

# PHARE

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

## FOCUS : CONFLITS AU SEIN DES HÔPITAUX : MÉDIATION ? CONCILIATION ? ARBITRAGE ?

### RÉFLEXION : POURQUOI SE SYNDIQUER AUJOURD'HUI ?

### DÉMISSIONS aux urgences : une radicalisation du dialogue social

# POUR EUX ET POUR VOUS, PENSEZ PRÉVOYANCE...



Credits photos - Fotolia

## TROP DE PRATICIENS HOSPITALIERS SOUS-ESTIMENT L'INTERET D'UNE COUVERTURE SOCIALE COMPLEMENTAIRE

• Laurent D., praticien hospitalier de 36 ans, 5<sup>e</sup> échelon, père de 2 enfants et en attente d'un 3<sup>e</sup>, décède d'une rupture d'anévrisme.

Sa femme recevra 9 258 € de la sécurité sociale et 40 973 € de l'IRCANTEC.

**Pensez-vous que ce soit suffisant pour satisfaire aux besoins de sa famille ?**

• Bernard C., interne des hôpitaux en 4<sup>e</sup> année, 29 ans entre dans un coma profond à la suite d'un accident de la route.

Il touchera 1 069 € / mois après 12 mois d'arrêt de travail.

**Pensez-vous que ce soit suffisant ?**

• Caroline M., praticien contractuel 1<sup>er</sup> échelon de 33 ans, atteinte d'une sclérose en plaque est mise en invalidité à 37 ans.

Elle touche 1 200 € / mois et cela jusqu'à sa retraite.

**Pensez-vous que ce soit suffisant ?**

avec une couverture  
**PH SERVICES  
PREVOYANCE**  
**55.17**\* €/mois  
ELLE AURAIT REÇU EN PLUS  
UN CAPITAL DE 121 566 €

avec une couverture  
**PH SERVICES  
PREVOYANCE**  
**12.17**\* €/mois  
IL SERAIT GARANTI SUR  
LA TOTALITÉ DE SON SALAIRE  
JUSQU'À LA RETRAITE

avec une couverture  
**PH SERVICES  
PREVOYANCE**  
**23.50**\* €/mois  
ELLE SERAIT GARANTIE SUR  
LA TOTALITÉ DE SON SALAIRE  
JUSQU'À LA RETRAITE

\* tarifs 2013 sous réserve d'acceptation médicale



### 2 BONNES RAISONS DE CHOISIR PH SERVICES PREVOYANCE

- Contrats automatiquement adaptés aux changements de statut et/ou d'échelons (y compris si vous devenez libéral), ou d'affectation géographique (contrat national), sans nouveau questionnaire médical.
- Les contrats PH SERVICES PREVOYANCE sont suivis, pilotés et contrôlés par des praticiens hospitaliers...

Internes, CCA, Assistants, Praticiens Hospitaliers, MCUPH et PUPH, Pharmaciens... n'hésitez pas à nous contacter !



## PH SERVICES PREVOYANCE

chez APRIL Entreprise Lyon - 1 place Verrazzano - CS 30621 - 69258 LYON cedex 09 - Tél. 04 37 46 46 87 - Fax 04 37 46 46 86  
e-mail : [phservicesprevoyance@wanadoo.fr](mailto:phservicesprevoyance@wanadoo.fr)

CONSULTEZ NOTRE SITE : [www.ph-services.org](http://www.ph-services.org)

Je désire des renseignements sur les contrats de PH Services Prévoyance. Merci de m'envoyer le ou les contrats suivants :

- |   |  |  |                               |
|---|--|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PH Temps plein     | <input type="checkbox"/> CCA - AHU                             | <input type="checkbox"/> Assistant des hôpitaux (généraliste ou spécialiste) | <input type="checkbox"/> PUPH |
| <input type="checkbox"/> PH Temps partiel   | <input type="checkbox"/> PH Contractuel                        | <input type="checkbox"/> PH Attaché  | <input type="checkbox"/> PHU  |
| <input type="checkbox"/> Interne - résident | <input type="checkbox"/> PH Temps plein avec activité libérale | <input type="checkbox"/> MCUPH   |                               |

SPÉCIALITÉ .....

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE .....

VILLE ..... CODE POSTAL .....

TEL ..... FAX ..... E-MAIL .....



POINT DE VUE DE L'ACTUALITÉ	
Quel avenir après la mission Couty .....	<b>4</b>
INTERVIEW	
Lumière sur les CHSCT .....	<b>6</b>
TÉMOIGNAGES	
Quelque part en France.....	<b>7</b>
FOCUS	
Conflits au sein des hôpitaux : Médiation ?	
Conciliation ? Arbitrage ? .....	<b>8</b>
REFLEXION	
Pourquoi se syndiquer aujourd'hui.....	<b>10</b>
MÉDECINE D'URGENCE	
Démissions aux urgences : une radicalisation	
désespérée du dialogue social .....	<b>14</b>
L'analyse du sociologue.....	<b>16</b>
LU ET ÉCOUTÉ POUR VOUS .....	<b>17</b>
NÉGOCIATIONS	
Temps de travail des PH : « quand y'a du flou	
y'a du loup.....	<b>18</b>
BILLET D'HUMEUR .....	<b>21</b>
EUROPE	
Le mouvement des médecins espagnols	
contre l'austérité.....	<b>22</b>
National Health Service : en direct	
du futur de l'hôpital français ? Hope not.....	<b>24</b>
JURIDIQUE	
La justice est une arme : une chronique	
juridique qui vous familiarise avec le droit.....	<b>26</b>
PETITES ANNONCES .....	<b>27</b>

## UN PACTE ET DES CONFLITS

Alors que le rapport sur le pacte de confiance vient tout juste d'être remis par Édouard Couty à notre Ministre, Madame Marisol Touraine, et que celle-ci annonce dans la foulée un certain nombre de mesures à mettre en place rapidement, nous constatons de notre côté, que, depuis quelques mois, nous enregistrons sur notre site internet une forte augmentation d'appels à l'aide de confrères se retrouvant dans des situations professionnelles parfois extrêmement difficiles.

La mise en place sur notre site d'outils déclaratifs ainsi que le formulaire de contact nous permettent de recueillir les doléances du terrain et d'observer ainsi le climat social médical hospitalier de notre pays. Notre constat est amer. Jamais nous n'avons enregistré autant d'appels que ces derniers mois, jamais nous n'avons eu à nous occuper d'autant de conflits à la fois.

Si les causes sont certainement multiples, il est pour nous évident que les nombreuses réformes hospitalières qui se sont succédées ces dernières années ont considérablement dénaturé la perception propre et sociétale de nos métiers ainsi que l'idée même du soin. Le rapport à l'activité et à l'argent n'a jamais été aussi fort.

L'exercice des responsabilités est devenu prégnant et ne souffre plus la moindre improvisation au risque d'entraîner les équipes vers les conflits ou l'explosion. La nouvelle gouvernance associée au couple Directeur – Président de CME sans le moindre contre-pouvoir réel, est à haut risque de dérapage, particulièrement dans les petites structures. Nous ne le dirions pas si nous ne l'avions pas déjà constaté.

Oui, il fallait un pacte. Un pacte pour rétablir la paix et faire cesser les conflits. Un pacte pour que le dialogue et la concertation reprennent leur place. Un pacte pour que les expérimentations hasardeuses fassent place aux projets menés par les professionnels. Un pacte pour que la balance de la justice et de l'équité retrouve son fragile équilibre, seul garant du respect du bien commun, qui doit rester au service de tous.

Pour notre part, nous regrettons que certains thèmes n'aient pas été retenus pour nous engager plus encore sur le terrain de la confiance (valences, temps de travail...). Notre investissement et celui de nos mandants dans ce pacte de confiance ont été forts. Ils ne doivent pas être vains.

Madame la Ministre, nous vous avons écoutée, nous avons bien travaillé avec Edouard Couty que nous souhaitons particulièrement remercier ici. Vous dites avoir entendu les hospitaliers sur des points essentiels. Pour l'avenir de notre service public, faisons vraiment en sorte que la déception ne soit pas au rendez-vous !

*Yves REBUFAT - Vice-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 :** V. Agaesse - 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

**Rédaction :** S. Sargentini

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

**Impression :** Imprimerie Léonce Deprez

# Quel avenir après la Mission Couty ?

En Mars dernier, Avenir Hospitalier et a CPH ont rencontré Madame Cécile Courrèges, Conseillère Santé du Premier Ministre, afin de lui faire part de leur satisfaction sur cette réflexion, mais également de leurs inquiétudes sur la mise en œuvre des changements indispensables à la survie de l'hôpital public. Notre sentiment est que nos arguments ont été compris et dans l'air du temps, mais que les forces adverses, opposées au syndicalisme (Conférences des Présidents de CME, Intersyndicales SNAM CMH et INPH) exercent de telles pressions qu'il leur faudra trancher en se faisant des ennemis. Mais que nous saurons en tirer les conséquences.

La mission Couty a permis une réflexion collective sur de nombreux sujets, de faire le constat ensemble des méfaits de la Loi HPST sur le sens même de service public hospitalier.

Avenir Hospitalier et le CNPH, qui représentent 43% des voix de médecins hospitaliers aux dernières élections professionnelles, félicitent le gouvernement et le ministère d'avoir pris l'initiative d'une telle concertation et d'avoir su la mener au bout. Nous avons pris bonne note des intentions de la Ministre de la Santé de tourner la page de HPST, de redonner, dans le cadre de la stratégie nationale de santé du Premier Ministre, un nouvel élan au Service Public Hospitalier, de redonner la confiance, de réduire les inégalités de santé, de préserver un financement solidaire et de structurer la médecine de parcours.

Le SNPHAR-E, au travers d'Avenir Hospitalier, sera très vigilant quant à la mise en œuvre des 13 engagements de la Ministre, et lui faisons confiance pour ce qui est de la mise en place d'un Service Public territorial de santé, la modernisation du financement de l'hôpital en limitant le tout T2A, si délétère tel que mis en application ces dernières années.

