponse à ce déficit d'attractivité ne doit pas être l'activité libérale, et la mission Laurent ne peut pas faire l'impasse de cette réflexion. Il faut poser le problème et le résoudre :

- La retraite sur la part hospitalière des HU, surtout ceux qui commencent dans la carrière.
- Le différentiel des rémunérations avec le secteur libéral pur. Ceux qui ont choisi l'hôpital et choisi de ne pas y exercer d'activité libérale sont actuellement stigmatisés comme non ambitieux, le *gold standard* devenant le niveau de rémunération. Il est nécessaire de revaloriser les rémunérations, notamment en début de carrière, et de revaloriser fortement la prime de service public exclusif qui doit devenir concurrentielle, puisque 100 % de l'activité sera exercée en public.
- Le problème des astreintes, qui sont une forte sujétion nocturne pour beaucoup de spécialités, notamment chirurgicales, sans rémunération, sans repos compensateur, et correspondant à du temps de travail dissimulé par les administrations.

- L'autonomie des professionnels médicaux doit être respectée car fondatrice de la décision médicale. Les administrations doivent comprendre que cette autonomie bafouée et la complexité des organisations sont une cause fréquente de départ vers le libéral, en interne ou en externe.

■ La réponse aux besoins des patients de confidentialité et de respect du contrat médecin malade

C'est un vrai sujet qui mérite d'être réfléchi sur chaque site. C'est une vraie demande à laquelle l'hôpital doit pouvoir répondre, en dehors de l'activité libérale.

■ La réponse au non respect de la réglementation.

Tout d'abord, l'exercice libéral se fait sous contrat avec l'administration et le propre d'un contrat est qu'il doit être signé par deux parties. Il convient que le médecin s'engage à la signature du contrat sur le respect de la réglementation et indique les moyens qu'il mettra en œuvre pour la respecter.

- Temps de travail : il faut imposer les tableaux de service, et soumettre à leur véracité un certain nombre de d'éléments, à prévoir dans les contrats de pôles.

- Temps de travail des universitaires : il doit être clarifié car l'hôpital, leur payant la moitié de leur rémunération,

est en droit, en contrepartie, d'exiger un certain temps de travail hospitalier et une certaine transparence. La clarification du temps dédié à l'hôpital doit permettre le respect des 20 % dédiés au libéral. Les PUPH qui demandent une activité libérale seront plus contraints à justifier de leur temps que ceux qui ne la demandent pas, ce qui est un choix.

- Individualisation obligatoire de l'auteur de l'acte, *via* une informatique adaptée. Il ne doit plus y avoir de prête noms, ni de couverture par un seul individu de tous les actes réalisés dans un site.

- La contractualisation et la surveillance du respect de la réglementation ne doivent plus se faire par les commissions d'activité libérale, qui n'ont pas partout fait la preuve de leur efficacité, ni de leur intention de faire appliquer la réglementation. Il est parfois difficile, entre confrères, de faire entendre raison. Il est nécessaire que contractualisation et évaluation se fassent au niveau régional, selon une composition qui permette de surveiller l'application de la réglementation, le respect de la déontologie, l'expression des intéressés (médecins et gouvernance locale). C'est le seul moyen d'éviter les affrontements ou évitements locaux entre collègues ou avec l'administration, qui n'ont pas toujours la possibilité d'affronter les déviants.

AGENDA DU CA

NOVEMBRE-DÉCEMBRE 2012

Trois réunions par semaine dans le cadre du pacte de confiance

NOVEMBRE 2012

9 novembre Conseil d'administration du SNPHAR-E (Paris)

DÉCEMBRE 2012

6 décembre Rendez-vous avec le député C. Paul (Activité libérale à l'hôpital et déserts médicaux hospitaliers)

7 décembre Conseil d'administration du SNPHAR-E (Paris)

JANVIER 2013

7 janvier Audition par la Commission Laurent (activité libérale)

8 janvier Audition par la Commission sur l'aménagement du territoire du Sénat (déserts médicaux)

9 janvier Rendu de la mission Couty- Pacte de Confiance

10 janvier Conseil d'administration du SNPHAR-E (Paris)

11 janvier Assemblée générale du SNPHAR-E

RETROUVEZ-NOUS TOUS LES JOURS, 24/24 SUR FACEBOOK ET TWITTER

Le « Bed-manager » et le « Concierge aux clefs d'Or »

Le concept de « Bed-manager » provient des pays anglo-saxons. Il a été récemment importé en France afin de gérer les flux aux urgences, en ayant une vision globale de l'hospitalisation, notamment des lits disponibles de son établissement. Mais qui doit assumer ce rôle et le « bed management » doit-il se résumer à une solution locale ?

L'hôpital est né, au onzième siècle, de l'accueil, de l'hospitalité, créé par l'Ordre des Hospitaliers de Saint-Jean et a peu évolué jusqu'à devenir l'hôpital public. Ces établissements charitables remplissaient des fonctions d'accueil et d'hébergement pour tous ceux, qui, placés dans une situation nécessitante, réclamaient une protection temporaire ou définitive : les orphelins, les vieillards, les pauvres, les pèlerins et bien sûr les malades, mais plus du fait de leur fragilité sociale que de leurs affections. Avec la création des Hospices Civils, la période révolutionnaire incarnera une triple révolution, juridique, sociale et médicale, et qui marque encore les structures et le fonctionnement de l'hôpital moderne. À l'époque des Lumières, la médecine s'exerçait essentiellement à domicile et l'hospitalisation des malades n'était envisagée que lorsque la détresse physique ou matérielle des individus les plaçait à la charge de la collectivité (1). Les conditions d'hébergement étaient à l'égal des conditions de soin, sinon parfois bien meilleures, comme aux Hospices Civils de Beaune ou de Lyon, par exemple.

L'hospitalisation moderne en établissement de santé est la conjonction de deux structures qui doivent cohabiter et travailler ensemble, l'une est l'hébergement, l'autre est le soin. L'une est, en moyenne, bien faite et la France peut être fière de son niveau de soin. L'autre malheureusement souffre depuis trop longtemps du manque d'organisation. L'exemple le plus marquant, et toujours le plus médiatiquement fort, reste, encore aujourd'hui et ce malgré les progrès faits, l'accueil aux urgences de



l'hôpital public.

Dans les années 80, l'avènement de progrès dans les traitements numériques de l'information fit espérer une définitive amélioration de la problématique des flux. Certaines industries à but lucratif s'emparèrent rapidement de l'outil et développèrent des systèmes de gestion des flux performants. Nous pouvons citer la réservation dans l'hostellerie et il ne viendrait plus à l'idée de quelconque professionnel de l'hostellerie de se passer des outils de réservation pour gérer son activité professionnelle. Pour l'utilisateur, d'un ou plusieurs clics, le choix peut être fait d'un hébergement avec options multiples (étoiles, mer, parking, wifi, calme, etc.).

L'INFORMATIQUE AU SERVICE DE LA GESTION DES FLUX ARRIVE AUX URGENCES DANS LES ANNÉES 90

Les services d'accueil et d'urgences hospitalières (SAU) firent de même dans les années 90 et des logiciels furent conçus dans le but de gérer le flux des patients. Aujourd'hui nul ne pourrait se passer de ses outils de gestion de l'accueil. Mais en aval, la problématique de l'accueil demeure, les files d'attente s'allongent et font régulièrement les « unes » des médias.

Des solutions devaient être trouvées rapidement. La gestion des places et leur coût devenait un enjeu politique. Des critères réglementaires, comme la durée moyenne de séjour, s'institutionnalisèrent et créèrent une pression supplé-

mentaire sur le personnel soignant. Et là, où il n'aurait du y être que empathie et humanité dans l'accueil, la comptabilité analytique s'installe, les tableaux de bord du management s'engouffèrent et prirent parfois le pas sur **l'indépendance des professionnels de santé dans leur art.**

Les structures de réanimation furent les premières à suivre l'exemple des services d'accueil et d'urgences hospitalières. De même, l'accueil des parturientes en grandes difficultés pathologiques suivit et une cellule de régulation se chargeait de chercher et de trouver l'accueil, avec une option simple, le niveau de la maternité : I, II ou III. Un progrès sensible dans les deux cas et qui sauva sans nul doute des vies. Des solutions ambulatoires optées par la chirurgie et spécialités d'examen comme l'endoscopie, nous pouvons dire qu'il ne s'agit là que d'un hébergement partagé dans le temps, sur une période courte et ce afin de multiplier l'offre de soin disponible. Mais sans un bon outil de gestion des flux, le système se grippe et les dysfonctionnements répétés, connus et non corrigés, engendrent une augmentation du risque d'erreurs médicales ou paramédicales.

Les structures d'accueil des urgences ont eu également droit à la création d'une solution ambulatoire d'hébergement, et ce fut la généralisation des Unités d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD). Mais là encore, par la contrainte de la durée moyenne de séjour, des dysfonctionnements se firent connaître et des solutions ont dû être de nouveau recherchées.

DU RÉPERTOIRE OPÉRATIONNEL DES RESSOURCES AU CONCEPT DE « BED MANAGEMENT »

De la conjonction de l'hébergement et du soin à l'hôpital, la nécessité seule de connaître le nombre de lits disponibles ne suffit pas et parfaitement connaître les options combinées sur l'offre de soin doit être le principal postulat. Il ne suffit pas de savoir si un lit d'hospitalisation est disponible ou pas, si n'est pas connue donc précisément (options à choix multiples) la disponibilité de l'offre de soin interne à l'établissement de santé, et ce dans le but d'assurer aux patients, si nécessaire, une complémentarité multidisciplinaire du soin.

Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) était à naître. Le ROR est un outil informatique répondant aux critères réglementaires et aux recommandations nationales, qui décrit l'aspect opérationnel de

chaque établissement de la région. Enfin un outil informatique de gestion de l'hébergement et de l'offre de soin à l'hôpital. Enfin ... diriez-vous aussi à juste titre, car opérationnel aurait dû être rapidement le ROR ! Mais quand le fut-il vraiment ? La circulaire du 16 avril 2003 sur les urgences, mentionne pour la première fois le « **répertoire des ressources** » **comme un indispensable outil de l'orientation des patients.** Et pour l'exemple, le répertoire des ressources d'Ile-de-France ne fut créé opérationnel qu'en février 2011, huit ans d'errance, d'hésitations, de réflexions et d'atermoiements. (Il est à regretter que dans le service public français, dix ans soient, en moyenne, la constante entre une idée et sa réalisation).

Aujourd'hui, le ROR, un outil d'information de l'hébergement et de l'offre de soin, existe et il est à peu près partout opérationnel dans les régions françaises. Il est très utile aux centres de régulation et de réception des appels des SAMU car il permet de connaître instantanément (lorsque les données sont actualisées dans l'instant) l'état de l'offre de soin, et progressivement cet annuaire installe son usage partout en France.

De la nécessité de gérer des flux, continuellement en hausse aux urgences et des exemples anglo-saxons, l'idée est donc venue de créer, en France, des « Bed-manager », des « concierges » hospitaliers en quelque sorte, qui peuvent se servir de l'information fournie par l'outil.

QU'EST CE QU'UN « BED-MANAGER » HOSPITALIER ?

Un « Bed-manager » à l'hôpital public serait un personnel qui devrait avoir une vision globale de l'hospitalisation, notamment des lits disponibles de son établissement de santé, et par l'outil ROR, celle de l'offre de soin de sa région. Il devrait gérer seul et localement les entrées et les sorties des patients des structures dont il a la charge.

Les flux d'entrée à l'hôpital sont multiples, les entrées dites urgentes en sont une partie non négligeables, les entrées dites programmées en sont une autre. Toutes deux ont des contraintes qui sont parfois difficilement compatibles. Et bien trop souvent, les deux flux entrent en conflit, l'entrée urgence prenant la place d'hébergement de l'entrée programmée ou l'entrée programmée et réservée parfois de longue

date ne permet pas l'accueil de l'entrée urgence dans la structure de soin adapté de l'établissement de santé. La vision globale intra-hospitalière du « Bed-manage » hospitalier devrait lui permettre de trouver une solution locale satisfaisante pour les deux flux (éviter les conflits), retardant, lorsque cela est possible, une entrée programmée ou ouvrant un hébergement supplémentaire pour une entrée urgence.

Devrait avoir une vision globale et devrait gérer !

Bon nombre de praticiens des SAU savent bien les difficultés, toujours actuelles, pour connaître l'état exact de la disponibilité des lits de leur hôpital. Bon nombre de praticiens des SAU n'ont l'usage de l'état de disponibilité des lits que par l'appel direct dans la structure interne sans pouvoir contrôler la véracité de la réponse (la fausse apparence ou la création inutile d'une pénurie de lits, ou dite parfois « lit-cache » consistant à retarder les admissions en raison d'un manque prétendu de lits dans le service approprié) et par le recensement téléphonique périodique, avec la même contrainte d'incertitude sur les « lit-cache ». Dès lors, les praticiens missionnent, dans la plupart des établissements, un cadre de santé pour en faire régulièrement l'état (encore aujourd'hui papier-crayon sont fort utiles).

Il faut donc que ce personnel hospitalier soit doté de pouvoirs décisionnaires administratifs et de soins.

QUI DOIT ÊTRE « BED-MANAGER » HOSPITALIER ?

UN « BED-MANAGER » DOIT-IL ÊTRE MÉDECIN ?

De fait établi sur la démographie médicale hospitalière à venir, du nombre insuffisant de praticiens actuellement et du trop de tâches administratives confiées qui ne sont pas de leurs missions premières, ils ne doivent pas continuer la double mission, d'assurer le soin et de gérer la recherche de l'hébergement (parfois et jusqu'à ce jour encore, 70 % du temps médical passé à chercher une place d'accueil). Les médecins n'ont pas juridiquement autorité hiérarchique ou fonctionnelle sur tous les personnels soignants, aussi certains établissements de santé ou structures internes ont-ils opté pour un autre personnel.

UN « BED-MANAGER » DOIT-IL ÊTRE SOIGNANT ? MÉDICAL OU PARAMÉDICAL ?

Du choix que certains établissements ont déjà fait, le personnel paramédical a la connaissance et compétence de pouvoir faire. Cela pourrait être une mis-

sion assurée par des cadres de santé, de fin de carrière ou pas, mais surtout compétents et habiles à la négociation. Sur la base du volontariat, certains centres hospitaliers ont déjà mis en place et de citer pour l'exemple, le CHU de Nantes (2). Mais ces personnels n'ont pas de pouvoir sur la gestion comptable et financière des établissements. Ils ne peuvent pas « ouvrir des lits », et surtout lorsque ceux-ci viennent à manquer dans les services d'aval et services destinés spécifiquement à accueillir la ou les pathologies en cause. La dérive ! Placer les patients, dans l'urgence, dictée aveuglement par la contrainte de la durée moyenne de séjour, là où il y a de la place ou alors faire sortir prématurément des patients. Et les « catastrophes » surviennent, des morts et des erreurs, médicales et paramédicales, et ce par une demande hors des compétences des professionnels soignants d'accueil et de soin.