## LA PERTE DES VALEURS DE DÉMOCRATIE À L'HÔPITAL

C'est l'absence de démocratie à l'hôpital qui est la source du découragement actuel de ses acteurs. Nous ne pouvons faire l'impasse sur le constat selon lequel l'hôpital n'attire plus les médecins. 26 % des postes de praticiens hospitaliers sont vacants pour le CNG et on sait que ce chiffre est un mauvais reflet puisque ne sont comptabilisés que les postes déclarés vacants localement.

Certaines spécialités et certaines régions sont sinistrées et fonctionnent dans des conditions indignes de la République, à coup de remplacements par des médecins mercenaires intérimaires dont les qualités et l'investissement ne sont pas toujours au rendez vous. Le constat du CNG est

que le solde entrées/sorties au concours de PH est négatif pour certaines spécialités.

L'enquête SESMAT, dont la méthodologie ne peut être contestée, montre que 40 % des PH sont en *burn-out*. Nous voyons avec beaucoup d'inquiétude monter le nombre de demandes d'aides de collègues englués dans des conflits locaux insurmontables, avec une gouvernance locale qui fait l'autruche pour ne pas risquer de déstabiliser encore plus un équilibre déjà fragile.

## LA DÉMOCRATIE HOSPITALIÈRE DOIT REPOSER SUR UN SUBTIL ÉQUILIBRE ENTRE LES POUVOIRS DONNÉS AU DIRECTEUR, DERNIER À DÉCIDER, ET CEUX DONNÉS À LA CME ET AU CTE.

Le problème actuel de la CME est, outre la perte totale de ses possibilités de décisions, sa composition ; en effet, depuis la loi HPST, la CME est composée en grande partie de membres de droit que sont les responsables de pôles, nommés par le Directeur. De fait, le Président de la CME est donc en partie élu par des membres nommés par le Directeur et non par ses pairs. Cette composition de la CME doit faire la place à une vraie assemblée démocratique représentative des PH, ce qui leur permettrait de s'y sentir représentés. Il est licite que le directeur et le président de la CME souhaitent travailler avec les chefs de pôle, mais cela doit se faire dans le cadre d'une assemblée *ad hoc* de chefs de pôle !

## IL MANQUE AU NIVEAU LOCAL UN ACCÈS AU CHSCT POUR LES MÉDECINS HOSPITALIERS

La CME n'a jamais eu vocation à s'intéresser aux problèmes des médecins en matière de santé et de sécu-

rité au travail et, de fait, ne s'en est jamais occupée. Les conditions de travail concernent aussi les PH ! Mais ils sont actuellement exclus de cette problématique, n'ayant pas accès au CHSCT, ce qui pourrait, en partie, expliquer leur sentiment d'absence de reconnaissance. Il est donc vital pour l'hôpital que toutes les catégories professionnelles, dont les médecins, aient accès au CHSCT.

Cela pose le problème de la composition de ce CHSCT ouvert aux médecins.

Une grosse polémique a cours actuellement, très surprenante car émanant notamment de syndicats qui refusent une place au syndicalisme local, montrant par là, soit qu'ils ne sont que la courroie de transmission des Présidents de CME !, soit qu'ils craignent le constat de leur absence d'assise locale. Il s'agit là d'une vision totalement rétrograde du dialogue social, et du syndicalisme.

Il est nécessaire de donner aux établissements la possibilité de fonctionner avec un juste équilibre entre la représentation *via* la CME de tout ce qui est décision stratégique, projet médical, bilan financier, et la représentation syndicale médicale pour ce qui est de l'organisation du travail, la défense des collègues et la conciliation.

Un pouvoir ne peut s'organiser en démocratie qu'avec des contre-pouvoirs, dans le cadre d'un dialogue social équilibré et organisé, qui respecte tous les acteurs. Sans cette condition, il n'y aura pas de démocratie à l'hôpital, qui continuera de fonctionner de manière autocratique et féodale, c'est-à-dire dans un modèle de soumission ou de passivité du professionnel à l'autorité des managers. HPST sera donc toujours là, rien n'aura changé. Nous rappelons qu'en session du pacte de confiance, tout le monde s'était accordé sur ce bilan catastrophique !

Les décisions seront lourdes de sens :

- soit on change de politique à l'hôpital et, pour redonner du sens au travail, on équilibre les pouvoirs et on donne de la démocratie ;
- soit on laisse les choses en l'état, avec un replâtrage de surface, et les médecins continueront de désertifier l'hôpital.

## LA RECONNAISSANCE DU DROIT SYNDICAL DES PH DEMEURE RESTRICTIVE

Les possibilités d'exercice du droit syndical pour les PH sont basées sur des conceptions archaïques et limitatives, totalement dépassées au regard de la réalité actuelle du terrain, et des nécessités de dialogue à tous les échelons de la décision au plus près du terrain. À l'instar de ce qui se passe dans toutes les entreprises et dans la fonction publique, le dialogue ne peut se concevoir sans l'ensemble des acteurs, dont les représentants syndicaux. C'est la garantie de la modernisation du dialogue, avec un trépied nécessairement équilibré : direction, CME et représentants syndicaux.

Ainsi, il est nécessaire d'organiser, sur la base de règles de représentativité, un véritable dialogue social aux différents échelons national, régionaux et locaux. C'est la condition pour que l'ensemble du champ concernant la vie des PH soit couvert : au national les problèmes statutaires, au régional *via* la commission paritaire régionale toute l'organisation des soins territoriaux et au local la gestion des problèmes d'organisation du travail et de santé au travail. Il est important de rappeler que les praticiens hospitaliers sont restés jusqu'à maintenant hors du champ d'application de la loi du 5 juillet 2010, relative à la rénovation du dialogue social dans la fonction publique. Alors que Mr Hollande veut inscrire le dialogue social dans la constitution, les PH seraient le dernier bastion à en être écartés !

Il est donc indispensable de donner aux praticiens hospitaliers la base réglementaire nationale, régionale et locale d'un vrai support institutionnel :

- il est nécessaire que les Commissions paritaires régionales retrouvent leur plénitude d'exercice et leurs attributions,
- et une Commission nationale ministère/syndicats doit absolument être créée et fonctionner en s'appuyant sur la représentativité issue des dernières élections professionnelles, sur la base de la Loi de représentativité syndicale de 2008.

## LE SYNDICALISME MÉDICAL N'EST-IL PAS LÉGITIME ?

Il est incroyable que le syndicalisme médical soit jugé comme non digne d'existence. L'hôpital et ses médecins vont rester un des derniers bastions où le syndicalisme est vécu non comme un partenariat nécessaire, mais comme un ennemi à abattre. Cet ostracisme est totalement archaïque, il est nécessaire de donner à l'ensemble des organisations syndicales représentatives les moyens de fonctionner, à l'instar de la Loi de la fonction publique, sur le dialogue social et de bien distinguer la légitimité de la représentation institutionnelle de celle de la représentation professionnelle. En effet, sur le terrain les lignes de clivage sont désormais bien nettes : d'un côté ceux qui ont accompagné HPST et se raccrochent à leurs « petits » pouvoirs, quitte à continuer à « couler » l'hôpital ; de l'autre, ceux qui se battent pour redonner confiance aux acteurs de santé et défendent la démocratie à l'hôpital pour que le service public revive.

**Nous sommes à une période charnière, mais les dés sont jetés : une volonté présidentielle claire s'est exprimée pour tracer la voie du dialogue social. Il s'agit donc d'un dossier éminemment politique car les choix seront lourds de conséquences. Nous, qui vivons l'hôpital de l'intérieur, nous le savons.**

*Bertrand Mas, Président du SNPHAR-E*

*Nicole Smolski, Présidente d'Avenir Hospitalier*

# Lumière sur les CHSCT

François Cochet, président de la FIRPS (Fédération des intervenants en risques psychosociaux) et directeur des activités santé au travail au sein de la SECAFI, répond à nos questions sur le fonctionnement des CHSCT. Il nous éclaire aussi sur la tâche qui incombe à une société d'audit telle que SECAFI, lorsqu'il s'agit du règlement d'un conflit.

## PHAR-E : Quel est le rôle des CHSCT ? Peut-on leur attribuer un véritable rôle de médiation ?

**François Cochet :** Le CHSCT est le lieu où doivent être posées et débattues toutes les questions sur les conditions de travail de tous ceux qui œuvrent dans un établissement. Les projets importants qui ont un impact sur le travail des personnels doivent y être présentés et le CHSCT doit donner un avis éclairé sur les risques pour la santé des personnels. Un CHSCT qui fonctionne bien permet d'anticiper nombre de difficultés qui, dans le cas contraire, sont autant de sujets sur lesquels des médiations doivent être ensuite engagées.

## PHAR-E : Pourriez-vous nous parler du périmètre réglementaire des CHSCT ? À quel niveau peuvent-ils intervenir ?

**FC :** Les CHSCT ont des droits étendus qui sont malheureusement parfois méconnus ou mal utilisés. Beaucoup d'informations leur sont dues. Ils peuvent visiter les services, procéder à des enquêtes, alerter sur les situations dangereuses. L'enjeu est qu'ils centrent leurs actions sur les conditions de travail, prises au sens le plus large. La loi leur donne un large pouvoir d'initiatives et les invite à faire des propositions de nature à préserver la santé et les conditions de travail de tous les personnels. Lorsque ces propositions sont précises, concrètes, étayées, il devient très difficile de les ignorer complètement, même dans le contexte de terrible disette budgétaire que connaissent nombre d'établissements. Pour autant, il ne doit pas y avoir de confusion, c'est l'employeur, et lui seul, qui est responsable de la santé des salariés de son établissement.

## PHAR-E : Quelle est leur place dans le cadre des conflits interpersonnels ou hiérarchiques ?

**FC :** Cette instance se consacre aux questions collectives, même si elle est souvent le lieu où sont posés des conflits interpersonnels ou hiérarchiques. Notre expérience montre qu'à l'origine de ces conflits, on trouve en général des problèmes d'organisation du travail ou la conséquence d'un dialogue social grippé.

## PHAR-E : Qu'apporte une société d'audit comme la vôtre à un organisme tel que celui-là ?

**FC :** Lorsque le CHSCT constate un « risque grave », ou lorsqu'il est consulté sur un changement important d'organisation, la loi lui permet de demander l'appui d'un « expert du CHSCT » qui doit bénéficier d'un agrément spécial délivré

## LES SPÉCIFICITÉS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

S'il y a un lieu où la qualité du service rendu et « l'état » de ceux qui délivrent ce service ne peuvent être dissociés, c'est bien dans un établissement de santé ! Quelle que soit la conscience professionnelle des personnels, on sait que l'accumulation des pénuries matérielles, de la fatigue, de l'usure professionnelle, d'organisations du travail pensées loin des intéressés, ne peuvent conduire qu'à un service dégradé pour les patients, avec des prises de risques inadmissibles. Autrement dit, de bonnes conditions de travail, une bonne coordination entre les différents intervenants, une ambiance de travail basée sur le respect, l'écoute et la convivialité sont les ingrédients du « travail bien fait ».

par le Ministère du travail. C'est le métier de SECAFI depuis bientôt 20 ans et nous disposons aujourd'hui de plus d'une centaine de consultants hautement qualifiés sur ces problématiques. Nos missions consistent à réaliser un diagnostic centré sur le travail. Nos équipes, composées d'ergonomes, de sociologues, de psychologues du travail, d'ingénieurs ou de spécialistes des Ressources Humaines, mettent en œuvre une approche pluridisciplinaire qui permet au CHSCT de prendre en compte toutes les dimensions des problèmes complexes auxquels ils sont confrontés. Sur la base de ce diagnostic, nous élaborons des propositions d'actions concrètes, pragmatiques, et nous aidons le CHSCT à les mettre en débat. Nous considérons avoir fait œuvre utile si les projets sur lesquels nous travaillons sont transformés dans un sens favorable aux conditions de travail et si le dialogue social s'en trouve enrichi.

## PHAR-E : Que pensez-vous d'une future section médicale du CHSCT à l'hôpital ?

**FC :** Ce qui m'apparaît clairement, c'est que le travail des personnels médicaux est un sujet important et que l'attention des CHSCT n'a sans doute pas toujours été suffisante sur cet aspect. La mise en place d'une section médicale peut aider à progresser dans ce sens. Mais il ne faudrait pas que cela nuise à une approche qui devra, sur nombre de sujets, engager une approche globale parce que de nombreux métiers seront concernés. Je pense aux innovations technologiques, aux fusions, aux créations de pôle, aux schémas directeurs informatiques, aux aménagements d'horaires. La question du « travail bien fait » à l'hôpital doit être l'affaire de tous et il faut porter une grande attention à chacune des professions qui y contribuent.

## QUELQUE PART EN FRANCE

On croit toujours que ça n'arrive qu'aux autres ! Pourtant, nous qui aidons ces collègues au quotidien qui subissent des situations conflictuelles, dont ils ne perçoivent pas l'issue sans en référer à leur syndicat, savons que chacun de nous peut être concerné. En voici des exemples, anonymisés bien sûr. L'objectif est de comprendre comment ça arrive et de constater l'échec des structures en place pour résoudre ces conflits. Comme le montrent ces exemples, il paraît indispensable de redonner de l'équilibre au sein des rapports intra-hospitaliers.

### QUI EST L'ARBITRE ?

Un praticien hospitalier exerçant en service public exclusif est sermonné par sa direction au motif qu'il ne réalise pas suffisamment d'activité. Cette démarche a été initiée après le recrutement de plusieurs médecins d'une clinique du territoire et la nomination comme chef de service de l'un d'entre-eux. Ces derniers continuent à pratiquer une activité libérale importante au sein de l'hôpital et délaissent quelque peu les activités « non cotables » aux praticiens sans activité libérale. Profitant d'un incident sans gravité avec un patient, la direction convoque le praticien hospitalier et demande une enquête externe sur ses activités. Le rapport mettra hors de cause ce praticien.

### QUAND LA CME NE JOUE PAS SON RÔLE

Plusieurs praticiens d'un hôpital sont en désaccord avec les décisions prises par la direction et la présidence de la CME. Ils considèrent que la CME ne joue pas son rôle car sa composition a été faussée lors de la dernière élection par une répartition inéquitable des membres de droit. Le conflit s'envenime à tel point que certains d'entre eux devront bénéficier d'un suivi psychologique. L'arrivée d'un nouveau directeur et l'intervention de l'ARS seront nécessaires pour provoquer de nouvelles élections, l'élection d'un nouveau Président et le départ de l'ancien président de la CME.

### QUAND L'HÔPITAL PRÉFÈRE LAISSER PARTIR DES FEMMES RESPONSABLES...

Dans une grande équipe médicale, il est noté des comportements sexistes et discriminatoires envers toutes les femmes de l'équipe. Ces dernières ne peuvent pas accéder aux postes de responsabilités malgré leur investissement. Enfin, elles subissent des vexations permanentes. La gouvernance refuse de les croire, préférant les voir quitter l'hôpital que de régler le problème.

## L'ANALYSE DU SNPHAR-E

Aucune de ces situations n'est fictive. Nous en avons sélectionné quelques unes, mais chaque semaine nous en traitons de nouvelles ! Tous les praticiens impliqués nous ont fait appel pour connaître leur droit, obtenir des conseils, l'adresse d'un avocat, un avis et surtout une vision extérieure qui permettait une analyse plus objective de la situation. Parfois nous sommes intervenus, par un courrier, une rencontre ou encore un simple appel.

Le SNPHAR-E, analyse cette nouvelle situation comme étant le résultat d'une architecture des pouvoirs à l'hôpital totalement déséquilibrée, depuis HPST, avec une organisation pyramidale hiérarchique totalement figée. Le directeur nomme les chefs de pôle, les chefs de pôle membres de droit de la CME dirigent celle-ci, élisent le président de CME qui, de fait, est nommé par le directeur... Ainsi, il n'existe plus d'équilibre entre les pouvoirs, et si tout peut bien

### QUI DOIT RÉGLER LE CONFLIT ? LA DIRECTION ? LA CME ?

Un praticien chef de service est en conflit avec son chef de pôle pour des problèmes d'organisation et de budget. Le fonctionnement institutionnel local, le directeur et le président de la CME laissent le conflit dégénérer en ne remettant pas en cause la toute puissance du chef de pôle, qui fait ingérence dans tous les domaines qui relèvent habituellement de l'autorité du chef de service. Le conflit dégénère et le chef de pôle continue de réprimander le chef de service cherchant à le faire démissionner. La CME est saisie et prend partie en faveur du chef de service ce qui provoque une exacerbation du conflit. Le chef de service est depuis en arrêt maladie. Ni le directeur, ni le Président de la CME n'interviendront clairement et objectivement dans ce conflit.

### TOUT PEUT DÉPENDRE D'UN SEUL « HOMME » !

Un praticien est en conflit avec son chef de service et certains de ses collègues de travail au motif, entre-autre, d'une répartition inéquitable des congés et des activités du service. Fréquemment, ses congés lui sont refusés et il se retrouve en poste le lendemain de ses gardes au contraire de ses collègues qui se reposent systématiquement. Le président de la CME soutient ce collègue dans ces démarches pour une plus grande équité. Son chef de pôle qui avait lui-même nommé le chef de service devient président de la CME et la situation change du tout au tout. Le praticien est muté dans un autre service du pôle puis, rendu responsable du conflit, mis sous le coup d'une procédure disciplinaire. Il sera ensuite convoqué par la médecine du travail, déclaré en inaptitude temporaire et convoqué par le comité médical régional pour un avis sur son inaptitude.

### COMMENT CASSER LES INITIATIVES PERSONNELLES ?

Un praticien hospitalier en médecine d'urgence travaille au sein du SAMU d'un CHU. Un projet novateur lui est proposé : la création d'un centre de réception des appels pour une population en situation de handicap. Après deux années de travail le CHU obtient enfin le budget pour mettre en place le centre national.

Le praticien hospitalier en assure logiquement la co-direction. Il doit conserver une activité de garde aux urgences pour maintenir son niveau professionnel et salarial.

Une semaine après l'ouverture du centre, le PH vit une scène surréaliste. On lui demande de quitter son poste sans raison apparente et objective. Il envisage alors un retour vers son service d'origine, en parle à sa directrice de tutelle. La direction générale reste muette. Depuis, il est en disponibilité pour une durée de trois ans renouvelable.

se passer dans certains établissements avec des personnes intelligentes, il suffit d'un déviant dans la chaîne pyramidale pour que celle-ci se grippe, et que les non dociles ou les gênants deviennent des boucs émissaires soumis à la vindicte générale.

Le SNPHAR-E demande donc un rééquilibrage des pouvoirs à l'hôpital : la CME doit retrouver son autonomie et sa plénitude d'exercice, avec une composition démocratique de membres élus et non nommés par le Directeur. Les PH doivent avoir accès au CHSCT, avec une représentation syndicale, afin que tous les problèmes de santé au travail, d'organisation du travail, de sécurité, puissent enfin être traités, la CME ne s'étant jamais occupée de ces thèmes. Enfin, nous demandons la création de structures de conciliation au niveau local, régional et national, avec des membres reconnus par la collectivité médicale comme légitimes.

# Conflits au sein des hopitaux : médiation ? Conciliation ? Arbitrage ?

La période est aux conflits au sein des hôpitaux : notre expérience de syndicalistes nous oblige à constater une augmentation récurrente du recours aux syndicats pour tenter de régler des conflits, de plus en plus nombreux et de plus en plus lourds. Nous avons analysé les différents mode de règlement des conflits et la place que nous souhaiterions voir attribuer au CHSCT dans le règlement de ces conflits.