Du code de déontologie, tout médecin est, en principe, habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et de traitement. Mais il ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose. Ces principes de précaution déontologique et professionnelle sont également du droit des personnels paramédicaux. De fait, se multiplient les transferts, parfois à risque, des patients vers d'autres établissements réunissant toutes les compétences requises et de même, les files d'attente en SAU et en UHCD s'allongent dans l'attente de l'avis du ou des spécialistes..

UN « BED-MANAGER » DOIT-IL ÊTRE UN PERSONNEL DE DIRECTION ?

Seul un personnel de direction a pouvoir de droit à ouvrir des lits fermés, et a pouvoir administratif pour réquisitionner les personnels soignants en repos (pouvoir qui est délégué de droit aux personnels d'encadrement des soignants). De fait, les personnels de direction ou l'administrateur de garde ne sont sollicités que dans les cas d'extrême difficulté, lors de situations dites « hôpital en crise » ou lorsque l'ont y pense. Cela devrait être fait plus souvent et ce avant d'en arriver à la « crise ».

AUCUN DES TROIS N'A DONC LE POUVOIR DE FAIRE À LUI SEUL, CAR AUCUN N'A L'ENSEMBLE DES CLEFS POUR DÉCIDER L'OUVERTURE DES PORTES DE L'HOSPITALISATION LOCALE.

Le médecin a la clef du soin et le pouvoir d'ordonner l'hospitalisation ou la sortie, et lui seul, **a la compé-**

tence pour choisir le service d'accueil adapté.

Le cadre de santé a la clef de l'exécution du soin et le pouvoir d'organiser les services pour répondre à la prescription médicale.

Le directeur a la clef des comptes publics et le pouvoir d'ordonner les dépenses en personnels (heures supplémentaires, en particulier) et donc d'ouvrir les portes fermées des lits d'hospitalisation.

Localement, le « Bed-manager » est donc un triumvirat, qui doit travailler ensemble, en respectives compétences, au quotidien et dans l'instant, car aucun n'a autorité sur l'ensemble des clefs, et ce à toute heure de l'année.

LA SOLUTION DU « BED-MANAGER » NE PEUT PAS ÊTRE QUE LOCALE

Un outil d'information sur l'hébergement et sur de l'offre de soin, locale et régionale ne suffit pas, un triumvirat « Bed manager » local, même très compétent et efficace, non plus ; des « ouvriers » décisionnaires et gestionnaires de l'instantané, du quotidien ordinaire, détenteurs du pouvoir pour décider, au quotidien, le changement de la vision globale de l'hébergement et de l'offre de soin régionale, manquent. Car la connaissance de la porte fermée de la chambre de l'hôtel ne donne pas autorité aux « **concierges de nuit, de dimanche et de jour férié** », dépositaires des clefs, de pouvoir l'ouvrir, et ce sans conséquences fâcheuses pour eux lorsque la direction générale l'a fermée.

La solution du « Bed-manager » qui aurait tous pouvoirs pour organiser et améliorer, au quotidien ou heure par heure et tous les jours de l'année, les flux de l'accueil hospitalier français n'est donc pas que locale.

La gestion **instantanée et régionale** des flux doit être une solution à l'encombrement des urgences, aux soins indignes réalisés entre deux paravents (serait-on revenu au vingtième siècle, voire plus loin encore), au mécontentement général de la population qui doit être hospitalisée, donc soignée mais aussi hébergée dignement. Les cellules de veille sont grandement utiles à l'information et à l'alerte (ce qui est fait périodiquement, par exemple, lors des manques de place de réanimation). Mais elles agissent uniquement dans la « crise » et ces cellules sont incompétentes dans la décision d'ordonner. Elles ne peuvent qu'inciter à ouvrir l'hébergement et l'offre de soin (en résumé :

recommander d'augmenter, si possible, les sorties) et surtout, elles n'ont pas le pouvoir d'ouvrir les portes de l'hospitalisation locale fermées.



Un « Concierge aux clefs d'Or » de l'hospitalisation publique française doit exister à l'échelon régional et c'est dans les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARS), qui ont pouvoir comptable et financier, que doit se créer une cellule instantanée de régulation de l'hébergement et de l'offre de soin hospitalier public. Non plus que pendant des périodes répétées de « crise », un « Bed-Manager aux clefs d'Or », ayant tous pouvoirs sur les triumvirats « Bed-manager » locaux, et opérationnel dans l'instant, banal et ordinaire du quotidien, doit être créé (rendez-vous dans dix ans).

Pascal Campominosi, médecin urgentiste, CH Eaubonne-Montmorency.

Au total, le « bed management » anglo-saxon est-il un concept à développer en France ?

C'est un bon concept :

- Si le « bed management » local est assuré par un triumvirat qui gère au quotidien et non par une seule personne, qu'elle soit personnel médical, paramédical ou de direction.
- Si le « bed management » local est sous l'autorité de la seule prescription médicale pour le choix de l'hébergement et du soin.
- Si le « bed management » local est contrôlé dans les Agences Régionales de Santé par un comité de évaluation, comportant des médecins, des paramédicaux et des personnels administratifs.
- Et enfin, si le « bed management aux clefs d'Or » à naître est un gestionnaire au quotidien et dans l'instant de l'hébergement des établissements de santé.

(1) « Accès aux soins à travers l'histoire des institutions d'hébergement et de soins, l'histoire des hôpitaux », MOUTEL Grégoire et HERVE Christian, Laboratoire d'éthique et de Médecine légale, Faculté de Médecine, Université Paris Descartes, Ethique et Santé.

(2) « De la gestion des lits à l'ordonnancement », Dominique Dejean – Hôpital Mère-enfants - CHU Nantes, 24 janvier 2012

Vous avez dit « libre choix » ?

À l'occasion de récentes propositions législatives sur les réseaux de soins mutualistes et les conditions d'installation des jeunes médecins, deux arguments-choc ont été remis en avant : le libre choix de son médecin par le patient, et le libre choix du lieu d'installation en cabinet libéral.

DE QUELLES LIBERTÉS S'AGIT-IL POUR LE PATIENT ?

- La liberté économique de celui qui a les moyens de payer les tarifs exigés par un praticien renommé ?
- La liberté géographique donnée à l'habitant d'un grand centre urbain et/ou d'une région bénie par la douceur de son climat ?
- La liberté cognitive de celui qui, par sa formation et les réseaux de ses connaissances, a accès à une information réaliste et sincère sur les capacités de tel ou tel médecin, de tel ou tel établissement de santé ?

Quelle est la liberté de choix du patient qui opte pour la plus grande proximité de son domicile pour des raisons évidentes de commodité, qui se trouve sans alternative dans un désert médical où seul fonctionne soit un établissement obsolète, soit une clinique qui monopolise les soins avec dépassements d'honoraires à la clé ?

Quelle est la liberté du malade, soucieux de bénéficier de soins optima, et qui est incapable dans son esprit de rompre le lien qualité-cherté qu'il rattache à tous les biens de consommation ?

Quelle est la liberté de la personne fragilisée par la maladie aux écoutes de la rumeur publique pour se déterminer à frapper à telle ou telle porte ?

Chacun de vous apportera un élément de réponse...

ET POUR LE MÉDECIN, LE CHIRURGIEN ?

Je voudrais ici aborder une autre liberté de choix : **le choix délibéré de ne pas avoir de rapport marchand avec un patient et l'absence de relation commerciale entre soignant et soigné.**

Non pas au nom d'une morale méprisant l'argent qui dénoncerait au passage l'esprit de lucre. Mais pour un juste salaire, correspondant à la longueur des études, à l'investissement intellectuel permanent et à la charge émotionnelle quotidienne, c'est un choix véritable, authentique, que d'opter pour une relation soignant soigné débarrassée de l'échange monétaire et de la question : « Combien vous dois-je, Docteur ? » (sous-entendu : pour être bien soigné par vous)

Cette liberté, trop passée sous silence par ceux mêmes qui ont choisi le secteur public, n'est en rien la conséquence de la paresse ou de la pusillanimité, voire de l'absence d'ambition, mais bien le fruit d'un choix existentiel, d'une éthique personnelle de la conception du soin qui relève du don in-évaluable et de l'incalculable plaisir de servir la cause humaine.

Richard Torrielli, administrateur du SNPHAR-E

Vous souhaitez adhérer au SNPHAR-E ? Rendez-vous sur le site <http://www.snphare.com> (onglet vert : adhésion).

Le montant de la cotisation est de 175,00 € pour l'année en cours, ouvrant droit à 66 % de déduction d'impôt soit 59,5 € la cotisation net après impôt. Vous pouvez cotiser en ligne en toute sécurité se faire en toute sécurité ou envoyer votre bulletin d'adhésion (à télécharger sur le site) au trésorier : Claude Wetzel - 63 rue Principale - 67206 MITTELHAUSBERGEN

Vous ne recevez pas les lettres d'information que vous adresse régulièrement le SNPHAR-E ?

Vérifier qu'elles n'arrivent pas dans vos SPAMS. Si c'est le cas, il vous suffit de rendre désirable les mails intitulés « Information SNPHAR-E ». Si elles n'y sont pas, envoyer votre nom, prénom, spécialité, lieu d'exercice et votre adresse mail à diffusion@snphar.fr

Les conséquences du harcèlement sur le lieu de travail

Le harcèlement sur le lieu du travail semble être un phénomène très répandu. Deux millions de salariés sont victimes de harcèlement moral au travail, 30 % des salariés français déclarent subir un harcèlement moral au travail, ou le ressentent comme tel (brimades multiples, répétées et systématiques), 37 % des salariés français ont déjà vu un collègue se faire harceler, 12 % se font insulter, 22 % sont humiliés et 16 % se retrouvent « placardisés ». Le secteur public n'est pas épargné (29 % contre 30 % de l'ensemble des salariés).

Concernant le secteur public, parmi les secteurs d'activités concernés, l'administration vient en premier : entre 50 et 60 % des plaintes pour harcèlement moral émanent des fonctionnaires « Éducation nationale, Hôpitaux, collectivités territoriales ».

IL N'Y A PAS DE PROFIL TYPE

Tout le monde peut être concerné, hommes (31 %) et femmes (29 %) sans distinction, mais avec une plus grande vulnérabilité chez les plus âgés (plus de 50 ans) et les « grandes gueules » refusant de plier et résistant aux pressions (ceux qui ne plient pas, on les casse).

La victime est habituellement présentée comme « marginale et difficile » et va adopter un comportement qui renforcera encore le comportement déplacé de ses agresseurs.

LE HARCÈLEMENT A UN COÛT SOCIAL

Le coût annuel des accidents du travail, des maladies professionnelles et de la maltraitance s'élève à 70 milliards d'euros pour l'État et les entreprises.

QUATRE TYPES DE HARCÈLEMENTS SONT IDENTIFIÉS

La commission nationale consultative des droits de l'homme (juin 2000) distingue 4 types de harcèlement :

- Le harcèlement vertical, descendant (venant de la hiérarchie) est caractérisé par un abus de pouvoir d'un supérieur hiérarchique. Il a des conséquences graves sur la santé de la victime, conduisant à l'isolement (difficultés de recours)
- Il peut être pervers provenant d'une personnalité pathologique. Il est alors purement gratuit avec but de destruction d'autrui ou de valorisation de son propre pouvoir

- Il peut être stratégique, avec la formation de managers en interne ou avec l'intervention de cabinets extérieurs, pour apprendre à « œuvrer le personnel » : mettre toujours plus de pression, fixer des objectifs de plus en plus irréalisables, culpabilisant pour « pousser à partir » (comme chez France télécom, dans un passé récent).

- Il peut être institutionnel, lié à des formes d'organisation du travail fixant des objectifs inatteignables si on ne pallie pas la surcharge de travail. Dans ce cas, les managers sont de plus en plus loin du terrain, dans une logique exclusivement comptable, entraînant une augmentation du stress et une culpabilisation permanente.

- On peut également avoir le résultat du « mélange des genres ». Expression d'une perversité individuelle dans un contexte institutionnel de recherche stratégique d'épurement des « empêcheurs de tourner en rond ».

- Le harcèlement horizontal (venant des collègues), dans une lutte sans merci d'une reconnaissance individuelle (écraser pour se faire sa place au soleil) ou par réaction à « l'étranger » sur une particularité de l'individu.
- Le harcèlement mixte qui cible un bouc émissaire, que l'on isole du groupe et qui devient responsable de tout ce qui ne va pas.
- Le harcèlement ascendant, où le responsable mal accepté est harcelé par ses subordonnés. Cette situation est très destructurante, rarement prise au sérieux et génératrice de souffrance importante et de destruction de la personnalité.

Le profil typique de la pathologie de l'agresseur s'apparente à un **psychotique** sans symptômes, pratiquant la déresponsabilisation, la culpabilisation d'autrui, l'égoïsme ainsi que la communication ambiguë, dénuée d'empathie, qui va détruire sans jamais se sentir coupable.

Le profil narcissique est l'un des plus enclins au harcèlement.

lement, mais ce profil ne suffit pas à lui-même. L'influence de facteurs environnementaux joue le rôle de catalyseur (« mauvais management, climat malsain », objectifs inatteignables et changeant sans cesse, absence d'autonomie, tension, jalousie et mise en concurrence, absence de communication masquée par un mailing intensif, d'écoute et de solidarité) et révélateur d'un profil d'agresseur potentiel.

« Tous ceux qui se veulent spectateurs et prétendent ne pas être acteurs partagent, de fait, la responsabilité collective du harcèlement, car leur abstention a rendu possible ce dernier ». Ceux-ci se taisent par peur de représailles ou de devenir eux-mêmes victimes, encouragent implicitement l'agresseur à exercer sa terreur et ce qui favorise la perdurance du harcèlement.

La déficience organisationnelle est responsable de la pérennisation du conflit et de l'apparition du harcèlement en laissant faire. Deux ans vont en général se passer entre les premiers signes de conflit et le harcèlement caractérisé .

“ **Le stress n'est destructeur que par excès, alors que le harcèlement l'est par nature même.** ”

- Donner des missions « impossibles ».
- La mise au placard.
- Le discrédit, les tâches ou les missions les plus ingrates ou les moins intéressantes sont réservées à la victime.
- On note une discrimination dans les planning, les rémunérations, les moyens matériels, l'attribution de bureau ou autres signes de reconnaissance.

- Il peut exister des atteintes directes à la personne, à sa santé ou à sa vie privée (les critiques, insultes ou comportements insultants répétés, les agressions physiques).

Ce qui n'est pas du harcèlement (mais peut y conduire, si l'on laisse perdurer) :

- Le management par le stress et la pression au travail peuvent aboutir à un dépassement des mécanismes d'adaptation et conduire à l'épuisement professionnel, sans intention malveillante. En effet, le stress n'est destructeur que par excès alors que le harcèlement l'est par nature même. *A contrario*, le but du harcèlement n'est pas d'augmenter la productivité, mais de détruire et/ou se débarrasser d'une personne.
- Les conflits entre les individus au travail proviennent de nombreux facteurs, mais ... un conflit professionnel mal résolu peut aboutir au harcèlement, l'absence de mots sur les reproches (absence de confrontation), le déséquilibre de la relation dans le conflit sans « escalade symétrique » aboutissent alors à une relation dominant – dominé.
- Une attitude agressive ponctuelle tant qu'elle ne vient pas à se répéter sur le long terme.
- Les contraintes de travail et les mauvaises conditions matérielles de travail, sauf si elle sont discriminantes entre salariés et aboutissent à des conduites abusives. La violence physique dans l'établissement, d'origine externe ou interne.

TOUT N'EST PAS HARCÈLEMENT

Il faut avant toute chose caractériser celui-ci selon le code du travail (art-6 de la Loi du 13 juillet 2003 portant sur les droit et obligation des fonctionnaire). Les brimades doivent être à caractère systématique et répété (bien qu'un acte isolé puisse être caractérisé de harcèlement depuis la loi du 27 Mai 2008). **Pour qu'il y ait harcèlement, il faut qu'il y ait preuve d'intention malveillante, que celle-ci soit répétée et dirigée contre une cible définie.** Cette caractérisation par preuve est d'autant plus importante, qu'en tant que « Cadres », les médecins sont supposés jouir d'une autonomie suffisante inscrite par la loi à l'article L.6143-7 du code de la santé publique et leur garantissant l'indépendance. Cependant, même s'il est plus difficile pour un médecin d'aboutir à faire reconnaître une vraie situation de harcèlement, cela n'est pas impossible. Il va donc falloir réunir des preuves et si possible des témoignages (mais les témoins ont peur).

Les mécanismes sont multiples dans plus de 25 % des cas, mais avec un but unique : la nuisance (faire changer de service ou pousser à démissionner, se débarrasser).

Les comportements les plus incriminés sont :

- L'isolement (on évite ou on refuse de parler à la victime de façon ostensible et répétée).
- La privation ou la surcharge du travail (enlever ses responsabilités ou donner le travail qui est normalement celui de la victime de façon répétée à d'autres personnes, lui en demander toujours plus).
- Donner des ordres contradictoires et des directives paradoxales.

LA LOI DE MODERNISATION SOCIALE DU 17 JANVIER 2002 PROHIBE LE HARCÈLEMENT MORAL DANS LA FONCTION PUBLIQUE

Les praticiens hospitaliers ne font pas partie de la fonction publique hospitalière, mais les dispositions de l' article L.1152-1 du Code du travail et de l'article 1-1, alinéa 3 du titre I du statut général des fonctionnaires sont applicables aux agents non titulaires de droit public.

« Les fonctionnaires et agents publics, quels que soient leur grade, leur fonction, leur position dans la hiérarchie sont protégés statutairement par l'administration contre les attaques, injures, diffamations et outrages » (article 1-1, alinéa 3 du titre I du statut général des fonctionnaires).

« Aucun fonctionnaire ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptibles de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel ».

« Le fait qu'il ait subi ou refusé de subir de tel agissement, qu'il ait exercé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à les faire cesser, ou qu'il en ait témoigné ne peut entraîner de préjudice en matière de recrutement, titularisation, formation, notation, promotion, affectation et mutation, discipline » (article L.1152-1 du Code du travail).

L'ÉTABLISSEMENT DOIT MENER UNE POLITIQUE ANTI-HARCÈLEMENT

La prévention du harcèlement moral doit s'inscrire d'une façon générale dans la prévention des risques professionnels, car la santé au travail, y compris la santé psychique, est un droit fondamental des salariés.

Dès lors que des faits constitutifs de harcèlement moral sont établis, l'administration doit prendre les mesures nécessaires pour y mettre fin et l'agent reconnu coupable de tels agissements doit faire l'objet de mesures disciplinaires appropriées (allant de la conciliation à la procédure pénale).

Est passible d'une sanction disciplinaire tout agent ayant procédé ou ayant enjoint de procéder aux agissements définis ci-dessus.

Une démission secondaire à un harcèlement prouvé sera requalifiée en licenciement sans cause réelle et sérieuse et donnera droit à une indemnité de licenciement avec dommages et intérêts. « Toute rupture du contrat de travail qui en résulterait, toute disposition ou tout acte contraire est nul de plein droit. » (alinéa 3 de l'article L. 122-49 du Code du travail). « La démission imputable à un acte présumé délictueux constitue un cas de chômage involontaire » (Circulaire UNEDIC n° 03-05 du 28 avril 2003).

LA JURISPRUDENCE DONNE RAISON AUX VICTIMES, MAIS PAS SEULEMENT

Pour exemple : tribunal administration (TA) de Besançon, 11 décembre 2003, n° 02539, TA Versailles, 15 octobre 2004, n° 031193.

En novembre 2006 le Conseil d'État annule une décision du Tribunal Administratif (déboutant la plaignante en 1991). Le conseil d'état reconnaît le fait de harcèlement moral et la faute de nature à engager la responsabilité de l'employeur (administration alertée à de multiples reprises, absence de prise de mesure de protection adéquates), mais atténue la responsabilité de l'adminis-

tration à hauteur de la moitié vu que l'attitude de la plaignante a largement contribué à la dégradation des conditions de travail dont elle se plaint.

Véronique Agaesse, Secrétaire générale du SNPHAR-E

EN PRATIQUE : QUE FAIRE EN CAS DE HARCELEMENT MORAL ?

- Saisir par écrit le supérieur hiérarchique ou l'échelon hiérarchique supérieur, si le supérieur direct est impliqué.
- Saisir le responsable de l'accueil des plaintes quand celui-ci existe.
- Demander une conciliation.
- Avant de vous lancer dans un dépôt de plainte qui peut avoir des chances de ne pas aboutir, le mieux est de demander consultation auprès d'un cabinet d'avocat spécialisé dans les questions de harcèlement (prise en charge par votre assurance professionnelle). Cet avocat, dans une consultation, vous aidera à faire le point et à caractériser réellement le harcèlement pour vous éviter de vous engager dans des recours inutiles, qui n'auront pas d'aboutissement, ou au contraire vous aider dans un procès lorsque les éléments du dossier sont concluants.
- Déposer plainte au pénal, saisir le Tribunal administratif. Le dépôt de plainte au pénal, n'est soumis à aucune autorisation préalable de la part de l'administration. C'est le procureur de la République qui reçoit les plaintes et les dénonciations et apprécie la suite à leur donner. « Le fait de harceler autrui par des agissements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende. » « Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs. » (article 222-33-2 du code pénal et l'article 40-1). Le recours auprès du Tribunal administratif pour excès de pouvoir peut obtenir la condamnation de l'administration employeur et l'annulation des mesures prises à leur rencontre et des sanctions déguisées ou abusives. Un recours auprès du tribunal administratif en plein contentieux, peut obtenir la réparation du préjudice subi.
- Se protéger avant qu'il ne soit trop tard, par une prise de congés, par un changement de poste, par un arrêt maladie temporaire, demander sa mise en recherche d'affectation auprès du CNG, voire à l'extrême démissionner pour rompre le cercle infernal, puis faire les démarches avec un avocat pour requalifier la démission en licenciement sans fondement, ouvrant droit à indemnisation et dommages et intérêt. Ce licenciement sans fondement aura moins de préjudice pour la carrière future qu'un licenciement pour insuffisance professionnelle.

La nouvelle réglementation sur le Compte Épargne Temps (CET)

L'objet de cet article est de rendre compréhensible cette nouvelle réglementation sans attendre la circulaire officielle qui précisera les modalités précises d'application. Malgré les quelques doutes d'interprétation qui peuvent persister aujourd'hui, le SNPHAR-E et son intersyndicale AVENIR HOSPITALIER sont en capacité de vous donner une lecture solide des nouveaux textes dont vous pouvez trouver une version consolidée sur notre site.

La gestion des CET des PH constitue un sujet de revendication récurrent du SNPHAR-E. En 2008 une première mobilisation forte nous avait permis d'obtenir le paiement de 50 % des jours accumulés sur le CET des praticiens au 31.12.2007. Le protocole d'accord prévoyait alors que soient établies rapidement, par la négociation, des règles visant à gérer les flux futurs de jours CET afin d'ouvrir un droit d'option annuel aux praticiens soit vers une monétisation, soit vers un versement sur une complémentaire retraite, soit vers la conservation en congés des jours CET. Or, aucun texte n'est paru durant la période 2008 – 2012.

Nous avons profité de l'arrivée d'une nouvelle majorité au pouvoir pour nous saisir immédiatement du discours rassurant, et non plus stigmatisant, envers les hospitaliers. En effet, dès la rentrée 2012 un dialogue large a été initié par la Ministre de la Santé avec les personnels hospitaliers afin de rétablir un climat de confiance au sein de l'hôpital public (voir article « Pacte de confiance, pages 22-23).

Dès nos premières rencontres avec la Ministre et son cabinet nous avons insisté sur la nécessité de rendre

visible rapidement ce discours de confiance retrouvé sans attendre les résultats des concertations engagés par ailleurs. À ce titre il était urgent de faire paraître avant la fin de l'année 2012 un nouveau décret sur l'organisation des CET des PH :

- car cela serait perçu par les professionnels comme un acte concret rétablissant un climat de confiance avec les tutelles.
- car cela était devenu une nécessité impérieuse du fait du plafonnement à 10 ans de l'ancienne réglementation qui pouvait conduire à la perte au 31.12.2012 des jours CET 2002 des praticiens ne les ayant pas écoulés en congés auparavant.

Par ailleurs, il était devenu impératif, pour des raisons d'équité, que les tutelles agissent afin de lisser les importantes inégalités qui existent entre les différentes spécialités quant au volume des CET accumulés ; certains PH au temps moins contraint étant plus en capacité que d'autre de gonfler leur CET.

Conformément aux engagements pris auprès de nous par la DGOS et par le cabinet de la Ministre, et après 4 ans d'attente, une nouvelle réglementation a donc



Figure 1 : Croissance des CET

enfin été publiée au Journal Officiel le 30 décembre 2012 (cf. textes officiels sur notre site).

Il existe donc des règles très différentes adaptées à la gestion de ces deux CET (le stock et le flux). Le but global est de diminuer et de plafonner à terme le nombre de jours stockés sur les CET des praticiens.

DANS UN BUT DIDACTIQUE IL S'AVÈRE NÉCESSAIRE DE DISTINGUER À PRÉSENT ET POUR LE FUTUR DEUX CET PAR PRATICIEN (FIGURE 1) :

- Tout d'abord un « CET I ou Stock CET » constitué des jours acquis au 31.12.2012 et stockés sur son compte CET au 31.03.2013. Pour ce CET I il vous faudra faire au 1er juin 2013 un choix de monétisation (ou non) qui sera définitif et irrévocable.
- Ensuite un « CET II ou Flux CET » constitué et alimenté par les jours acquis et accumulés ultérieurement à partir de l'année 2013, et pour lequel un droit d'option vous sera offert annuellement.

Nous allons donc envisager successivement les nouvelles mesures qui sécurisent vos jours CET, apurent votre « CET I ou Stock CET », réglementent la gestion de votre « CET II ou Flux CET » et organisent la gestion prévisionnelle de votre temps de travail.

SÉCURISATION DES CET

- Obligation réglementaire pour les hôpitaux de provisionner les jours de CET des PH, lesquels doivent apparaître dans les comptes de résultats annuels sous la forme d'un passif correspondant à la totalité des jours épargnés. La situation des CET et leur prise en compte dans le bilan comptable est présentée chaque année à la CME, en même temps que le bilan social.
- En cas de longue maladie, d'invalidité et de mutation, les CET peuvent être monétisés, ou transmis. En cas de changement d'établissement, la provision correspondant au nombre de jours du CET du praticien concerné est transférée au nouvel établissement d'affectation. Nous avons par ailleurs déjà obtenu en 2008 que les CET soient transmissibles et monétisables aux ayants-droits lors du décès du praticien.
- Le CET est considéré comme une période d'activité, les primes sont donc maintenues au-delà du 3^{ème} mois de congés CET et durant toute sa durée (**y compris l'indemnité de service public exclusif** auparavant exclue).
- Chaque compte CET est ouvert de façon automatique par le directeur d'établissement (auparavant la demande du praticien était nécessaire, et à défaut de compte ouvert, les jours de congés

non pris ne pouvaient être basculés sur un CET et pouvaient être perdus).

GESTION DU « CET I OU STOCK CET »

Il est ouvert un droit d'option qui devra être effectué avant le 1^{er} juin 2013. Ce droit d'option concerne les jours épargnés sur son compte CET au 31.12.2012 y compris les jours générés durant l'année 2012 qui y seront reversés avant le 31.03.2013.

SI LE « CET I OU STOCK CET » ≤ 20 JOURS :

Les jours CET demeurent obligatoirement épargnés sous forme de congés.

SI LE « CET I OU STOCK CET » > 20 JOURS :

Les 20 premiers jours demeurent inscrits au CET sous forme de congés, et ils le restent jusqu'à la fin de votre carrière (sauf avis différent de la circulaire officielle à paraître, dont nous vous informerons). En revanche, pour tous les jours inscrits à compter du 21^{ème} jour il est ouvert un droit d'option :

- Le praticien doit opter, **dans les proportions qu'il souhaite**, pour :
 - Soit l'**indemnisation de 80 jours maximum** (ce peut être moins, 60 ou 20 jours au choix de chacun) pour un montant de 300 euros brut, qui seront versés en 4 **fractions annuelles d'un nombre égal de jours (soit maximum 20 jours par an pendant 4 ans indemnisables)** ; sauf cessation définitive d'activité, au quel cas l'intégralité du solde (pouvant être supérieur à 80 jours) sera versé à la date de cessation d'activité.
 - soit le maintien de l'intégralité des jours sur son compte CET dans la limite de 300 jours maximum. Il est important de préciser que **vos choix sera irrévocable, et que les jours de votre « CET I ou Stock CET » que vous aurez maintenus sous forme de congés (sans les monétiser) le resteront durant toute votre carrière.** Ils ne pourront jamais être monétisés ultérieurement au titre des règles encadrant le flux des jours accumulés à partir de 2013 qui relèvent eux de la gestion de votre « CET II ou Flux CET ».
- En l'absence d'option au 1^{er} juin 2013, les jours excédant le seuil de 20 jours sont maintenus d'office sur le CET et ce choix, comme précisé précédemment, est irrévocable.