Depuis quelques mois, nous sommes confrontés à deux nouveaux conflits par semaine. Nous devons les analyser afin d'aider les collègues. Incompréhensions, harcèlements, insultes, mises au placard, marginalisations, évictions des soins, tout peut se voir et tant qu'on n'y a pas été confronté, on croit que ça n'arrive qu'aux autres.

Cet accroissement des conflits, qui a de multiples causes (nouvelle gouvernance mal digérée, pressions à l'activité de plus en plus lourde, marginalisation des non productifs en termes de T2A, absence de politique des ressources humaines médicales), a des conséquences très lourdes pour ceux qui sont impliqués, mais aussi pour ceux qui en sont les témoins.

Il n'y a actuellement aucune structure capable de prendre en charge ces conflits : ni en local, ni en régional, ni en national. Nous avons, lors des réunions sur le pacte de confiance, fortement insisté sur la création de structures à chaque niveau sur lesquelles nous devons nous appuyer en cas d'échec des interventions locales.

## LES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE RÈGLEMENT DES CONFLITS ET LEUR PLACE AU SEIN D'UN COLLECTIF DE TRAVAIL

**La médiation** est une profession à part entière, organisée en un syndicat des médiateurs professionnels. Elle fait intervenir un tiers forcément neutre, impartial et indépendant, lequel applique des techniques structurées ayant fait leurs preuves et étant reconnues, notamment en droit français et européen. En aucun cas la médiation n'est de la négociation, où le négociateur est parti prenante ; ni de la conciliation qui a tendance à proposer des solutions ; ni un arbitrage qui sous-entend que les décisions prises par l'arbitre sont imposées aux différentes parties.

La médiation nécessite le libre consentement de chacun et vise à un accord durable, fondé sur l'engage-

ment et la qualité relationnelle. La médiation professionnelle peut être dévolue aux conflits entre particuliers, mais aussi au sein des entreprises. Elle offre l'avantage d'en appeler à la responsabilité et à la liberté de consentement des deux parties, mais elle est déconseillée lorsque l'une des parties est de mauvaise foi, qu'elle cherche à gagner du temps, ou encore qu'elle est incapable d'entendre le point de vue de l'autre.

On voit que la médiation a un cadre très strict, avec l'intervention d'une profession extérieure, et un désir partagé par les deux parties de trouver une solution amiable.

**L'arbitrage** est une technique pratiquée plus en amont. Elle consiste à émettre des règles fixées avant le conflit potentiel, après avoir recueilli l'assentiment des différentes parties. Il ne s'agit donc pas à proprement parler d'un règlement des conflits, mais plus d'un appel à émettre des règles de fonctionnement au sein de chaque collectif, règles que l'on peut qualifier de « préventives ».

**La conciliation** désigne un arrangement amiable auquel parviennent des personnes en conflit, avec l'aide d'un tiers. Il s'agit là aussi d'un mode relationnel encadré par la justice française, qui nécessite l'intervention d'un tiers : le juge, ou un auxiliaire de justice soumis à des règles de confidentialité. Contrairement au médiateur, le conciliateur possède un rôle actif dans l'adoption d'un accord entre les parties, il est chargé de trouver un terrain d'entente minimal.

## QUELS SONT LES TYPES DE RÈGLEMENT DE CONFLIT DANS NOS HÔPITAUX ?

Notre expérience, forte de l'accompagnement de nombreux collègues, nous fait dire que, en dépit de toutes les bonnes volontés, derrière les conflits qui

émergent se cachent toujours beaucoup de non-dits et d'arrière pensées. : du choc culturel (incompréhension entre génération, entre sexes, entre groupes professionnels), aux relations de pouvoir en passant par la mauvaise foi, les alliances officielles ou pas, jusqu'aux protections entre castes ou groupes de pouvoir. La médiation telle que définie par ses professionnels nous semble dès lors inadaptée aux conflits au sein d'un hôpital : ce serait faire preuve d'une grande naïveté que de penser que les deux parties auraient envie de s'entendre et de trouver une solution contractuelle. Les solutions amiables ont hélas bien souvent manqué à l'appel en cas de besoin. En général, l'institution ou la gouvernance, si elles ne sont pas impliquées dans le conflit, pratiquent une politique de l'autruche pendant plusieurs semaines, en espérant que les choses vont se calmer d'elles-mêmes ou que le protagoniste, en général le plus faible et le moins impliqué dans la hiérarchie, se lassera, ira voir ailleurs, autrement dit ne prendra jamais le risque de déstabiliser la structure hiérarchique mise en place.

“  
**La conciliation  
 semble, en dehors de  
 son cadre juridique,  
 être dans ses principes  
 plus adaptée à l'hôpital.**  
 ”

L'arbitrage ne sera possible que si l'institution a établi, en amont, des règles de fonctionnement interne, qui serviront de référence aux « arbitres ». D'où la nécessité d'établir en amont des règlements intérieurs (d'établissement, de pôle de service etc), des chartes de fonctionnement (comme une charte de bloc) mais à condition que les causes et l'expression du conflit figurent dans ce règlement intérieur. L'institution doit à son tour faire respecter ce qui y est inscrit, ce qui demande parfois un courage qui n'est pas inné chez tout le monde, notamment quand un des protagonistes a des responsabilités au sein de l'établissement. Et puis qui est l'arbitre ? Qui est-il ? Comment est-il désigné ?

La conciliation semble, en dehors de son cadre juridique, être dans ses principes plus adaptée à l'hôpital. En effet, elle ne demande pas aux acteurs de trouver eux-mêmes les solutions de leur accord et met le tiers en position forte pour trouver une solution d'entente minimale.

Une fois les règles fixées, à savoir une action préventive par des règles qui permettront un arbitrage, débute la recherche de solutions amiables locales qui ressemblerait à de la médiation. Avant l'acutisation ou l'enkystement du conflit, il convient de réfléchir par qui et où doit s'effectuer la conciliation, si les deux techniques précédentes ont échoué.

**Selon nous, il devrait exister au sein de chaque établissement une structure de conciliation souple mais prédéterminée, consensuelle, prête à s'activer rapidement en cas de conflit. Cette structure de conciliation se doit d'être pluriprofessionnelle, avec des membres représentant la gouvernance, des médecins de plusieurs spécialités et/ou de plusieurs statuts et pourra faire appel à des professions non médicales.**

Cette structure de conciliation doit avoir pour tâche d'écouter les acteurs rapidement, de chercher les causes à la racine du conflit, de faire des propositions de conciliation aux protagonistes et de rendre compte aux instances de ses conclusions. **Il peut être utile, dans certains conflits, que cette structure de conciliation locale puisse référer au CHSCT qui, nous y comptons bien, devrait permettre aux médecins de trouver une structure institutionnelle ouverte aux problèmes de terrain des médecins**, mais également faire appel à la CME si besoin, notamment quand le projet médical est touché par ce conflit.

En cas d'échec, il est obligatoire de pouvoir externaliser le conflit, qui ne peut parfois pas être solutionné localement. D'après nous, il doit y avoir **une structure régionale de conciliation**, pilotée par l'ARS et la Commission Paritaire Régionale, qui devra auditionner, écouter, trancher, trouver des solutions, et référer à la gouvernance de l'établissement ainsi qu'à la Commission Paritaire Régionale.

Enfin et exceptionnellement, il peut être nécessaire de référer au niveau national, sans que le conflit ne conduise ni en commission de discipline, ni en commission statutaire nationale. Le CNG nous semble être le bon niveau où peut se situer une conciliation nationale, et qui, en cas d'échec, peut trouver des solutions qui permettent aux différentes parties de sortir apaisées avec des solutions pérennes. Il n'est pas pire constat d'échec pour une institution que de voir les médecins saisir les tribunaux pour harcèlement ou démissionner faute d'une écoute ou de la recherche de solutions ou pire encore. Les médecins ne sont hélas pas épargnés par les risques psycho-sociaux et leurs conséquences parfois dramatiques. Il convient donc, dans cette période de recherche de confiance dans les hôpitaux, de se donner les moyens de régler les conflits, aux différents niveaux. Les enjeux sont énormes, à l'heure où 25 % des postes de PH sont vacants ! Nous avons porté ces enjeux au niveau national, et continuerons à le faire jusqu'à aboutissement.

*Nicole Smolski, Administrateur du SNPHAR-E*

# Pourquoi se syndiquer aujourd'hui ?

Le SNPHAR-E s'est toujours engagé pour une amélioration des conditions de travail et des mesures pour l'attractivité des carrières hospitalières, particulièrement à un moment où la démographie médicale est défavorable. Il a joué un rôle prépondérant et souvent initiateur dans l'acquisition, notamment, de la prime d'engagement de service public exclusif compensant le défaut d'activité libérale hospitalière, de la prime et contrat pour postes à recrutement prioritaire, de la prime multi-établissements, de la revalorisation de la carrière linéaire sur 24 ans en 13 échelons sans quota, du repos de sécurité...

Le SNPHAR (syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs) est un jeune syndicat d'anesthésistes-réanimateurs hospitaliers, créé en 1984. Son action a recherché très tôt une situation professionnelle permanente. Il est considéré par les pouvoirs publics comme un syndicat représentatif. Il prend le nom de SNPHAR-E (Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs Élargi) en 2009, en s'ouvrant aux autres spécialités médicales hospitalières qui étaient très demandées, depuis plusieurs années, en particulier les praticiens hospitaliers nouvellement nommés. Le SNPHAR-E s'est toujours engagé pour une amélioration des conditions de travail et des mesures pour l'attractivité des carrières hospitalières, notamment à un moment où la démographie médicale est défavorable.

## UN MOT D'HISTOIRE POUR COMPRENDRE LE DÉVELOPPEMENT DE L'EFFICACITÉ DU SNPHAR-E.

L'anesthésie est une discipline médicale récente, créée au cours de la dernière guerre mondiale. Déjà, des revendications ont semblé évidentes à ces jeunes spécialistes, à l'époque médecins généralistes formés sur le tas par les chirurgiens.