MODALITÉS DU CET II OU FLUX CET

L'alimentation du CET peut se faire par :

- Le report des congés annuels (cinq jours au maximum),

	Salaire net / j	÷ 250,17 €	Points Ircantec / j	÷ Nb Ircantec 10,94
1	195,12	0,78	4,94	0,42
2	198,51	0,80	5,10	0,44
3	203,25	0,82	5,32	0,46
4	208,68	0,84	5,57	0,48
5	218,17	0,88	6,01	0,51
6	233,76	0,94	6,72	0,58
7	250,71	1,01	7,51	0,64
8	258,85	1,04	7,88	0,67
9	268,34	1,08	8,32	0,71
10	288,68	1,16	9,26	0,79
11	300,88	1,21	9,82	0,84
12	342,69	1,38	11,75	1,01
13	358,07	1,44	12,46	1,07

Figure 2 : Correspondance entre la rémunération journalière par échelon et l'indemnisation CET. Ce tableau présente la rémunération nette journalière des PH en fonction de leur échelon, ainsi que le nombre de points IRCANTEC générés par jour. En comparaison, 1 jour CET = 300 euros brut = **250,172 euros net**, 10,94 points IRCANTEC

- le report de jours de RTT (sans limitation),
- le report des jours de récupération des périodes de temps de travail additionnel, des astreintes et des déplacements non indemnisés (sans limitation).

- **L'alimentation annuelle maximum du CET** n'est plus limitée à 30 jours par an comme auparavant

mais elle **est à présent plafonnée à 20 jours** (sauf dérogation*). Cette limitation oblige les PH n'ayant pas obtenu de dérogation à prendre en congés au minimum 24 jours par an (25 CA + 20 RTT – 1 jour de solidarité – 20 jours maximum alimentant son CET = 24 jours) et à ne pas reporter sur son CET les jours de TTA générés ou les permanences non indemnisées.

LE CET EN PRATIQUE

MONÉTISATION POSSIBLE

- 2013 : max 20 jours du stock CET I (max 6000 euro bruts)
- 2014 : max 20 jours du stock CET I (max 6000 euros bruts). Discussions en cours sur la reconstitution ou pas d'un nouveau matelas de 20J : si oui, pas de monétisation pour les jours 2013, sinon monétisation possible à 20J.
- 2015 et 2016 : max 20 jours du stock CET I (max 6000 euros bruts) plus éventuellement 20 jours du flux CET II 2014 ou 2015 (max 6000 euros bruts).
- 2017 et après : la monétisation du stock CET I est finie, éventuellement 20 jours de l'année précédente sont monétisables au titre du Flux CET II (max 6000 euros bruts).

EXEMPLES

« CET I ou Stock CET »

Exemple 1 : PH 4^{ème} échelon, 20 jours sur son CET : pas de droit d'option (monétisation), tout reste en congés.

Exemple 2 : PH 8^{ème} échelon, 100 jours sur son CET : soit je garde tout en congés (CHOIX IRREVOCABLE), soit je me fais monétiser maximum 20 jours par an pendant 4 ans.

Exemple 3 : PH 13^{ème} échelon, je pars en retraite avec 300 jours de CET. Je peux tout me faire monétiser en une seule fois à ma cessation d'activité avant 2016. Au-delà il faudra respecter le plafond de 208 jours.

« CET II ou Flux CET »

Exemple 1 : en 2018 j'ai 60 jours sur mon CET, je veux tous les faire monétiser : impossible il faut en garder 20 en congés.

Exemple 2 : en 2018 j'ai 60 jours sur mon CET, combien puis je en monétiser au maximum : réponse 40J, en une fois.

Exemple 3 : je veux économiser tous mes jours pour ma retraite, est ce que je peux ?

Réponse oui mais avec jusqu'en 2016 un maximum de 300 jours, et à partir de 2016 seulement 208 jours. Stock y compris.

Exemple 4 : je prends ma retraite en 2017 et j'aurai 300 jours sur mon CET que faire ?

Réponse : vous risquez de les perdre. Vous devez d'ici là faire baisser ce nombre à 208, soit en congés (jours pris au fil de l'année) soit en monétisant une partie.

Exemple 5 : je suis dans une zone désertique médicale et les effectifs ne me permettent pas de prendre en congés tous mes jours de CA et RTT. Il faut demander, *via* le directeur, une dérogation à l'ARS. Le nombre de jours stockés sera alors de 30 J maximum par an, et le CET de 300 J maximum.

**le directeur général de l'ARS peut, après consultation de la commission régionale paritaire, autoriser pour 3 ans maximum, un dépassement de ce plafond de 20 à 30 jours par an (cette demande pouvant être initiée par les praticiens et relayée par le directeur d'établissement).*

- Un plafond maximum de jours accumulés sur un CET est instauré. Il est de 300 jours jusqu'en 2016, puis passera à 208 jours (sauf dérogation*). Les jours excédentaires seront perdus.

**le directeur général de l'ARS peut, après consultation de la commission régionale paritaire, autoriser pour 3 ans maximum, un dépassement de ce plafond de 208 à 300 jours par an (cette demande pouvant être initiée par les praticiens et relayée par le directeur d'établissement).*

UTILISATION DU « CET II OU FLUX CET » :

Au terme de chaque année civile,

- **Si le « CET II ou Flux CET » au 31 mars de l'année N+1 ≤ 20 jours** (selon notre interprétation - à préciser par la circulaire officielle à venir - ces 20 jours seuil ne peuvent pas provenir des jours restant de votre « CET I ou Stock CET » lequel est gelé un fois que vous avez exercé votre droit d'option au 1^{er} juin 2013 ; ces 20 jours de seuil ne pourront donc provenir que de jours acquis en 2013 et reversés sur votre compte CET avant le 31 mars 2014 pour la première année, ou ultérieurement si vous consommez tous vos droit à congés et récupérations en 2013).

Les jours demeurent obligatoirement épargnés sous forme de congés.

- **Si le « CET II ou Flux CET » au 31 mars de l'année N+1 > 20 jours :**

- Les 20 premiers jours demeurent inscrits au CET sous forme de congés,
- Et pour tous les jours au-delà du 20^{ème} jour le praticien peut opter dans les proportions qu'il souhaite, au plus tard au 31 mars de l'année N+1, pour :
 - Soit l'indemnisation des jours au tarif de 300 euros brut, et sans plafonnement (ce peut-être plus de 80 jours contrairement aux règles du CET I ou Stock CET).
 - Soit le maintien des jours sur le CET, à raison de 20 jours par an maximum (sauf dérogation) et dans la limite d'un plafond global de 300 jours (208 jours à partir de 2016 sauf dérogation).

Le choix de l'agent est irrévocable. Et en l'absence d'option au 31 mars de l'année N+1, les jours excédant le seuil de 20 jours sont maintenus également sur le CET du praticien. Ils se cumulent aux jours restant de votre « CET II ou Stock CET » dans la prise en compte du plafonnement total des jours CET (300 puis 208 jours après 2016).

GESTION PRÉVISIONNELLE DES CONGÉS

Deux règles ne s'appliquent plus dans la nouvelle réglementation :

- le délai de validité de 10 ans du CET est supprimé (mais un plafonnement est instauré) ;
- le délai de prévenance a disparu mais la responsabilité de gestion prévisionnelle des congés annuels par le chef de pôle a été renforcée.

En effet, le chef de pôle ou, à défaut, le responsable de la structure interne organise, **après consultation des praticiens** et sur la base de l'organisation du temps de travail, la prise des jours de congé sur certaines périodes de l'année en fonction de l'activité. Ainsi, le chef de pôle (ou le responsable de la structure interne) planifie les congés de l'équipe et le délai de prévenance, certes supprimé réglementairement, est désormais laissé à la seule appréciation de chaque chef de pôle.

Pour cette prise de congé, le praticien peut utiliser des jours de congé annuel, des jours de réduction du temps de travail, des jours de récupération et des jours accumulés sur son compte épargne-temps. L'organisation du temps de présence et d'absence des praticiens est désormais intégrée dans les contrats de pôle, ce qui renforce le caractère réglementaire et obligatoire des tableaux de service prévisionnels.

Bertrand MAS - Président du SNPHAR-E,

L'avis du SNPHAR-E

Cette nouvelle réglementation apporte un certain nombre d'avancées syndicales majeures très profitables aux PH, notamment en termes de sécurisation de leurs CET, lesquels ne pourront plus être perdus en cas d'invalidité ou de longue maladie.

La philosophie globale de ce projet va conduire les PH à prendre plus de congés de manière obligatoire du fait de l'abaissement du seuil annuel d'alimentation de son CET à 20 jours. Il faut noter qu'un processus dérogatoire permettra tout de même aux équipes déficitaires, et qui pour beaucoup appartiennent aux spécialités à contraintes de temps (anesthésiste réanimateurs, urgentistes, etc.), d'obtenir un relèvement de ce plafond à 30 jours.

La gestion prévisionnelle des absences va devenir un impératif absolu qui incombe au chef de pôle (ou au responsable de structure interne). Le SNPHAR-E propose ainsi, pour éviter tout excès d'autorité et pour garantir une égalité de traitement entre les praticiens du pôle, qu'un règlement intérieur (délai de prévenance pour les congés, organisation des absences) figure dans le contrat de pôle après consultation de tous les praticiens du pôle. Il pourrait à ce titre apparaître utile de définir au niveau national un cadre général de règlement intérieur des pôles.

L'introduction d'un droit d'option annuel vers une monétisation qui peut être systématisé par le praticien à hauteur de 20 jours par an équivaut à une possibilité offerte à chacun de renoncer à 20 jours de congés pour se constituer ce qui ressemble à une 13^{ème} mois de rémunération (20 jours X 300 € = 6000 € bruts) abondant pour sa complémentaire retraite IRCANTEC (1 jours CET générant 11 points IRCANTEC). Cette considération est à pondérer cependant car la monétisation à hauteur de 300 € brut est une opération intéressante uniquement en dessous de 7^{ème} échelon, de même que la valorisation IRCANTEC l'est au dessous du 12^{ème} échelon (Figure 2). Par ailleurs le SNPHAR-E a toujours défendu la protection en terme de santé au travail des praticiens face à la pénibilité de notre exercice, et cette considération nous conduit toujours à encourager les prises de congés et les récupérations indispensables à un bon équilibre entre vie personnelle et travail.

Cette nouvelle réglementation en autorisant un congé CET maximum de 208 jours générant des droits à CA et RTT, permet aux PH d'anticiper leurs retraites d'une année tout en continuant à percevoir son salaire au dernier échelon et tout en continuant à cotiser à l'IRCANTEC. Un conseil cependant pour les PH partant à la retraite après 2016 et ayant un compte CET important à ce jour : ils devront anticiper avant 2016 le passage du plafond à 208 jours en mixant la prise de congés CET et le droit d'option vers monétisation.

Le SNPHAR-E regrette cependant que trois de nos revendications n'aient pu à ce jour aboutir. Ainsi, malgré nos argumentations auprès des tutelles nous jugeons insuffisante le montant de l'indemnité brut du jour CET, lequel est gelé depuis 2003 à 300 €. Nous avons tenté, en vain, d'argumenter pour que cette indemnité soit au moins équivalente à celle d'une période de TTA de jour (317,55 €). Pareillement nous regrettons l'absence d'avancées permettant la conversion de jours CET vers une abondement sur une complémentaire retraite. L'absence de volonté des tutelles d'instaurer un abondement employeur en sus de l'abondement du PH nous a conduit à renoncer à ce droit d'option qui, tel que proposé, ne comportait aucun avantage pour le praticien. Enfin nous pensions utile que le CET puisse être utilisé comme un mode d'aménagement des fins de carrière pouvant correspondre à un temps réduit (vidange au fil de l'eau de son CET : 1 jour CET/semaine correspondant à un 80 %).

Pour finir un doute subsiste quand à notre interprétation de cette nouvelle réglementation. Nous pensons que les 20 jours seuil du stock ne pourront constituer les 20 jours seuils du flux ouvrant au droit d'option vers la monétisation. Selon notre interprétation actuelle du texte il faudra reconstituer ce « matelas » de 20 jours par les droits acquis en 2013 pour ouvrir son droit à monétisation des jours dès 2014. Ces doutes seront levés à la parution de la circulaire officielle en cours de rédaction par la DGOS explicitant cette nouvelle réglementation. Nous vous tiendrons au courant sur notre site internet.

Le pacte de confiance : une forte nécessité de changement

Serons-nous entendus par la ministre ?

Après 3 mois de discussions intenses, de bilan des conséquences des réformes néolibérales sur l'hôpital public, diagnostic assez bien partagé par la quasi totalité des acteurs, la Mission Couty arrive à sa fin. La ministre devra au sein du rapport que lui présentera Mr Couty, lui-même basé sur les conclusions des 3 groupes de travail, choisir ses axes de réformes et de négociations.

Le SNPHAR-E, au sein de son intersyndicale Avenir Hospitalier, s'est beaucoup investi dans cette mission, considérant que c'était la dernière chance qui s'offrait pour faire entendre notre avis sur la dégradation de l'outil public qu'est l'hôpital, et nos propositions. Celles-ci sont publiques <http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-de-confiance.html> et semblent avoir été bien entendues.

Le 9 janvier une réunion de restitution de ce travail collectif a été organisée, avec présentation de la trame des propositions qui seront faites à la ministre. Celles-ci sont sous-tendues par l'opposition franche aux valeurs qui nous ont été imposées ces dernières années, aussi bien sur la politique tarifaire et le financement comme seul moteur et seul outil de régulation des décisions, que ce soit à l'échelle de l'hôpital ou de la région.

La loi HPST devrait être revue en profondeur, afin de reconstruire un Service Public Hospitalier à vocation territoriale centré sur le parcours du patient, avec un financement adapté, permettant une juste rémunération des toutes les prises en charge, et régulé par un management adapté aux acteurs.

L'hôpital n'est ni une entreprise, ni une administration classique. L'organisation interne doit être adaptée à la taille de l'établissement.

UN SERVICE PUBLIC TERRITORIAL CENTRÉ SUR LE PATIENT

Les missions de service public seront réaffirmées comme la permanence des soins, la santé publique, l'enseignement et la recherche.

Le service public territorial sera régulé par les ARS mais avec une évaluation de toutes les contractualisations régionales [groupement de coopération sanitaire (GCS), communauté hospitalière de territoire (CHT)] d'ici fin 2013.

Le CHU aura un rôle territorial régional, avec coordi-

nation de l'enseignement et de la recherche, associant tous les PH de terrain grâce au concept des **VALENCES** !

UN FINANCEMENT ADAPTÉ

Le financement devra reconnaître toutes les activités en les accompagnant. La fin de la tarification à l'activité à 100 % (T2A) permettra d'une part des tarifs transparents, avec une réflexion sur la pertinence des actes et la reconnaissance de tous les acteurs, et, d'autre part, une dotation au forfait sur des critères stricts.

UNE GOUVERNANCE ÉQUILIBRÉE.

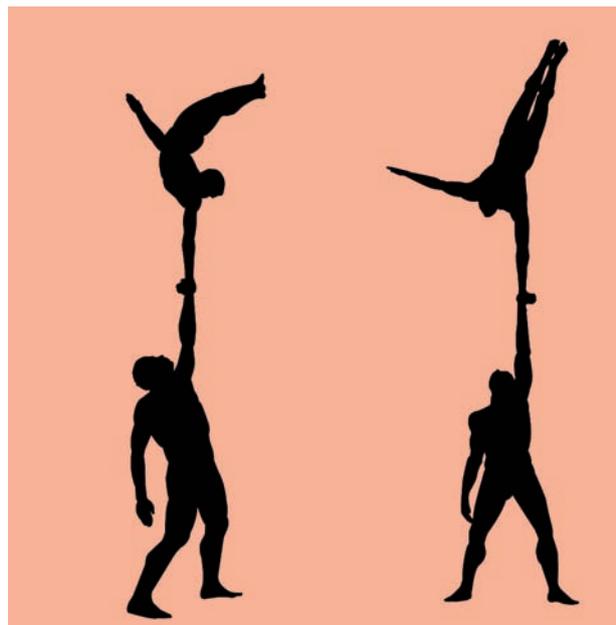
Les structures actuelles devront toutes être révisées :

- Le Conseil de Surveillance actuel ne surveillant et n'administrant pas, il deviendrait un Conseil d'Établissement, qui fixerait stratégie, projets, règlement intérieur. Il serait composé d'élus, de membres du personnel et de médecins.
- Le directoire actuel ne dirigeant pas, il serait transformé en Conseil de Direction, avec 3 piliers Directeur, Président de CME et Directeur des soins, chargés de désigner les membres du Conseil.
- Les commissions doivent être rétablies dans leur souveraineté et leur représentation. Cependant, Mr Couty ne s'est pas prononcé sur leur composition, évitant le sujet du blocage constaté sur les membres devant siéger en CME (membres de droit désignés ou élus représentant les médecins ?).
- Ouverture du CHSCT aux médecins, afin qu'y soient discutés organisation du travail, santé au travail, pénibilité. Une commission médicale rassemblant membres de la CME et élus syndicaux travaillerait sur des sujets communs.

- Un Comité des Usagers.
- Les structures de regroupement autour du soin devront distinguer d'une part une macro structure médico-économique, avec gestion déconcentrée (les pôles), et d'autre part des structures axées sur le soin et l'enseignement, autour d'une équipe (les services). Mais ces dernières, même si elles portent encore le nom de service, ne seront pas telles que créés en 1941 ! Les chefs de pôle seront nommés pour une durée déterminée, à partir d'une liste d'aptitude établie par la CME, mais nommés par le duo directeur-président de CME.
- Un management participatif. Il sera basé sur une charte des managers publics s'engageant sur le respect des acteurs dans leur champ de compétences, sur la sincérité financière, la collégialité. Le directeur devra animer et arbitrer, le président de CME sera engagé sur le dialogue social. En cas de conflit, ce sera au directeur de trancher.

UN DIALOGUE SOCIAL À TOUS LES NIVEAUX

- Localement : respect du contexte statutaire différent entre les PH et la fonction publique hospitalière. Cependant, il existe une volonté d'intégrer les PH dans les avancées de la Loi de 2010 sur le dialogue social, en recréant des espaces de dialogue, d'information, de concertation à chaque niveau (pôles, services etc), et en ouvrant des espaces de négociations locales qui toutefois ne doivent pas dégrader les accords nationaux.
- Régionalement : réactivation des Commissions Paritaires Régionales pour les PH, avec une configuration élargie aux para-médicaux pour les problèmes territoriaux.
- Nationalement : relance du principe de veille sociale et réflexion nationale sur les nouveaux métiers, le temps de travail, les passerelles inter-professionnelles.
- Un chapitre sur l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) avec réflexion sur sa stratégie, son coût. Il est nécessaire de la replacer au service des professionnels, et de lui faire intégrer la notion de dialogue social !
- Redonner de la confiance entre les établissements et les pouvoirs publics, que ce soit les administrations centrales ou les ARS. Supprimer les injonctions contradictoires, laisser de la place aux initiatives, ne pas laisser comme seul moteur de la contractualisation les objectifs financiers et la politique tarifaire comme seul outil de régulation.



L'AVIS DU SNPHAR-E

Nous avons été entendus à ce stade du processus. La clarté du bilan sur les conséquences néfastes des dernières réformes ne permettra pas de ne rien faire. Bien que non partagé par tous les acteurs (clivage souvent net entre la FHF et les Conférences des directeurs et présidents de CME souvent cramponnés à l'existant de HPST, opposés aux autres acteurs), les propositions qui émergent nous satisfont dans l'esprit.

Pour autant deux problèmes subsistent : dans ce canevas de propositions, que retiendra la Ministre, face aux divers lobbies en place qui ont souvent intérêt à ce que rien de fondamental ne change ?

Et l'attractivité des carrières, problème urgentissime au vu de la tendance démographique actuelle, n'a pas été incluse dans les conclusions, même si nous l'avons évoqué fortement à chaque réunion.

Nous réclamons donc de toute urgence l'ouverture de négociations vraies sur les conditions d'exercice à l'hôpital, la pénibilité, le temps de travail, les statuts intermédiaires entre internat et concours de PH, les valences non cliniques, la retraite, une refonte de la grille salariale, le respect des acteurs de terrain.

Développement professionnel continu (DPC) : l'usine à gaz

Le DPC est une obligation réglementaire individuelle pour chacun d'entre nous, depuis le 1^{er} janvier 2013, entraînant des sanctions s'il n'est pas réalisé, alors que son organisation n'est pas encore finalisée, et son financement de plus en plus flou. Un programme collectif de DPC se conçoit comme une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui permet de satisfaire à l'obligation individuelle de formation. Le programme associe des analyses de pratiques professionnelles, l'acquisition/perfectionnement des connaissances/compétences, activités articulées et planifiées dans l'indépendance et la confidentialité.

L'ORGANISME DE GESTION DU DPC (OGDPC)

1^{er} juillet 2012 : l'OGDPC a fait son entrée sur scène officiellement. Cet organisme devra piloter le DPC dans sa globalité pour tous les professionnels de santé ainsi que s'assurer de la gestion financière du dispositif pour les libéraux (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures, podologues, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes), les professionnels de santé exerçant en centres de santé et les médecins hospitaliers éligibles au versement de la contribution de l'industrie pharmaceutique. Pour cette mission, l'OGDPC bénéficie des ressources, des infrastructures de l'OGC qui était l'organisme gestionnaire conventionnel des médecins libéraux jusqu'en juillet 2012.

21 novembre 2012 : l'OGDPC a installé son conseil de surveillance avec l'élection de son bureau : 15 membres, soit 12 représentants des professionnels de santé (uniquement des représentants libéraux) et 3 représentants des employeurs.

Ce conseil a pour mission d'établir un bilan annuel global de la mise en œuvre du DPC des professionnels de santé, de donner un avis au Ministre chargé de la Santé sur la qualité et l'efficacité du dispositif, de contrôler l'utilisation des sommes du DPC et de promouvoir le DPC dans les établissements de santé auprès des professionnels.

Un groupe de travail pour les personnels de santé salariés doit être constitué.

11 décembre 2012 : mise en place du conseil de surveillance avec tenue de son assemblée générale. Dans un premier temps, les enveloppes budgétaires destinées à financer les programmes DPC des libéraux et ceux exerçant dans des centres de santé conventionnés ont été réparties.

Le but final est d'établir les forfaits des programmes de DPC qui seront attribués par neuf sections du Comité Paritaire (représentant les professionnels de santé et de ceux exerçant en centres de santé conventionnés).

LES COMMISSIONS SCIENTIFIQUES INDÉPENDANTES (CSI)

Janvier 2013 : les CSI sont au nombre de quatre : celle des pharmaciens, celle des sages-femmes, celle des chirurgiens – dentistes et, depuis peu, celle des médecins.

Ces commissions scientifiques ont pour mission essentielles d'évaluer les organismes de formation qui seront enregistrés par l'OGDPC, de déterminer des critères d'évaluation, et de donner leur avis sur les orientations nationales, les modalités et les méthodes élaborées par la HAS.

L'ASSOCIATION NATIONALE POUR LA FORMATION PERMANENTE DE PERSONNEL HOSPITALIER (ANFH)

L'ANFH est la structure qui, jusque là, organisait la formation des paramédicaux. Elle s'est positionnée fortement auprès des établissements publics de santé et des CME comme l'Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA) de la fonction publique hospitalière : elle est agréée par le Ministère de la Santé pour collecter et gérer les fonds consacrés au financement de la formation, des congés de formations professionnelles, validation des acquis etc...

En 2010, elle a reçu 6,4 millions d'Euros de financements externes de ses partenaires [Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), Conseils régionaux, Union Européenne, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), école des Hautes Etudes de la Santé publique (EHESP), Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)]. Les instances paritaires de cette association sont composées par la FHF et les grandes centrales syndicales. À l'époque, notre intersyndicale, Avenir Hospitalier, n'a pas été sollicitée pour réfléchir à ce schéma.

Juin 2012 : l'ANFH s'est impliquée dans le DPC médical et un accord a été signé entre les partenaires du conseil du DPC médical Hospitalier : FHF, CPH, INPH, CMH, SNAM-

HP, un représentant de la fédération des spécialités médicales.

À ce jour : 507 établissements adhèrent à l'ANFH ce qui représente 40 000 médecins éligibles à l'OGDPC, parmi lesquels 23 CHU et 2 CHR. L'APHP a choisi de ne pas y adhérer.

LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS)

19 décembre 2012 : édition par la HAS des méthodes et modalités de DPC avec la collaboration des CSI des pharmaciens, chirurgiens – dentistes et des sages-femmes ainsi que celle du Haut Conseil des Professions paramédicales.

La CSI des médecins n'était pas encore constituée, la liste a été élaborée avec le concours des conseils professionnels de spécialités. Le document édité est destiné aux organismes de DPC qui mettent en œuvre les programmes. Le programme de DPC est collectif annuel ou pluriannuel. Il obéit à des orientations nationales ou régionales et comporte une des méthodes et des modalités validées par la HAS et doit être mis en œuvre par un organisme de DPC enregistré et évalué positivement par la CSI correspondante de la profession. Il est rappelé qu'un programme collectif de DPC se conçoit comme une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui permet de satisfaire l'obligation individuelle de formation. Le programme associe des analyses de pratiques professionnelles, l'acquisition/perfectionnement des connaissances/compétences, activités articulées et planifiées dans l'indépendance et la confidentialité.

Les supports utilisés, les types d'intervenants, la traçabilité de l'engagement des professionnels sont définis dans le document de la HAS. On voit aussi apparaître la liste des méthodes utilisables dans le DPC avec un classement selon le type d'approche : pédagogique ou cognitive, en groupe ou individuelle (les DU par exemple sont exclus car validés par les CSI), l'analyse des pratiques, l'approche intégrée à l'exercice professionnel, l'enseignement et la recherche, la simulation.

Tout s'accélère depuis plusieurs semaines afin que le dispositif soit opérationnel le plus tôt possible en 2013. Il reste cependant des éléments en attente : les CSI ne sont pas toutes installées, quid de la position et du rôle des collègues de spécialités dans le DPC et l'articulation avec l'ANFH, la prise en charge des DU et autres formations individuelles, la mise en place des commissions DPC dans les établissements avec de nouvelles règles du jeu... Nous ne pouvons que nous inquiéter du devenir de notre FMC, prise dans une spirale de technocrates dont nous aurons du mal à nous dégager.

Nathalie Cros-Terraux, Administrateur du SNPHAR-E

Le SNPHAR-E dénonce une nouvelle fois les conditions de la réforme du DPC des Praticiens Hospitaliers

Comme nous l'avons annoncé lors de notre communiqué de presse du 10 décembre 2012, et après avoir organisé un débat lors de notre assemblée générale le 11 janvier dernier avec les différents acteurs concernés par la future organisation du DPC médical (ANFH, FSM, CFAR, CME), le SNPHAR-E dénonce à nouveau ce qui s'apparente de plus en plus à un **help-up du financement de la formation continue des médecins hospitaliers.**

Tout d'abord le SNPHAR-E rappelle son scepticisme face à la campagne d'adhésion menée dans l'urgence par l'ANFH entre octobre et décembre 2012 auprès des CME des Hôpitaux Publics sans qu'une information claire et contradictoire n'ait été entreprise. À ce jour la grande majorité des CME des hôpitaux publics a délégué la gestion du financement de la formation des médecins à l'ANFH qui pour faire sa promotion avait promis une amélioration de la prise en charge financière de cette formation, en arguant notamment :

- de la contribution additionnelle provenant d'une taxe sur l'industrie pharmaceutique à hauteur approximativement de 150 M€;
- d'une répartition strictement identique entre les médecins libéraux et salariés.

Or, il apparaît aujourd'hui que ces deux arguments ne seront pas honorés *ad integrum* et que **les pouvoirs publics semblent ne pas tenir leurs engagements en ce sens auprès de l'ANFH et donc auprès des médecins hospitaliers.** Ainsi, le montant du financement issu de l'industrie pharmaceutique s'élèverait à 102 M€ et non à 150 M€ et la répartition de ce financement ne respecterait plus le principe d'égalité entre médecins salariés et libéraux.

En conséquence le financement de la DPC des médecins hospitalier ne dépasserait pas 800 € de forfait par an quand elle sera de plusieurs milliers d'euros pour les médecins libéraux et alors qu'elle est aujourd'hui proche de 4 500 € pour les pilotes d'avion !

La formation des médecins hospitaliers mérite un financement pérenne, stable et des procédures transparentes. Ces trois postulats sont aujourd'hui remis en cause.

Le SNPHAR-E interpelle les pouvoirs publics sur ce sujet majeur et renouvelle sa proposition d'alignement de la part de financement par les EPS du DPC médical sur celui des professions paramédicales à hauteur d'un prélèvement de 2 % de la masse salariale contre seulement 0,5 à 0,75 % aujourd'hui.

POUR INFORMATION

Le CFAR-CNP accrédite les actions de FMC proposées aux anesthésistes-réanimateurs (AR). Il dispose déjà de programmes d'EPP et organise aussi l'accréditation des AR impliqués dans une démarche d'analyse de gestion des risques. Pour les AR, c'est un nouvel ensemble de programmes DPC « clé en main » qui sera bientôt disponible (cf site www.cfar.org).