La première organisation d'anesthésistes (« l'Association Corporative des Anesthésistes »), fondée en 1941, œuvrait déjà pour qu'une nomenclature d'actes d'anesthésie soit élaborée et qu'elle soit distincte de celle des chirurgiens, ce qui n'était pas le cas jusqu'à lors. **Un grand pas vers la reconnaissance de cette spécialité émergente !**

En 1946 est créé le Syndicat National des Anesthésistes Français, dont les missions étaient l'union des médecins anesthésiologistes, le maintien de leur dignité, l'étude de l'organisation de l'anesthésiologie, l'étude des devoirs et la défense des intérêts maté-

riels et moraux de ses membres dans l'exercice de leur profession.

L'image de l'hôpital, jusqu'alors lieu de charité, est modifiée par la création des CHU issue des ordonnances de 1958 : principe absolu d'un temps de travail partagé entre hôpital et université et intrication des fonctions de soins, d'enseignement et de recherche. D'où une inflation de l'activité hospitalière, notamment chirurgicale, avec en plus l'introduction du secteur libéral, véritable entorse qui brouillera l'image de l'hôpital public !

**En 1966, seules deux chaires d'anesthésiologie existaient**, l'une à Paris, l'autre à Montpellier, soulignant la contradiction entre la position incontournable de l'anesthésie-réanimation, indispensable à la pratique et aux progrès chirurgicaux et la frilosité des relations avec les autres disciplines.

Sous la pression des praticiens hospitalo-universitaires qui souhaitaient que le dogme de la bi-appartenance (hôpital + université) soit respecté et sous la réserve paternaliste des chirurgiens à l'égard de l'anesthésie-réanimation, les pouvoirs publics hésitent à créer, pour la grosse majorité des médecins qui travaillent dans les hôpitaux, un statut à part entière.

Est alors mis en place, pour faire face aux besoins permanents, un statut provisoire pour 6 ans : le Cadre Hospitalier Temporaire d'Anesthésiologie.

Pour défendre ce personnel médical, se crée alors un syndicat, en 1969, le SACTH (Syndicat des Anesthésiologistes du Cadre Hospitalier Temporaire). Cette organisation est très active et les moyens d'actions mis en œuvre à l'époque étonnent.

Malgré les répliques virulentes des pouvoirs publics et surtout face à une pression croissante et au soutien du monde médical, des négociations sont ouvertes. Rapidement, cet embryon syndical va se développer sur un socle constitué d'une part de défense de service public et d'une spécialité nouvelle et d'autre part, d'inquiétudes face à un avenir opaque et à

un statut inconfortable. Un défaut total de logique et de projet des pouvoirs publics associé à l'indifférence de la communauté hospitalo-universitaire en seront le ciment. Malgré les faibles moyens à disposition à l'époque, les anesthésistes-réanimateurs de toutes les régions de France sont répertoriés et contactés ; le syndicat prend alors une ampleur nationale, comme le montre l'assemblée générale de 1974. Ce syndicat possède une structure classique mais se distingue de la plupart des syndicats médicaux par la limitation du poste de président à 3 ans. Les missions du délégué local sont définies lors de cette même assemblée générale, témoignant d'une volonté de communication du syndicat. Cette fonction jouera un rôle primordial dans la diffusion de l'information et le recueil des idées et de l'opinion des adhérents. La ligne syndicale est le reflet d'une motion de 1977 regroupant la plupart des points qui seront l'objet de négociations et revendications par la suite.

**D'emblée, l'action du syndicat des anesthésistes-réanimateurs apparaîtra comme un moteur dont bénéficieront les praticiens hospitaliers de toutes les spécialités.** La bataille pour un statut hospitalier commun à toutes les disciplines pour tous les praticiens du cadre hospitalier temporaire s'étalera sur 10 ans. En avril 1976, le ministère de la santé présente un projet de reconversion globale du corps des anesthésistes-réanimateurs mono-appartenants vers un statut sous-coté. La réponse ne se fait pas attendre et une grève des soins effective de trois jours (première grève médicale en France !), suivie à 95 %, surprend par son ampleur et choque la Ministre de la Santé, Simone Veil, qui qualifie cette action de démarches « d'aides-soignantes »... Les pouvoirs publics et les autres syndicats médicaux découvrent alors un interlocuteur engagé. En 1977, le syndicat met vigoureusement en échec le Ministère de la Santé qui, toujours sous la pression des mêmes lobbies, envisage une partition statutaire de l'anesthésie-réanimation ; d'un côté, les élus reconnus par l'université rejoignant un corps pluridisciplinaire mono-appartenant et de l'autre, les travailleurs de l'anesthésie dans un autre corps isolé. Une solution d'attente est obtenue, en 1978 : la création du Cadre Hospitalier d'Anesthésie-Réanimation. Il s'agissait d'un statut spécifique à l'anesthésie-réanimation, mais qui constituait le premier pas vers le statut de praticien hospitalier pluridisciplinaire, qui sera créé en février 1984.

Le syndicat change alors de nom, en 1981, pour le SNMCHAR (Syndicat National des Médecins du Cadre

Hospitalier d'Anesthésie-Réanimation). Au terme de plusieurs années d'âpres discussions, le corps des praticiens hospitaliers (ou médecins des hôpitaux) naîtra, en 1984.

## ÉVOLUTION ET ACQUIS DU SNPHAR-E

Dans la continuité, le SNMCHAR suivra le mouvement en s'appelant, en 1985, le SNPHAR (Syndicat National des Praticiens Hospitaliers d'Anesthésie-Réanimation). En 2009, à la demande de nombreux collègues d'autres spécialités médicales et parce qu'il lutte pour l'amélioration des conditions de travail de l'ensemble des médecins hospitaliers, il s'ouvre à tous les praticiens en prenant le nom de SNPHAR-E.

Après la mise en place du statut de médecin des hôpitaux (modifié une quinzaine de fois depuis sa parution en février 1984), **le SNPHAR puis le SNPHAR-E se sont appuyés sur le droit communautaire pour obtenir des mesures attractives pour les jeunes médecins, qui exerçaient alors dans un contexte différent de celui d'aujourd'hui.** Des conditions de reconversion, la modification des échelons indiciaires et l'amélioration de la couverture sociale ont pu être obtenues. Le SNPHAR a joué un rôle prépondérant et souvent initiateur dans l'acquisition :

- de la prime d'engagement de service public exclusif compensant le défaut d'activité libérale hospitalière,
- de la prime et contrat pour postes à recrutement prioritaire,
- de la prime multi-établissements,
- de la revalorisation de la carrière linéaire sur 24 ans en 13 échelons sans quota.

Le praticien hospitalier, n'étant soumis ni au code du travail, ni au statut de la fonction publique, bénéficie de conditions de travail très éloignées de celles du personnel non médical ou de catégories de personnels ayant des responsabilités identiques : pas de limite du temps de travail journalier ou hebdomadaire, décompte du travail hebdomadaire en demi-journées sans que l'on sache à quoi correspond une demi-journée, garde non incluse dans le temps de travail...

La garde, appelée aujourd'hui permanence des soins, a semblé, depuis sa création, une période hors du temps pour les gouvernements successifs. Néanmoins, la fatigue du lendemain avait une incidence sur

“ La bataille de reconnaissance de la garde comme du temps de travail paraît évidente aujourd'hui, mais il a fallu produire trois arrêts européens pour être entendus. ”



Crédit photo : Istock

la qualité des soins, même si certains collègues, probablement plus robustes, le niaient. **La bataille de reconnaissance de la garde comme du temps de travail paraît évidente aujourd'hui. Néanmoins, il a fallu produire trois arrêts de la Cour de Justice des communautés européennes pour être entendus** : l'arrêt SIMAP précisant que la période durant laquelle le travailleur est à la disposition de son employeur est considérée comme du temps de travail (la garde est donc du temps de travail) ; l'arrêt Jaeger spécifiant que la présence physique d'un médecin à l'hôpital pendant son service de garde constitue du temps de travail dans son ensemble (les périodes de repos pendant la garde sont donc du temps de travail) ; l'arrêt Pfeiffer confirmant l'arrêt Jaeger en rappelant que la durée maximale hebdomadaire de travail, y compris les périodes de permanences, ne saurait dépasser 48 heures.

Pourquoi insister sur la garde de la sorte ? C'est qu'en moyenne, elle occupe 4 à 6 ans de la carrière d'un praticien hospitalier anesthésiste-réanimateur, urgentiste, réanimateur... L'intégration du temps de garde dans le temps de travail a été l'objet de négociations longues, difficiles et obstinées, freinées par l'administration et nos collègues qui ne travaillaient plus la nuit, indifférents à la réalité du problème. **Le concept du repos de sécurité a été inventé par le SNPHAR pour préserver la qualité des soins de l'incidence de la fatigue causée par la garde et introduit en 1999 dans le statut de praticien hospitalier.**

D'autres mesures, concrétisées dans le protocole d'accord d'octobre 2001 entre intersyndicats médicaux et pouvoirs publics, dérivent d'un autre point de la directive européenne du 23 novembre 1993 : **le temps de travail additionnel.** Cette mesure a été

transcrite dans le statut de praticien hospitalier et permet de maintenir le temps médical.

D'autre part, le statut du praticien hospitalier a bénéficié d'une adaptation des lois Aubry sur la réduction du temps de travail ; vingt jours de congé supplémentaires, au titre de la réduction du temps de travail, dits jours RTT ont été octroyés aux praticiens hospitaliers qui, de façon similaire, peuvent être utilisés ou épargnés. **La remise en cause de ces acquis à l'origine de plus de temps libre pour les praticiens (jours de RTT, compte épargne-temps, intégration du temps de travail nocturne dans le temps de travail) a été féroce défendue dès la mise en application, et pendant plusieurs années, tandis que d'autres syndicats étaient prêts à sacrifier ces conquêtes pour une quelconque part complémentaire variable ou autre...**

Pourtant, nous avons atteint aujourd'hui le « papyboom syndical » avec le vieillissement des adhérents et une difficulté de renouvellement. D'abord, la faible féminisation syndicale est à relever. Il faut noter également un clivage entre les « vieux » et les « jeunes », qui sont qualifiés par certains de plus individualistes. Effectivement, les jeunes médecins hospitaliers revendiquent d'autres pôles d'intérêt et ne s'épanouissent plus seulement au travail, comme beaucoup autrefois. La satisfaction est également ailleurs, hors de l'activité professionnelle, dans le sport, la musique, la vie familiale.... Mais ce

n'est pas pour autant qu'ils ne s'investissent pas dans le travail, pourvu qu'ils perçoivent une reconnaissance de leur implication. Est-ce pour autant que le mieux-être d'aujourd'hui passe par la disparition des vocations d'autrefois ? Certainement pas, mais les acquis obtenus par le SNPHAR depuis son existence leur permettent d'appréhender différemment leur exercice.

## BESOIN DE SANG NEUF !

Dans l'absolu, de nombreux médecins font confiance aux syndicats pour défendre leurs intérêts. Ce qui est inquiétant, c'est que les adhérents actuels sont principalement des « quinquas » et des « sextas », même si le mouvement pour les retraites en 2009 (grève de 2 jours et nuits consécutifs) avait mobilisé de nombreux jeunes médecins. Ces derniers aimeraient des résultats concrets et rapides, ce qui n'est pas toujours chose aisée. Les sociologues diront que l'engagement syndical est, contrairement à une idée reçue, rarement lié à la

conjoncture économique et aux luttes sociales. L'échec joue pourtant un rôle dans la perte d'adhérents (Loi HPST ou réforme des retraites par exemple). Au contraire, un conflit local peut entraîner une augmentation du nombre d'adhérents, car un des rôles du syndicat est la défense individuelle des cotisants contre les brimades, les sanctions, les incidents de la vie quotidienne vis-à-vis de l'administration, de leur chef de pôle ou d'un collègue. Les nombreuses réponses téléphoniques hebdomadaires apportées par les membres du conseil d'administration aux collègues lors de litiges sont des actions de solidarité qui recueillent généralement soutien et adhésion de nombreux praticiens. Néanmoins, face à la demande croissante, les administrateurs du SNP HAR-E orientent les collègues vers les délégués.

Le compagnonnage, issu de vieilles traditions professionnelles, a permis et permet d'accompagner les jeunes délégués dans la mission de défense de leurs collègues. Les réflexions et analyses sont régulièrement partagées, non seulement avec les délégués, mais également avec les adhérents, voire avec l'ensemble des praticiens hospitaliers des établissements publics de santé, via différents moyens de communication (réunions, colloques, séminaires, newsletters, revues, courriers). Cette démarche est importante, notamment dans la lecture des textes officiels comme le statut de praticien hospitalier, car les médecins n'ont pas reçu de culture juridique, même si aujourd'hui quelques-unes de ces notions sont enseignées dans les facultés de médecine.

Du point de vue de l'organisation de notre syndicat, ses dirigeants sont en permanence mêlés à leurs collègues dans le cadre de leurs activités professionnelles. Il n'y a pas de syndicalisme professionnel... **Le SNP HAR-E ne s'inscrit pas dans un syndicalisme institutionnalisé**, c'est-à-dire existant grâce aux moyens fournis par l'administration hospitalière (local, téléphone, subventions, mise à disposition de personnels...).

Enfin, à la commission statutaire nationale et à la commission de discipline (instances chargées de statuer sur les titularisations et les sanctions), siègent des membres du SNP HAR-E élus par leurs collègues et de nombreux membres élus à la commission médicale d'établissement (CME) sont adhérents du SNP HAR-E.

Le SNP HAR-E est un syndicat qui a bien assimilé le fait que les praticiens hospitaliers sont la pierre angulaire du système hospitalier. Son rôle est d'agir pour une amélioration des conditions de travail et pour le mieux-

être des praticiens. Ainsi, les luttes développées par le SNP HAR-E ne surprendront pas, même si de nombreux domaines méritent d'être encore développés (temps partiel, la santé au travail pour les médecins...).

“ **Le rôle du SNP HAR-E est d'agir pour une amélioration des conditions de travail et pour le mieux-être des praticiens.** ”

La réflexion personnelle de tout praticien sur sa pratique le mène à un engagement syndical. S'il s'investit facilement dans des revendications corporatistes, c'est que cela lui semble l'urgence et que c'est surtout ce qui saute aux yeux. Pourtant, le syndicalisme médical aujourd'hui ne peut plus se nourrir du seul corporatisme, sous peine de rapide isole-

ment. La pensée catégorielle doit faire place à une pensée sociétale, c'est-à-dire que le syndicat doit se faire force de proposition dans le domaine organisationnel, à l'échelon de l'hôpital, de la région, voire de la nation.

## POURQUOI SE SYNDIQUER ?

C'est la question que nous posent certains collègues face à une sollicitation d'adhésion au syndicat. Venant de la part des plus jeunes d'entre nous, cela est peu étonnant dans la mesure où ils sont nés avec bon nombre de réformes améliorant nos conditions de travail. Ils n'ont pas connu la garde de week-end, qui commençait le vendredi matin et finissait le lundi soir, sans repos le mardi ou les jours suivants. Ils n'ont pas connu le perpétuel dépassement des 48 heures hebdomadaires de travail. Ils n'ont pas connu les 228 jours de travail annuels, car ce n'est qu'en 2002, que 20 jours de réduction du temps de travail (RTT) ont été accordés aux praticiens hospitaliers. Mais ce n'est pas pour autant qu'il n'existe plus de revendications non satisfaites (voire la plateforme revendicative ~/Default.aspx?intIdActualite=482&strFileXML=Actualite-fr-Archives-flash-infos.xml).

**Le taux de syndicalisation est en baisse progressive depuis une génération.** Le SNP HAR-E a contribué, par sa présence sur le lieu de travail, à forger une identité professionnelle valorisante pour les médecins hospitaliers.

**C'est son nombre important d'adhérents qui a fait du SNP HAR-E, un interlocuteur réel face aux pouvoirs publics. Il faut donc continuer à le maintenir à un haut niveau si nous voulons être écoutés et voir nos revendications satisfaites. Nous comptons sur vous et particulièrement sur vous les jeunes médecins, notre relèvé.**

*Michel Dru, Administrateur du SNP HAR-E*

# Démissions aux urgences : une radicalisation désespérée du dialogue social !

Depuis quelques mois, des mouvements sociaux violents secouent les services d'urgences des hôpitaux : abandon de chefferie de service dans un grand hôpital parisien, menaces de démissions collectives à Thonon, à Grenoble, à Roubaix, à Bourgoin ...

## L'ENCOMBREMENT CHRONIQUE AUX URGENCES EST EMBLÉMATIQUE D'UN DYSFONCTIONNEMENT INTRA-HOSPITALIER, MAIS ÉGALEMENT EN MÉDECINE DE VILLE

L'embouteillage aux urgences est chronique et emblématique de la paupérisation de l'hôpital, mais les causes de ces dysfonctionnements sont multiples et bien souvent extérieures aux services d'urgences eux-mêmes.

L'absence de lits d'aval est partout décriée et les « lits-couloirs » fleurissent aussi dans les étages. La course à l'activité (T2A) et les « Contrats de Retour à l'Équilibre Financier », avec leurs cortèges de postes rendus à l'institution, réduisent d'autant les capacités des étages à accueillir rapidement les patients transitant par les urgences.

En amont de l'hôpital, la médecine de ville se désengage de plus en plus de la permanence des soins ambulatoire (PDSA). Le nombre de secteurs de gardes de médecine générale, issus du découpage géographique de chaque département, a été réduit de moitié en quelques années. Chaque secteur de garde est de plus en plus vaste, obligeant les médecins à toujours plus de kilomètres. La garde de médecine générale en « nuit profonde » (au-delà de minuit) n'est plus reconnue officiellement (et donc plus rémunérée).

Malgré quelques confrères sur-investis (souvent en zone rurale), malgré des structures spécialisées dans la visite à domicile (en zones urbaines uniquement) et malgré l'ouverture de quelques « gardes assises » (cabinets de consultation dédiés aux urgences), le bateau de la PDSA prend l'eau petit à petit... et ce d'autant que la participation à cette PDSA n'est plus obligatoire dans le code de déontologie.

Petite ou grande structure, universitaire ou non, les services d'urgence établissent partout le même constat, celui de la dégradation constante des conditions d'accueil des patients aux urgences : malades sur des brancards pendant plus de 24h, absence d'intimité, voire de plateaux repas... mêmes témoignages et même engorgement d'une « cour des miracles » d'un autre âge.

Les médecins régulateurs ont peu de solutions à proposer aux centaines de patients appelant le 15 (environ 800 dossiers traités chaque jour dans un centre 15 de taille moyenne). L'orientation vers les services d'urgences est bien souvent le seul recours ; phénomène amplifié par le vieillissement, l'isolement et la précarisation sociale de nos concitoyens. Submergé par les admissions, restreint dans les possibilités de placement des patients, le goulot d'étranglement des urgences déborde...