Comment « gagner » son DPC ?

Pour le PH, la nouvelle donne du DPC impose de revoir sa stratégie de formation personnelle. La logique du nouveau dispositif obligatoire dès le 1^{er} janvier 2013, impose différentes contraintes et a pour objectifs de canaliser la propension naturelle de chaque professionnel à améliorer ses pratiques pour servir des causes de santé publique.

Pour servir cet objectif, en plus d'une organisation du flux financier, plusieurs filtres ont été mis en place : des orientations ou thématiques prioritaires nationales, un mécanisme d'agrément des organismes formateurs et une définition de l'organisation de la formation du DPC. Ces filtres imposent des contraintes fortes qui limitent potentiellement le libre choix du praticien. **Cependant, un dispositif aussi complexe et en cours de déploiement laisse des espaces de liberté qu'il faut exploiter.** Ces failles permettent, malgré tout, au professionnel de garder la main ou de rester dans une certaine mesure maître du destin de sa formation. Pour gagner cette maîtrise, il lui faut commencer à s'asseoir à la table du jeu, positionner correctement son jeu de carte puis jouer adroitement ses atouts.

S'ASSOIR À LA TABLE DE JEU

Il est nécessaire que l'établissement public de santé décroche l'agrément « d'Organisme de DPC » (ODPC), via la CME. En attendant que les critères soient énoncés, que la méthode soit définie et que la composition de la commission scientifique indépendante (CSI) soit arrêtée, tout organisme de formation continue pouvait prétendre à obtenir l'agrément comme ODPC. Il suffit de renseigner les éléments administratifs auprès du site de l'Organisme Général de DPC (OGDPC). Il est programmé d'évaluer à nouveau tous les organismes de formation avant le 30 juin 2013 en vue de leur agrément comme ODPC pour 5 ans.

Pour cette tâche, les membres d'un CSI bicéphale viennent d'être nommés. La première tête ou section comporte 17 experts issus des Conseils Nationaux Professionnels (CNP) autres que la spécialité de médecine générale et évaluera les candidats ODPC de spécialités. L'autre tête de 17 experts évaluera les candidats ODPC de médecine générale. Le corps commun est composé de 8 membres représentants de la conférence des doyens, du conseil national de l'ordre des médecins, de la HAS et des personnalités qualifiées. Cette commission devra donc évaluer l'ensemble des candidatures en moins de 6 mois.

Combien de candidatures la CSI devra examiner dans ce laps de temps ? Au minimum il s'agit des anciens

organismes de formation médicale continue (FMC). En 2010, leur nombre se montait à 492 organismes (site des conseils nationaux de la formation Médicale continue www.cnfmc.fr). Vont s'y ajouter, pour pouvoir s'inviter à la table de jeu, **tous les établissements de santé (plus de 600), universités, sociétés, syndicats, associations, voire revues médicales** qui se porteront logiquement candidats. De plus, dans ce contexte d'ouverture de marché, vont se rajouter tous les organismes privés qui souhaiteront prétendre au partage de la nouvelle manne financière du DPC.

Enfin, chacun de ces candidats qui souhaite intervenir dans une spécialité d'exercice et dans la spécialité de médecine générale sera évalué dans chacune des deux sections.

Au bas mot, 1000 à 2000 candidatures potentielles devront être examinées (1300 organismes se sont déjà déclarés et pour l'essentiel agréés de façon automatique lors de la première phase transitoire).

Le conseil, dont la disponibilité des membres est limitée, devra assurer l'examen d'un nombre démesuré de candidatures (40 à 80 candidatures par semaines ?). Les deux sections de ce conseil se réunira-t-il plus d'une fois par semaine, une fois par mois ? Plus les échéances se rapprochent, cette charge risque d'être encore plus délicate à assumer puisque le site mondpc.fr dédié à l'inscription d'une candidature n'est pas encore opérationnel.

En tout état de cause, il est possible d'imaginer, sans trop de risque, que l'examen approfondi de l'ensemble de ces candidatures ne soit pas réalisable dans le délai imparti. Donc même si votre structure n'a pas l'antériorité d'un organisme de FMC, soumettez votre candidature à l'OGDPC et vous pourrez entrer dans la salle de jeu du DPC.

BIEN POSITIONNER SON JEU DE CARTE

La CSI ne valide pas le contenu du programme. Celui-ci doit seulement être dispensé par un organisme agréé (ODPC), correspondre à une méthode définie par la HAS et à une orientation nationale (ministère) ou régionale (ARS).

Cette année, quelles sont les orientations ? Au niveau national et pour 2013, celle-ci sont définies par la CIR-

CULAIRE N°DGOS/RH4/2012/206 du 22 mai 2012. Ces orientations indiquent aux établissements les formations prioritaires à dispenser pour améliorer la qualité et la sécurité des soins et dans un cadre de politique pluriannuelle de santé publique. [NB. Cette circulaire indique aussi qu'elles ont pour vocation de faciliter l'organisation de sessions de formation nationales via l'ANFH, seul Organisme Paritaire Collecteur

Agrée (OPCA) par le ministère (la DGOS)]. Ces orientations, très générales pour cette année, recouvrent les objectifs premiers d'une action de formation d'un établissement de santé. À titre d'exemple, la première orientation retenue est intitulée « Améliorer la qualité des soins et soutenir le développement de prises en charge innovantes et efficaces ». Cependant, des fiches déclinent le périmètre sous-jacent à ces grandes orientations. Elles détaillent les objectifs pédagogiques, les contenus et les cibles attendus. **Là cela se complique et les souhaits de formation des professionnels ne se retrouveront pas toujours dans la liste détaillée des actions.** D'autres axes comportent des actions dans lesquelles plus de professionnels se retrouveront. Le quatrième axe : « renforcer la sécurité des prise en charge au profit du patient et du personnel » avec ses fiches de prévention des erreurs médicamenteuses évitables. Parmi les cinq actions prioritaires de formations nationales 2013, « la construction d'un DPC » ou « la déclaration des événements indésirables graves » recouvrent les objectifs premiers d'une formation recherchée par un grand nombre de professionnels. Il est assez immédiat de positionner des formations existantes sous ces axes.

Même si votre projet de formation n'entre pas directement dans la liste des orientations du ministère, construisez votre programme de DPC au sein de votre établissement (un ODPC) et vous pourrez jouer au DPC

BIEN EXPLOITER SES CARTES EXISTANTES OU JOUER LES BONNES CARTES DE SA MAIN, PLACER SES ATOUTS

Obtenir l'agrément comme ODPC, au moins pour l'examen de 2013, risque d'être avant tout **un enjeu de formalisme administratif**. L'étape suivante est de pouvoir porter des formations qui répondent aux modalités et méthodes du DPC. Ces éléments viennent d'être formalisés dans un document de 4 pages publié sous l'égide de l'HAS ([liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf](#)). En substance, une formation doit obéir au principe simple d'une démarche qualité comprenant une action d'acquisition de connaissance ou de compétence, une analyse individuelle des pratiques et enfin, un suivi des actions d'amélioration des soins. Ou encore il s'agit d'une association, articulée, planifiée et prédéfinie, entre

une analyse des pratiques professionnelles et une acquisition des connaissances. Cette articulation apparaît assez claire lorsque il s'agit d'une approche à dominance pédagogique ou cognitive (une formation, séminaire, colloque ou DU). Celle-ci devra alors associer à une activité d'analyse des pratiques, qu'elle soit intégrée à la formation ou non. La possibilité d'externaliser cette composante permet d'envisager la construction d'un programme comportant un accès au congrès de sa spécialité (qui se sera bien évidemment un ODPC) et une analyse des pratiques telle qu'elle est régulièrement réalisée dans votre établissement. Avec cette possibilité d'externalisation de l'analyse des pratiques, le programme de DPC s'approche d'un format de « portfolio » où sont combinées des actions jusqu'alors déconnectées. Cela correspond au deuxième type d'approche, dite à dominance analyse des pratiques. Cette construction est assez immédiate pour un établissement de santé qui s'est engagé dans des actions d'analyse des pratiques de soins ou programme d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) [Revue de mortalité et de morbidité (RMM), analyse de parcours de soins, bilan de compétences,..]. **Un recensement des actions existantes et une sélection pertinente des séminaires ou DU permet assez immédiatement de hausser un plan de formation conventionnel au niveau d'un DPC.** La possibilité de capitaliser directement le travail existant est un des points majeurs d'ancrage de la réflexion annoncé par les formalisateurs de ces modalités et méthodes de DPC (le collège de la HAS) Pour les autres types d'approche, l'existant peut aussi être directement exploité. C'est le cas de l'enseignement et la recherche, la formation dans un programme DPC, dans un centre de simulation.

Si vous n'avez pas l'expertise d'un organisme de formation, capitalisez vos actions existantes d'analyse des pratiques et autres programmes d'EPP de votre établissement en les articulant adroitement avec le séminaire ou DU escompté et vous pourrez gagner votre DPC.

En conclusion, les orientations prioritaires laissent ouverts des espaces de création dans lequel il est possible de positionner son projet de formation. Les méthodes de construction des formations laissent la place à des modalités d'articulations variables entre la composante cognitive et d'analyse des pratiques qui facilitent la capitalisation des actions existantes de son établissement. Les démarches d'agrément de son établissement comme ODPC apparaissent actuellement suffisamment accessibles pour qu'il soit possible de maîtriser le destin de sa formation professionnelle tout en validant ses obligations de DPC.

Laurent Heyer, Secrétaire Général adjoint du SNPHAR-E

RÉGIE PUBLICITAIRE :

Macéo éditions / RPS

11, bd Ornano - 75018 Paris

Directeur : Monsieur Kamel Tabtab

Tél : 01 53 09 90 05 - Mail : k.tabtab@reseauprosante.fr -

Web : reseauprosante.fr

Prochain numéro : Avril 2013

LE CENTRE HOSPITALIER D'ARLES (BOUCHES-DU-RHONE)

RECRUTE

UN MEDECIN ANESTHESISTE TEMPS PLEIN

INSCRIPTION AU CONSEIL DE L'ORDRE OBLIGATOIRE

CANDIDATURE ET CV À ADRESSER À :

MONSIEUR LE DIRECTEUR

CENTRE HOSPITALIER D'ARLES

B.P. 80195 - 13637 ARLES CEDEX

COURRIEL : affaires.medicales@ch-arles.fr

POUR TOUT RENSEIGNEMENT, CONTACTER :

MONSIEUR LE DR DELPORT AU 04 90 49 29 29

yves.delport@ch-arles.fr

LE CENTRE D'ÉVALUATION ET DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR DU CHU DE STRASBOURG

RECRUTE UN ANESTHÉSISTE POUR COMPLÉTER SON ÉQUIPE

(1 PU-PH ISSU DE L'ANESTHÉSIE ; 1 PH D'ANESTHÉSIE ;
2 PH GÉNÉRALISTES ; 1 HYPNOTISEUR, 1 ACUPUNCTEUR,
1 RÉÉDUCATEUR À TEMPS PARTIEL ; 1 PSYCHOLOGUE,
1 KINÉSITHÉRAPEUTE ; 1 NEUROLOGUE
EN COURS DE RECRUTEMENT)

- Le candidat assurera des consultations et des actes d'analgésie ; possibilité de recherche clinique et/ou fondamentale.
- Une formation douleur (type DESC ou capacité) est souhaitée ; le CHU organise ces diplômes.

Le recrutement se fera sur un poste de praticien contractuel ou d'assistant spécialiste, avec secondairement poste de PH.

CONTACTER :

Pr André Muller : 0388116483

ou par mail andre.muller@chru-strasbourg.fr



Fondation HOPALE

Reconnue d'utilité publique

1100 lits et places - 2500 salariés

Recherche pour l'Institut Calot de Berck sur Mer (62)
Département de Chirurgie de 120 lits et 12 lits de SCC

2 MEDECINS ANESTHESISTES

DES Anesthésie-Réanimation, compétence en ALR écho-guidée appréciée
CDI temps plein - Convention FEHAP CCN 51 et accords d'entreprise
Postes à pourvoir rapidement

Activité : Chirurgie orthopédique membres supérieurs et inférieurs,
Chirurgie Rachidienne y compris infantile, Chirurgie du Handicap,
Chirurgie ambulatoire Stomatologie, Endoscopie, Ophtalmo.

2 Blocs opératoires : 6 salles hyper aseptiques / 2 salles septiques
Plateau technique performant (IRM, Scanner, Gamma Caméra)
10 IADE - Astreintes à domicile

Avantages sociaux : mutuelle santé, prévoyance, aide au logement,
assurance RCP

Cadre agréable : Bord de mer, 30 mns de Boulogne/Mer, 1h d'Amiens,
2h de Lille

Contact Médical :

Docteur Frédéric NGOYI BUKASA

Tél. 03 21 89 20 26

frederic.ngoyibukasa@hopale.com

Contact Direction Générale :

James FAUCOEUR

Tél. 03 21 89 40 00

jfaucoeur@hopale.com

www.fondation-hopale.org



LE CHU DE NICE RECRUTE : ANESTHÉSISTES-REANIMATEURS

Le Pôle d'Anesthésie Réanimation du Centre Hospitalier Universitaire du Nice assure l'ensemble des activités inhérentes à cette structure :

- Chirurgie Orthopédique avec développement de la chirurgie ambulatoire (ALR échoguidée, cathéters analgésiques ambulatoires)
- Chirurgie Bariatrique
- Chirurgie Carcinologique Viscérale (centre référent pour la chimiohyperthermie intrapéritonéale CHIP)
- Transplantation multi-organes (hors chirurgie cardiaque)
- Réanimation chirurgicale Archet orientation carcinologie digestive et insuffisance hépatique (Dialyse à l'Albumine, PICCO, hémofiltration)
- Chirurgie Thoracique et Vasculaire avec équipe anesthésique et chirurgicale jeune, techniques innovantes (endoprothèses vasculaires, CHIT, etc...)
- Maternité niveau 3
- Réanimation Traumatologique et Polyvalente St Roch (Echocardiographie transoesophagienne, doppler transcrânien, hémofiltration)
- Equipement matériel neuf (dispositifs d'AIVOC, respirateurs compatibles AINOC, échographes)

Renseignements :

Professeur Raucoules - chef de pôle - raucoules.m@chu-nice.fr - tél : 04 92 03 77 77
Professeur Carles - carles.m@chu-nice.fr - tél : 04 92 03 60 05

Ouverture en 2014 d'un nouvel hôpital Pasteur 2 avec Bloc opératoire de 17 salles (en première tranche) et une Réanimation de 23 lits, une Unité de Chirurgie Ambulatoire de 22 postes, un plateau moderne de radiologie interventionnelle, un centre de référence de Neurochirurgie.