## UN MANQUE DE CONSIDÉRATION POUR LA PROFESSION MAIS ÉGALEMENT POUR LES PATIENTS

Les médecins urgentistes se sentent désemparés face à ce qu'ils dénoncent comme de la « maltraitance institutionnelle » des patients. L'empathie pour les malades, l'implication affective ainsi que la motivation

intrinsèque pour un exercice professionnel en équipe, sont des composantes fortes de la discipline. Le choix revendiqué de l'exercice hospitalier, l'investissement professionnel (souvent au détriment de la vie personnelle et familiale) rendent d'autant plus douloureux ce sentiment d'impuissance à faire évoluer les choses. Venus de la filière de médecine générale assortie d'une capacité de médecine d'urgence (remplacée récemment

“ Submergé par les admissions, restreint dans les possibilités de placement des patients, le goulot d'étranglement des urgences déborde ... ”



Crédit photo : Ouest

par un DESC) les urgentistes déplorent un manque de considération de la part des autres confrères, qui eux sont passés par l'internat de spécialité. L'avènement prévu d'un DES complet, dès l'examen national classant, améliorera certainement la reconnaissance de la médecine d'urgence. Mais aujourd'hui encore, les prescriptions d'examens complémentaires, les choix thérapeutiques, comme les demandes d'hospitalisation dans tel ou tel service, sont régulièrement discutés par les confrères. Ces menus incidents quotidiens nuisent à la fluidité de la prise en charge des patients et à la sérénité de l'exercice professionnel.

La souffrance au travail est accrue par la pénibilité physique de cette activité 24h/24h. Le vieillissement commence à être perceptible dans un corps professionnel dont les premières vagues de titularisation remontent aux années 1990. Bien que relativement jeune par rapport au reste de la population médicale, la discipline est confrontée à un exercice médical éprouvant, offrant peu de possibilités d'aménagement de travail sur des horaires diurnes ou des activités réglées.

## PARTIR OU S'EFFONDRE

Pour continuer à faire tourner les urgences, dans des conditions toujours plus dégradées, les individus et les équipes montrent quotidiennement une opiniâtreté et un dévouement presque militants. Mais quand l'élastique est tendu à bloc, quand les gens sont allés au bout de ce qui leur est acceptable, ils craquent, sans préavis ni stratégie particulière.

La plupart n'ont pas l'antériorité des luttes emblématiques pour les acquis sociaux de la médecine hospitalière (repos de sécurité, intégration de la garde dans le temps de travail, RTT, CET). Beaucoup n'ont

ni culture, ni référence syndicale, hormis l'image confuse de quelques coups de gueule.

Leur désarroi et une vague identification caniculo-médiatique entraînent une radicalisation du dialogue social. Les menaces de démissions collectives, préférées par des équipes profondément désespérées mais dispersées, intriguent les journalistes et attirent les « *peoples* » devant les caméras. Le risque est que ces menaces de démission soient présentées comme de l'opportunisme médiatique, dont la répétition est vouée à faire bailler l'opinion. S'ils sont négligés et passés à la trappe commune des sujets d'actualité, ces mouvements n'engendreront qu'aigreurs et désillusions. Au lieu d'une collective et symbolique menace de démissions énoncée avec panache pour donner du sens au travail et un cap à notre système de soins, les praticiens quitteront bel et bien leur poste, mais un à un, sans tambour ni trompette, par désenchantement et épuisement professionnel, abandonnant piteusement l'hôpital à sa décrépitude. L'histoire du progrès social est, hélas, ponctuée de désillusions et de renoncements.

“ Quand l'élastique est tendu à bloc, quand les gens sont allés au bout de ce qui leur est acceptable, ils craquent, sans préavis, ni stratégie particulière. ”

## UNE PERSPECTIVE POSITIVE : CHAQUE COMBAT MENÉ STRUCTURE LA RÉFLEXION.

Beaucoup de collègues se sont rendu compte, par ce mouvement des urgentistes, du besoin d'une concertation inter-spécialités transversale et efficace. Chaque mouvement local grappille ça et là quelques moyens, lâchés au compte-goutte par les

Directions d'hôpitaux comme pour maîtriser des foyers d'incendies pendant la sécheresse. Mais la gestion des conflits à coup de buzz médiatiques et de mesurette obtenues par une constellation de syndicats catégoriels, espérant chacun son quart d'heure de gloire, est révolue. Le problème des urgences est emblématique du besoin d'une vision globale de la permanence des soins aussi bien extra qu'intra-hospitalière.

**Ce type de « réflexion intégrative » de l'hôpital et du système de santé est l'une des forces d'Avenir Hospitalier. La connaissance en profondeur des différents dossiers, complexes et complémentaires et le travail de terrain quotidien des délégués font de notre intersyndicale une source d'espoir et de progrès pour nos collègues et nos patients.**

*Raphaël Briot, administrateur du SNPHAR-E*

# Démissions aux urgences : l'analyse du sociologue

**D**evant les menaces de démissions observées dans plusieurs services des urgences en France, PHAR-E a rencontré François Danet, docteur en sociologie de l'Université Paris-VII, chercheur en psychologie à Lyon et médecin, afin qu'il analyse cette situation.

**PHAR-E : Le 12 novembre 2012, onze urgentistes de l'hôpital de Thonon manquaient à l'appel. Tous avaient décidé de quitter leur poste quelques jours plus tôt. Le même phénomène s'est produit à Grenoble, ainsi qu'à Paris et à Roubaix. Que révèlent selon vous ces menaces de démissions en bloc ?**

**F Danet :** C'est en effet un nouveau moyen de contestation. L'organisation d'une grève est une action moins puissante que le fait de menacer de démissionner de son poste de praticien hospitalier. Ces actions radicales révèlent un malaise profond au sein des structures médicales d'urgence. Les urgentistes abordent leurs patients comme des sujets globaux, qui ont des problèmes médicaux, certes, mais également des problèmes sociaux, judiciaires. Ils les accueillent au sein du grand Hôpital Général qu'est l'hôpital de l'urgence.

Dans le contexte de la crise actuelle, les diminutions de dépenses des services publics, les manques d'effectifs et de moyens se font ressentir.

Les autres spécialités de l'hôpital continuent d'accueillir ce qu'on appelle les « vrais malades », ou encore les « beaux malades », ceux qui présentent une pathologie rapidement traitable selon les critères de la médecine de spécialité. Alors que les urgentistes, eux, reçoivent entre autres toute la détresse du monde, c'est-à-dire les situations difficilement classables, voire impossibles à classer selon la nosologie médicale, comme les victimes et auteurs de violence, les toxicomanes, les alcooliques, les suicidants, tous les précaires, les clandestins, ceux qui surconsomment des antalgiques, les personnes âgées, comme pendant la canicule de 2003...

On note une réelle disjonction entre la médecine d'urgence et la médecine de spécialité. Le but d'une médecine hospitalière qui serait véritablement efficiente serait de combiner la saisie du corps objectivé et la compassion pour le patient. Aujourd'hui, la saisie du corps objectivé est accaparée par les spécialistes et la compassion par les urgentistes. Il y a donc un clivage important entre ces deux types de médecine, les tâches ne sont pas équilibrées. Les urgentistes sont focalisés sur le côté « généreux » de la médecine hospitalière au détriment du côté technique, ce qui crée forcément un malaise au sein des équipes.

## LES URGENCES : LE BAROMÈTRE DE LA MÉDECINE HOSPITALIÈRE ?

Lorsque la médecine de ville, la médecine de spécialité ou encore quand les institutions en général sont défaillantes, les « déchets » sociaux, selon l'expression du sociologue Zygmunt Bauman, ceux qui sont hors du circuit de productivité, qu'il s'agisse de la productivité entrepreneuriale ou médicale, se retrouvent aux urgences. C'est pour cela que la médecine d'urgence est une sorte de baromètre des problèmes non résolus ailleurs. Au fond, cela dénombre les personnes exclues d'un certain nombre de standards sociaux, de standards de l'époque ou de standards du capitalisme. Les médecins urgentistes prennent en charge les personnes qui étaient accueillies sous l'Ancien Régime par ce qu'on appelait l'Hôpital Général, cet hôpital créé par Louis XIV pour accueillir tous les errants, les déviants. Cette population a été progressivement exclue de l'hôpital quand il est devenu d'abord clinique, puis scientifique, et enfin médico-économique. Ces personnes ont été rejetées du système, elles ont donc dû défoncer la porte de l'hôpital là où elle était ouverte, c'est-à-dire aux urgences.

## SNPHAR-E : Selon vous, quelle symbolique peut-on attribuer à ces démissions ?

**F Danet :** Pour ma part, je vois la comparaison avec ce qui se passait dans les années 70 dans les tribunaux français. Les avocats jetaient leur robe pour dénoncer l'injustice. Menacer de démissionner ou démissionner aujourd'hui pour les médecins urgentistes, c'est dénoncer une injustice de façon quelque peu provocatrice. À bien des égards, ils s'intègrent ainsi dans le courant contestataire ambiant de ces dernières années. Ils dénoncent le transfert des grands standards de l'entreprise privée sur les hôpitaux et les services publics en général. C'est cela que contestent les urgentistes car, outre l'impact sur les conditions de leur exercice professionnel, ils trouvent qu'au fond c'est essentiellement préjudiciable à leurs patients. Les urgentistes sont ici comme les « sonneurs d'alerte » à la porte d'un système institutionnel devenu injuste et maintenu tel. Les autres spécialités médicales dénoncent, quant à elles, le fait de ne plus être aussi libres qu'avant dans la pratique de leur métier.

*Propos recueillis par Saveria Sargentini*

## On a lu ou écouté pour vous

Pour le premier article de cette rubrique, nous avons écouté l'émission matinale du 20 février 2013 sur France Culture, consacrée à un débat sur « La société est-elle menacée par le *burn-out* ? ». Sur le plateau, Danièle Linhart, sociologue du travail et directrice de recherche au CNRS, en discute avec Pascal Chabot, philosophe à l'IHECS Bruxelles.

Le *burn-out* est décrit comme une pathologie de civilisation. Tout comme le XVIII<sup>ème</sup> siècle était le siècle de la mélancolie, le nôtre serait celui du *burn-out*. Cet épuisement psychique, qualifié d'autoconsumation, n'est pas un trouble individuel n'affectant que les personnes mal adaptées au système ou trop dévouées, ne sachant pas mettre des limites à leur investissement professionnel, mais est plutôt le fait de certaines tendances de notre société comme le culte de la performance individuelle, celui de la vitesse ou de la connexion permanente. Les nouvelles technologies imposent leur temporalité à l'Homme qui finit par y perdre le sens de son travail et de son existence. Il ressent alors un fort sentiment d'incompétence et de stress ingérable. Touchant beaucoup les métiers d'aide et les employés perfectionnistes, le *burn-out* reflète le conflit de valeurs entre les règles de l'art, la recherche de qualité et la rapidité performante. C'est un affrontement entre le « travail réel » de Christophe Dejours et Yves Clôt, et le « travail prescrit », le « bon travail » et ce qui est attendu. C'est l'isolement total. C'est « mettre en jeu sa vie » dans son travail.