Renouvellement en cours de l'équipe anesthésique avec rajout de responsables d'équipes, dynamisation des axes de la recherche clinique et de la formation (par l'utilisation du Centre de Simulation de la Faculté) et renforcement de collaboration JADE (grade master).



centre hospitalier
MONT DE MARSAN

Avenue Pierre de Coubertin
40 024 Mont-de-Marsan cedex

Le centre hospitalier de Mont-de-Marsan recrute

UN ANESTHÉSISTE

Avec possibilité de remplacements préalables

Établissement de 1 195 lits et places employant 2 352 salariés,

- 8 salles d'opération
- 11 postes de SSPI
- Très bon niveau d'équipement, informatisation, échographe
- Equipe de 10 MAR, garde sur place,
- Chirurgies de spécialités sauf chirurgie cardiaque, ophtalmologie, et neurochirurgie
- 9500 actes par an
- Maternité de 1500 accouchements,
- Service qualifiant pour la spécialité (1 à 2 DESAR)
- Plateau technique complet et performant

La ville de Mont-de-Marsan, c'est aussi :

- La proximité de la côte atlantique l'été (1h 30) et des stations des Pyrénées l'hiver
- 130 kilomètres de Bordeaux (1h 15), de Pau (1 heure) par autoroute A 65
- Paris à 3 heures de Bordeaux en train (T.G.V)
- L'Espagne à environ deux heures de route en voiture.

Pour tout renseignement, vous pouvez joindre :

• Docteur TESTON,
Chef de service et Chef de pôle,
05 58 05 18 51 ou 07 77 36 61 33,
philippe.teston@ch-mt-marsan.fr

• Madame BOUQUEREL,
Directeur des affaires médicales,
05 58 05 10 20,
aurore.bouquerel@ch-mt-marsan.fr
ou affaires-medicales@ch-mt-marsan.fr



centre hospitalier
MONT DE MARSAN

Avenue Pierre de Coubertin
40 024 Mont-de-Marsan cedex

Pour tout renseignement, vous pouvez joindre :

• Monsieur le Docteur PASCAL,
Chef de service,
05 58 05 17 50,
michel.pascal@ch-mt-marsan.fr

• Madame BOUQUEREL,
Directeur des affaires médicales,
05 58 05 10 20,
aurore.bouquerel@ch-mt-marsan.fr
ou affaires-medicales@ch-mt-marsan.fr

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

Le centre hospitalier de Mont-de-Marsan recrute

UN RÉANIMATEUR

Établissement de 1 195 lits et places employant environ 2 300 salariés, doté d'un plateau technique complet et performant et engagé dans un projet de restructuration de son service de réanimation et de création d'une unité de surveillance continue de 6 lits

- Unité de réanimation polyvalente médico-chirurgicale de 10 lits
- Recrutement médical prédominant (75 à 80% de l'activité)
- Possibilité de prendre des gardes en anesthésie pour les candidats ayant la double qualification d'anesthésie et de réanimation
- Equipe actuelle de 5 E.T.P de praticiens
- Gardes sur place
- Ouverture en 2013 du nouveau service de réanimation de 8 lits et de l'unité de soins continus de 6 lits

La ville de Mont-de-Marsan, c'est aussi :

- La qualité de vie du Sud Ouest en général et de l'Aquitaine en particulier
- La proximité de la côte atlantique l'été (1h00)
- La proximité des stations des Pyrénées l'hiver (2 heures)
- Par autoroute (A 65) 130 kilomètres de Bordeaux (1h 30) et de Pau (1 heure)
- Paris à 3 heures de Bordeaux en train (T.G.V)
- L'Espagne à environ deux heures de route en voiture



centre hospitalier
MONT DE MARSAN

Avenue Pierre de Coubertin
40 024 Mont-de-Marsan cedex

Pour tout renseignement, vous pouvez joindre :

• Madame le Docteur HARAMBAT,
Chef de service du S.A.U,
05 58 05 53 65 ou 11 00,
conseil.federation@ch-mt-marsan.fr

• Madame le Docteur RICARD,
Chef de service du SAMU-SMUR,
05 58 05 18 31 ou 17 05,
conseil.federation@ch-mt-marsan.fr

• Madame BOUQUEREL,
Directeur des affaires médicales,
05 58 05 10 20 ou 17 20,
aurore.bouquerel@ch-mt-marsan.fr
ou affaires-medicales@ch-mt-marsan.fr

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

Le centre hospitalier de Mont-de-Marsan recrute

DES MÉDECINS URGENTISTES

Pour rejoindre l'équipe de la fédération médicale des urgences CAMU exigée ou en cours de 2ème année

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) (107 534 affaires traitées en 2011)
- 3 SMUR dont deux déportés
- Le Services d'Accueil des Urgences (28 830 passages en 2011)
- L'H.T.C.D (10 lits)

Le centre hospitalier de Mont-de-Marsan, c'est également :

- 1 195 lits et places
- Environ 2 300 salariés, médicaux et non médicaux
- 7 pôles d'activité clinique dont le pôle mère enfant
- Un plateau technique complet avec centre d'angioplastie

La ville de Mont-de-Marsan, c'est aussi :

- La qualité de vie du Sud Ouest en général et de l'Aquitaine en particulier
- La proximité de la côte atlantique l'été (1h00)
- La proximité des stations des Pyrénées l'hiver (2 heures)
- Par autoroute (A 65) 130 kilomètres de Bordeaux (1h 30) et de Pau (1 heure)
- Paris à 3 heures de Bordeaux en train (T.G.V)
- L'Espagne à environ deux heures de route en voiture

Le (a) candidat(e) doit être inscrit au Conseil de l'Ordre ou au moins, avoir réussi la Procédure d'Autorisation d'Exercice (P.A.E).



LE CENTRE HOSPITALIER DE PAU (64) RECRUTE

UN PRATICIEN HOSPITALIER EN ANESTHESIE

Poste à pourvoir à compter du 1er février 2013
Pour rejoindre une équipe dynamique de 14 praticiens

Activité polyvalente : 12 000 actes/an (à l'exception de la chirurgie cardiaque, neurochirurgie et urologie adulte)

Maternité de niveau III (1 450 accouchements/an)

Bloc opératoire de moins de quatre ans, équipements neufs, échographes

Cadre de vie très agréable,

à une heure des pistes de ski, du Parc National des Pyrénées,

et des plages de l'atlantique (Pays Basque, Landes)

dans une ville universitaire et une agglomération de 150 000 habitants

Merci de contacter :
M. le Docteur **OLIVIER TUEUX**
tél. 05 59 72 67 58
olivier.tueux@ch-pau.fr



LE CENTRE HOSPITALIER PUBLIC DU COTENTIN recrute pour son département d'anesthésie-réanimation

PH, CONTRACTUEL OU CLINICIEN

Blocs opératoires centralisés, maternité niveau 3, réanimation polyvalente.
Application des avancées statutaires, collaboration active avec le CHU de Caen.

Cherbourg-Octeville,
seconde ville de la région
Basse Normandie,
cadre touristique
de bord de mer.

<http://www.ch-cotentin.fr>

Contacts

Docteur Ali BOUARICHE, Chef de service, a.bouariche@ch-cotentin.fr, tél. : 02.33.26.76.80

Direction des affaires médicales : DAM@ch-cotentin.fr, tél. : 02 33 20 70 34



CHUCaen

Le CHU de Caen (Calvados)

situé au cœur de la Normandie dans une agglomération de près de 230 000 habitants, à 15 mn des plages, 2 h de Paris et 1h de Lyon en avion

RECHERCHE

4 MEDECINS

ANESTHESISTES REANIMATEURS

- ▶ pour les secteurs de **CHIRURGIE GENERALE**
- ▶ pour le secteur **NEUROCHIRURGIE – ORL – CMF**
- ▶ pour le secteur **RÉANIMATION CHIRURGICALE**

Candidature à adresser à :

Mathilde ESTOUR MASSON,

Directeur des Personnels Médicaux

Tél : 02 31 06 30 16

Courriel : estourmasson-m@chu-caen.fr

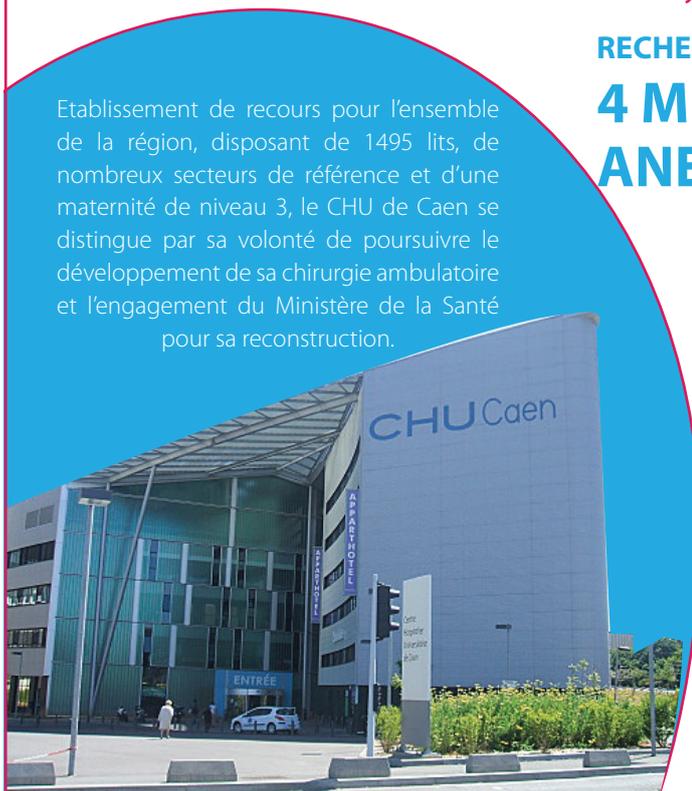
Pour tout renseignement,

contacter le Professeur Jean-Luc HANOZ

Chef du Pôle « Anesthésie – Réanimation – SAMU – SMUR »

Tél : 02 31 06 47 36

Courriel : hanouz-jl@chu-caen.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE MONTAUBAN

RECHERCHE UN MÉDECIN ANESTHÉSISTE



Le CH de MONTAUBAN (875 lits et places) recherche un anesthésiste, titulaire du Diplôme d'Etudes Spécialisées "Anesthésie-Réanimation", pour son bloc opératoire de 6 salles (4167 interventions en 2011).

- Projets :
- Développement de la chirurgie ambulatoire
- Accueil de nouveaux chirurgiens au sein du Pôle
- Développement de l'anesthésie locorégionale.
- Equipe actuelle composée de 5 anesthésistes.
- Rémunération : Statut de PH avec temps additionnel. Contrat de Clinicien.

Affaires Médicales
Tél. 05.63.92.80.00
d.pascal@ch-montauban.fr

CONTACTS : • Docteur Mardegan, chef de pôle - Tél : 05 63 92 81 51 - p.mardegan@ch-montauban.fr
• Mireille Houadec, chef de service - Tél : 05 63 92 80 72 - m.houadec@ch-montauban.fr



Centre
Hospitalier
d'Auch
EN GASCOGNE

Soigner & prendre Soins



Etablissement Pivot du Territoire de santé du Gers
situé à 1h00 de Toulouse

Recherche Pour son Bloc Opératoire (6 salles)

UN MEDECIN ANESTHESISTE (H/F)

- 275 lits MCO
- 8 Infirmières anesthésistes DE
- 5 000 Anesthésies pratiquées en 2011
- 6 salles de Bloc (2 ortho, 4 viscéral et obstétrique)

Contact : 05.62.61.31.02

Email : direction_generale.secretariat@ch-auch.fr

Courrier : Allée Marie Clarac BP382 32008 AUCH Cedex

LE CENTRE HOSPITALIER DE GUERET



CENTRE HOSPITALIER
DE GUERET

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

recherche

UN MEDECIN ANESTHESISTE-REANIMATEUR

TEMPS PLEIN

*Vous rejoindrez une équipe de 4,5 anesthésistes
Recrutement sur un statut de praticien hospitalier
ou contractuel*

Les candidatures sont à adresser à :

Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier - 39 avenue de la sénatorerie
BP 159 - 23011 GUERET CEDEX ou ch.gueret@sil.fr

Les personnes à contacter sont :

Mr le Docteur AUSTIN - chef du service d'anesthésiologie au 05.55.51.70.35

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 2A (environ 600 accouchements par an dont 433 péridurales), laboratoires, radiothérapie/oncologie.

C'est aussi un plateau technique composé de :

scanner 32 coupes, IRM de dernière génération, 3 salles de radiologie conventionnelle, mammographe numérique

Spécialités présentes : chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale, gynécologie, urologie, ORL, ophtalmologie, odontologie
Bloc opératoire comportant :

4 salles d'opération, 1 salle de réveil

Nombre d'actes effectués :

851 ambulatoires – 4051 hospitalisés

LE CENTRE HOSPITALIER DE NIORT (79)

Région POITOU-CHARENTES



Situation attractive sur le plan autoroutier et TGV - Agglomération niortaise de 110 000 habitants
Bassin de santé 400 000 habitants - Hôpital dynamique très équipé - Locaux neufs, établissement à taille humaine

RECHERCHE

DEUX ANESTHESISTES - REANIMATEURS

Praticiens Hospitaliers temps plein (postes à recrutement prioritaire) Ou Praticiens contractuels ou Assistants Spécialistes

Candidature à adresser à : Monsieur Michel BEY, Directeur des Affaires Médicales

Tél : 05 49 78 20 34 - dam@ch-niort.fr

Pour tout renseignement, contacter : Monsieur le Docteur Pierre DESCOINS
Chef de Pôle « Anesthésie - Blocs opératoires - Chirurgie ambulatoire et Douleur »
pierre-francois.descoins@ch-niort.fr - (Tél du secrétariat : 05 49 78 30 30)

Toute candidature sera étudiée



LE CH DE CHAMBÉRY RECHERCHE

- UN ANESTHESISTE
- OU/ET UN ASSISTANT PH EN ANESTHÉSIE

• L'équipe d'anesthésie est composée de 21.9 ETP de médecins et de trois internes.
Avec environ 16 000 actes par an, l'activité d'anesthésie est variée : orthopédie, viscéral, urologie, thoracique, spécialités chirurgicales.

• Une maternité de niveau 3.
Avec 3000 accouchements.

• Un bloc ambulatoire dédié - Il existe deux gardes sur place :
• une garde au bloc central et aux soins continus • Une garde à la maternité.

Renseignements et candidature :
Dr Carmagnac chef
de service Anesthésie
christian.carmagnac@chambery.fr
Tél : 04 79 68 40 77

Direction des Affaires médicales
dam@chambery.fr
Tél : 04 79 96 50 82



LE CENTRE HOSPITALIER SUD FRANCILIEN (ESSONNE - 91)

Établissement Public de 1 000 lits, situé aux portes de Paris, à proximité de l'A6 et de la Francilienne



RECRUTE URGENT POUR SON SERVICE D'ANESTHESIOLOGIE UN MEDECIN ANESTHESISTE

À PLEIN TEMPS
OU
À TEMPS PARTIEL

Pour tout renseignement,
contacter le Chef de service :
M. le Dr SIMON au 01 61 69 51 31

Adressez votre candidature avec lettre de motivation + CV à :
l'Attaché d'Administration de la Direction des Affaires Médicales,
Evelyne DURANT

Par courrier :
Centre Hospitalier Sud francilien
116, boulevard Jean Jaurès - 91000 CORBEIL ESSONNE CEDEX

Ou par Mail :
evelyne.durant@ch-sud-francilien.fr
Tél. 01.61.69.55.36



LE CENTRE HOSPITALIER DE MONTLUÇON

Département de l'Allier (Auvergne), situé à 1h de Clermont-ferrand et à 3h de Paris.
914 lits, postes et places - Bassin d'attractivité : 150 000 habitants sur 4 départements.

*Établissement phare du bassin montluçonnais,
Doté d'un plateau technique neuf et fonctionnel et d'équipes performantes,
Recherche, afin de compléter ses équipes médicales,*

ANESTHESISTES & REANIMATEURS

Pour tout renseignement administratif : Affaires Médicales
a.cazal@ch-montlucon.fr ou c.saez@ch-montlucon.fr
04 70 02 36 63 - 04 70 02 42 29



CENTRE HOSPITALIER DE LONS LE SAUNIER (Jura Sud)

Etablissement référent sur le territoire de santé, situé dans une ville thermale à 1 h de Dijon et Besançon, 1 h 30 de Lyon et 1 h 45 de Genève,

RECRUTE UN 8ÈME ANESTHESISTE- REANIMATEUR

TRAVAIL EN TEMPS CONTINU ET GARDES SUR PLACE

- Bonne ambiance de travail avec une équipe motivée de 2 IDE en SSPI, 14 IADE, 1 cadre IADE.
- Compétence en ALR échoguidée bienvenue
- 343 lits MCO, 1 160 accouchements avec 54 % APD et 11 % de césariennes.

9 salles, service de chirurgie ambulatoire, toutes spécialités chirurgicales sauf neuro / cardiothoracique / rachis. Réanimation polyvalente de 8 lits avec garde séparée, USI cardiologiques, pédiatrie et néonatalogie II b. Plateau technique complet dont IRM et scintigraphie.

- Région touristique agréable, propice aux sports et loisirs

Pour tous renseignements :

Docteur P. VIENOT, Responsable UF Anesthésie : 03 84 35 60 34 ou 03 84 35 60 00 poste 1106 ou patrice.vienot@ch-lons.fr

Monsieur Nicolas ALEXANDRE, DRH, 03 84 35 60 00, poste 5100 ou nicolas.alexandre@ch-lons.fr

Candidatures à Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier, 55 rue du Dr Jean MICHEL, 39016 LONS LE SAUNIER ou olivier.perrin@ch-lons.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE SEMUR-EN-AUXOIS (21140), établissement dynamique de la région Bourgogne, cadre de vie agréable (1h de Paris en TGV, 2h de Lyon par l'autoroute A6), et des conditions d'exercice privilégiées, recrute :

2 ANESTHESISTES REANIMATEURS (H-F)

Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins en France impérative.

Equipe composée de 4 praticiens. Organisation en 24h.

Etablissement de 451 lits autour d'un plateau technique entièrement reconstruit et rééquipé.

Chirurgie, bloc opératoire 5 salles, maternité niveau 1, Soins Intensifs Polyvalents.

Coopération CHRU Dijon.

Contacts :

• **Dr Thierry BAUDOIN**, Chef de Pôle : 03.80.89.64.28 - Thierry.baudouin@ch-semur-en-auxois.fr

• **Catherine PATENOTTE**, Affaires Médicales : 03.80.89.65.28 - Catherine.patenotte@ch-semur-en-auxois.fr

• **Christelle OUDIN**, Directrice Ressources Humaines : 03.80.89.64.16 - Christelle.oudin@ch-semur-en-auxois.fr



CENTRE HOSPITALIER
CHALON SUR SAONE
William Morey

Situé sur l'autoroute A6 entre Lyon et Dijon, à 1h30 de Paris en TGV. Dans une région agréable, réputée pour ses vignobles, sa gastronomie, son architecture, ses paysages variés.

Etablissement (inauguré en octobre 2011), organisé en 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.

RECRUTE

✕ Anesthésistes

pour renforcer son équipe de 9 praticiens

Le bloc opératoire est composé de 8 salles d'opérations intégrées, 1DRAËGER et de colonnes embarquées TRUMPF, il assure la prise en charge de nombreuses spécialités chirurgicales et médicales : Chirurgies (viscérale, digestive, vasculaire, thoracique, endoscopie digestive, gynécologique, orthopédie et traumatologie, ORL, ophtalmologie), cardiologie interventionnelle, rythmologie, ... Le Centre Hospitalier dispose d'un service de réanimation (16 lits), de surveillance continue (8 lits), (7 réanimateurs dédiés à ce service) ; d'USIC (8 lits) et USINV (4 lits).

Pour tout renseignement, contacter :

Monsieur le Docteur MARIOTTE Jean-Louis
Responsable de service
jeanlouis.mariotte@ch-chalon71.fr

Direction des Affaires Médicales
Tél : 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 71100 CHALON-SUR-SAONE
Tél : 03.85.44.66.88 - Fax : 03.85.44.66.99



www.ch-chalon71.fr



L'INSTITUT JEAN-GODINOT

Centre Régional de Lutte contre le CANCER - (78 lits, 20 places en ambulatoire, 32.000 consultations/an
2 blocs opératoires - 4 salles (1 IADE par salle) - dossier d'anesthésie informatisé)

RECRUTE

UN PRATICIEN SPÉCIALISTE ET UN ASSISTANT SPÉCIALISTE EN ANESTHÉSIE - REANIMATION

Postes à pourvoir immédiatement

Contacts :

- Professeur Hervé CURÉ, Directeur Général - Institut Jean-GODINOT, 1 rue du Général Koenig
BP 171 - 51056 REIMS CEDEX - Tél 33 (0)3 26 50 44 87 - Email : herve.cure@reims.unicancer.fr
- Dr Brigitte MAGET, Chef de service - tél 33 (0)3 26 50 44 22 - Email : brigitte.maget@reims.unicancer.fr
- Mme HOLMES, DRH - Tél 33 (0)3 26 50 44 67 - Email : anne.holmes@reims.unicancer.fr

A REIMS, ville chargée d'histoire et de modernité et Centre économique de notre région Champagne - Ardenne / Aisne, situé à 45 minutes de Paris



Le Centre Hospitalier de Lannion-Trestel (Côtes d'Armor)

recherche

7^{ÈME} ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR.

Hôpital, pôle d'équilibre du territoire 7
Avec forte activité en orthopédie-traumatologie et de gynécologie-obstétrique
(chirurgie carcinologique autorisée).
Garde sur place et Unité de Surveillance Continue

Candidature et CV à envoyer à :
Monsieur Le Directeur du Centre Hospitalier
BP 70348 - 22303 LANNION
Tél : 02.96.05.71.19
Courriel : sec-affairesmedicales@ch-lannion.fr



Centre Hospitalier
Pierre le Daman
LANNION-TRESTEL



LE CENTRE HOSPITALIER DE CHOLET

(Maine et Loire - 49) A 60 km des C.H.U. d'Angers et de Nantes

RECRUTE

DES ANESTHÉSISTES REANIMATEURS Pour son service d'anesthésie

L'équipe d'anesthésie du Centre Hospitalier est composée de 12 médecins anesthésistes réanimateurs, de 20 infirmiers spécialisés en anesthésie et de 4 infirmiers non spécialisés affectés en SSPI. Tous les types d'anesthésie sont proposés et réalisés en fonction de l'intervention proposée et de l'état des patients évalués lors de l'examen pré-opératoire.

UN ANESTHÉSISTE REANIMATEUR OU UN REANIMATEUR MEDICAL

Pour son service de réanimation

(8 lits de réanimation et 4 lits de surveillance continue)

Ce médecin rejoindra une équipe médicale composée de 7 médecins (5.25 ETP).

Ce service assure la prise en charge 24 heures sur 24 de tout type de réanimation médico-chirurgicale à l'exclusion de la neurochirurgie et de la chirurgie cardiaque. Il pratique la ventilation invasive et non invasive. Les patients traumatisés crâniens graves ne relevant pas d'une indication chirurgicale sont pris en charge en collaboration avec les services de neurochirurgie des CHU voisins.



Les candidatures sont à adresser à M. le Directeur
Centre Hospitalier de CHOLET
1 rue Marengo, 49325 CHOLET CEDEX
02 41 49 66 97
Mail : affaires.medicales@ch-cholet.fr
Chef de service :
Mme le Dr BARREAU-AGUILERA : 02 41 49 64 54

Site web : www.ch-cholet.fr



La Clinique Mutualiste de l'Estuaire et le Centre Hospitalier de Saint Nazaire recherchent

UN/UNE MÉDECIN ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR

pour intervenir au sein du Bloc Opératoire de la Cité Sanitaire de Saint Nazaire, dont l'organisation est mutualisée entre la Clinique Mutualiste de l'Estuaire et le Centre Hospitalier de Saint Nazaire.

- La Cité Sanitaire a ouvert durant l'été 2012 ; elle compte 718 lits et places.
- Le bloc opératoire est composé de 16 salles. Les spécialités sont : orthopédie, vasculaire, viscérale, urologie, gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, ORL, stomatologie ...
- Deux statuts : PH ou Libéral - Rémunération selon statut.

Contacts :

V. TRAISSAC, RRH
Clinique Mutualiste de l'Estuaire
Valerie.traissac@mmla.fr
L. OTT, Responsable des Affaires Médicales
Centre Hospitalier de Saint Nazaire
l.ott@ch-saintnazaire.fr

11 Boulevard Georges Charpak - CS 20252
44606 SAINT NAZAIRE Cedex
Cité : 02 72 27 89 86
Heinlex : 02 40 90 60 82

Dr Bertrand MAS - Président Hôpitaux de la Timone - Marseille bertrand.mas@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation)	Ligne Directe : 04 91 38 68 47 / Fax : 50 33 Portable : 06 62 00 60 11
Dr Yves REBUFAT - Vice-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 Veronique AGAESSE - Secrétaire Générale CHU d'Amiens - Centre St Victor - 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 Claude WETZEL - Trésorier Hôpitaux Universitaires - Strasbourg claud.wetzel@snphar.fr	Affaires Européennes	Standard : 03 88 12 70 77 / Fax : 70 74 Ligne Directe : 03 88 12 70 77 Portable : 06 60 55 56 16
Dr Patrick DASSIER - Trésorier-adjoint Hopital européen Georges Pompidou - Paris patrick.dassier@snphar.fr	Contentieux - Retraites	Ligne Directe : 01 56 09 23 16 / Fax : 22 20 Portable : 06 03 69 16 63
Dr Raphael BRIOT - Administrateur CHU - SAMU 38 - Grenoble raphael.briot@snphar.fr	Retraites - Urgences Représentation des médecins non-anesthésistes Relation avec les Universitaires	Standard : 04 76 76 75 75 Ligne Directe : 04 76 63 42 86 Portable : 06 81 92 31 42
Dr Nathalie CROS-TERRAUX - Administrateur Hôpital Général - Dijon nathalie.cros-teraux@snphar.fr	Relations avec les délégués - DPC Médecins en formation	Ligne Directe : 03 80 29 36 82 Portable : 06 81 58 27 95
Dr Max Andre DOPPIA - Administrateur 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	Standard : 02 31 06 31 06 / Fax : 53 81 Portable : 06 83 37 62 64
Dr Michel DRU - Administrateur Centre Hospitalier H. Mondor - SAMU 94- Créteil michel.dru@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Contentieux - FEMS - Région parisienne	Ligne Directe : 01 45 17 95 10 Portable : 06 73 98 08 52 Fax : 01 49 81 21 99
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	Standard : 01 48 02 66 66 / Fax : 60 06 Ligne Directe : 01 48 02 66 93 Portable : 06 71 14 74 72
Dr Jean GARRIC - Administrateur Hôpital Central - Nancy jean.garric@snphar.fr	Textes officiels - Retraites Administrateur CNG - FAQ Conseil supérieur des hôpitaux	Ligne Directe : 03 83 85 20 08 / Fax : 26 15 Portable : 06 07 11 50 13
Dr Louise GOUYET - Administrateur Hôpital Trousseau - Paris louise.gouyet@snphar.fr	Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) PH temps partiel - Qualité et organisation du bloc	Standard : 01 44 73 74 75 Ligne Directe : 01 71 73 89 60 Portable : 06 11 94 77 20
Dr Laurent HEYER - Administrateur Groupe hospitalier Larboisière Fernand Widal -Saint-Lazare - Paris laurent.heyer@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Comité Rédaction PHAR - Groupe Communication Observatoire Souffrance au Travail - Veille syndicale	Portable : 06 31 18 57 61 Fax : 01 49 95 91 32
Dr Samuel LEROY - Administrateur 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 - Site web www.snphar.com	Ligne Directe: 02 35 15 62 54 / Fax : 63 63
Dr Pascal MENESTRET - Administrateur Hôpital de Ponchaillou - Rennes pascal.menestret@snphar.fr	Groupe Communication -Comité Rédaction PHAR Observatoire Souffrance au Travail - Veille Syndicale Comité Vie Professionnelle la SFAR - CFAR	Ligne Directe : 02 99 28 90 74 Portable : 06 62 81 87 51
Dr Jacques RAGNI - Administrateur Hôpital Salvator - Marseille jacques.ragni@snphar.fr	Groupe Communication -Site web www.snphar.com Veille Syndicale -Newsletter	Standard : 04 91 74 42 82 Ligne Directe: 04 91 74 42 80 Portable : 06 82 35 77 16
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 Wilfrid SAMMUT - Administrateur Centre Hospitalier Général - SAMU SMUR - Le Chesnay wilfrid.sammuto@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (médecine) Conseil de Discipline (médecine) - SAMU-Urgences	Standard : 01 30 84 96 00 / Fax : 96 70 Portable : 06 87 29 83 96
Dr Nicole SMOLSKI - Administrateur Hopital de la croix rousse - Lyon nicole.smolski@gmail.com	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Rédacteur en chef PHAR-E	Ligne Directe : 04 26 10 93 67 Portable : 06 88 07 33 14
Dr Richard TORRIELLI - Administrateur richard.torrielli@snphar.fr	Groupe Communication IADE - Périnatalité - Gouvernance Observatoire Souffrance au Travail	Portable : 06 07 13 75 66