### UN « BURN-OUT » À LA FRANÇAISE ?

La France a une histoire particulière en matière de Travail. Parmi les 26 pays étudiés, nous sommes celui où les habitants donnent le plus d'importance à leur relation au travail. Le bureau est le lieu suprême de réalisation ou de révélation personnelle. C'est le domaine dans lequel on a besoin de reconnaissance. Les français mettent leur honneur en jeu dans le travail et cet engagement subjectif très profond se trouve en opposition totale avec le management actuel, qui s'appuie sur le mépris, la défiance totale face au salarié. Patronat et managers considèrent que le salarié doit s'adapter aux nouvelles contraintes de mondialisation et effectuer une métamorphose alors que le salarié ne lui fait pas confiance.

Dans les années 50, le travail était morcelé mais la qualité du lien social dans l'entreprise, les espérances collectives compensaient cette pauvreté du travail. Il y a désormais, notamment depuis les 35 heures, une densification, une intensification du travail, une pression à laquelle s'ajoute une remise en question permanente des valeurs. Que le salarié se sente bien au travail n'est assurément pas la première préoccupation des managers. La sérénité ou la confiance en soi apparaissent dangereuses ; aussi, des restructurations sont mises en place dès que le salarié se sent bien au

sein d'une équipe qui lui confère une autonomie menaçante : c'est ce que les sociologues appellent la « précarisation subjective ».

### UNE ÉPIDÉMIE MODERNE

L'individualisation du travail et des relations ainsi que la mise en concurrence impliquent la disparition du collectif de travail. La souffrance est alors vécue comme une défaillance personnelle.

Les nouvelles technologies et la révolution des communications impliquent une disponibilité constante, une accélération du temps. Le temps de travail n'est plus compté et s'allonge donc de plus en plus. Toutes les ressources sont mobilisées, tout le temps, jusqu'à épuisement, envahissant l'affectivité et l'imagination. L'accélération est grisante dans un premier temps (exemple des *start-up*), avant de rendre malade : c'est le *workalcoholism*, puis l'effondrement.

Le management impose une évaluation individuelle des performances, alors que cela est impossible ! En effet, dans tout métier, c'est la dimension collective qui est la plus importante, et ces exigences patronales engendrent la souffrance. De plus, l'évaluation chiffrée permanente se situe sur des critères souvent ahurissants, qui ne correspondent à rien de ce qu'on fait, qui évacuent la question de la valeur du travail et de son sens. Ce sont toutes ces contradictions qui créent la souffrance. Pouvoir parler de son travail n'est plus possible, tous les lieux de convivialité ou d'échanges sont supprimés et le « travail réel » décrit par Yves Clôt et Christophe Dejours est trop loin du « travail prescrit », ce qui conduit au mensonge et à la souffrance. De plus, l'évaluation est très différente de la reconnaissance.

Cette analyse globale du changement du Travail, qui n'est pas centrée sur l'hôpital, nous semble nécessaire pour éclairer notre pratique syndicale, une pratique de plus en plus axée sur l'accompagnement individuel de collègues en grande détresse : *burn-out*, harcèlement, souffrance etc. Il est toujours passionnant d'écouter les analyses de ceux qui se sont penchés sur le sujet.

Nicole Smolski, Administrateur du SNPHAR-E

#### En savoir plus

Écouter l'émission : <http://www.franceculture.fr/emission-l-invite-des-matins-daniele-linhart-et-pascal-chabot-2013-02-20>

Pascal Chabot *Global burn-out* (PUF, 2013 - Perspectives critiques)

Danièle Linhart *Travailler sans les autres?* Coll. Non conforme, éd. du Seuil, 2009

# Temps de travail des PH : « quand y'a du flou, y'a du loup »

**E**n ce début d'année 2013, le SNPHAR-E - membre de l'intersyndicale AVENIR HOSPITALIER - a relancé auprès du Ministère de la santé un certain nombre de négociations qui concernent le temps de travail des praticiens hospitaliers de jour comme de nuit ou de week-end.

La législation actuelle sur le temps de travail est floue, trop sujette à interprétation et il est devenu impératif de réviser les décrets et arrêtés qui encadrent notre temps de travail. Il existe souvent une inégalité de traitement d'un hôpital à un autre qui concerne la comptabilisation et/ou l'indemnisation du temps de travail en astreinte, en journée ou encore du temps de travail additionnel (TTA), dégagé au-delà des limites statutaires (48 heures ou 10 demi-journées hebdomadaires).

Ce travail, le SNPHAR-E le conduit avec détermination pour tous les PH de toutes les spécialités car peu d'entre eux échappent aux contraintes et à la pénibilité inhérentes à la continuité des soins.

## FAIRE RECONNAÎTRE LES TEMPS DE DÉPLACEMENT EN ASTREINTE ET IMPOSER LE REPOS DE SÉCURITÉ APRÈS DÉPLACEMENT

Fin 2011, le SNPHAR-E a interpellé officiellement la Commission européenne et la DGOS sur la problématique du temps de déplacement en astreinte, lequel correspond aujourd'hui à du temps de travail effectif dissimulé. Le temps de travail effectif (déplacements) pendant les périodes d'astreinte n'est toujours pas comptabilisé dans le temps de travail, la DGOS argumentant que ce temps ne peut être intégré aux obligations de service car il n'est pas prévisible. Le repos quotidien ne peut donc être planifié et de nombreux praticiens se retrouvent en situation de travail le lendemain d'une astreinte déplacée. Pire encore, si ces derniers décident de ne pas revenir au travail afin de respecter la règle du repos quotidien, certaines administrations hospitalières déduisent ce temps de repos des obligations de service mais sans intégrer le temps de déplacement en astreinte. Les praticiens se retrouvent donc débiteurs de temps de travail alors qu'ils ne font qu'appliquer la réglementation.

Si en 2009 un courrier de la DGOS réfutait notre argumentation, en 2011 la porte vers une négociation semblait entrouverte : « *il apparaît effectivement sou-*

*haitable de faire évoluer le dispositif des astreintes au regard de la durée de travail, de manière à mieux prendre en compte la contrainte qu'elles représentent ».*

Il apparaît à présent que nos interpellations itératives, notamment envers la commission européenne, additionnées aux procédures contentieuses en Tribunal Administratif que le SNPHAR-E a largement accompagné, ont fait fortement évoluer la position de la DGOS ces derniers mois. En effet, la DGOS a été mise en demeure par les instances européennes de réviser la réglementation actuelle afin de se conformer pleinement à la directive européenne sur le temps de travail.

Cette injonction devrait conduire à des évolutions réglementaires dans le courant de l'année 2013, dont la première vise à intégrer les temps de déplacements en astreinte (temps de trajet inclus) dans nos obligations statutaires.

### Propositions du SNPHAR-E

- **Le SNPHAR-E propose que, tous les quadrimestres, la durée cumulée des déplacements en astreinte soit prise en compte dans notre temps de travail effectif réalisé (actuellement seule la garde sur place bénéficie de cette disposition et une garde vaut deux demi-journées).**
- **Ainsi, pour les praticiens travaillant dans un service organisé en temps continu, un temps cumulé de déplacements de 15 heures viendra majorer d'autant les obligations de service réalisées sur le quadrimestre et pourra générer du TTA.**
- **Pour les praticiens, dont le temps de travail est organisé en demi-journées, le SNPHAR-E propose qu'un temps cumulé de déplacements de 3 heures valide une demi-journée de travail supplémentaire qui apparaîtra au décompte effectif du temps de travail réalisé sur le quadrimestre et pourra générer également du TTA. À titre d'exemple : 2h de déplacements le vendredi soir + 2h le samedi + 2h le dimanche = 6h (2 X 3h) de déplacements cumulés = 2 demi-journées de travail.**

Nous espérons que les orientations qui seront retenues par la DGOS approcheront des propositions que nous formulons depuis de nombreuses années tant

le besoin de clarification est important sur le sujet de l'intégration de la durée des déplacements en astreinte dans nos obligations de service statutaires (48 heures ou 10 demi-journées hebdomadaires). Cette clarification permettrait enfin l'organisation officielle et le respect, sans préjudice pour les PH, des repos de sécurité au lendemain des astreintes travaillées.

En 2005, à l'interrogation du SNPHEAR-E, le Conseil d'État répondait que le temps de travail en astreinte est du travail effectif. En 2013, il est plus que temps que cette injustice soit réparée.

## LA DEMI-JOURNÉE DU PH : EN JOURNÉE CELA ÉQUIVAUT À COMBIEN D'HEURES TRAVAILLÉES ? ET LA NUIT SERAIT-CE MOINS D'HEURES TRAVAILLÉES ?

C'est dans ce contexte que l'injonction de la Commission européenne pourrait conduire également à fixer une valeur horaire réglementaire à la demi-journée de travail d'un praticien hospitalier.

### ■ En journée

Selon les informations transmises par certaines DAM, une durée horaire fixe de 5 heures pourrait définir dans le futur la demi-journée de travail des PH.

**Le SNPHEAR-E s'oppose fermement à cette mesure si nos obligations de service sont maintenues à hauteur de 10 demi-journées par semaine.**

En effet, 10 X 5 heures = 50 heures de travail hebdomadaires obligatoires ! C'est au delà de la borne maximale imposée par la législation européenne, soit 48 heures ! Ça ne peut être accepté par nos mandants, qui pour la plupart exercent dans des activités à contraintes de temps (anesthésie, chirurgie, réanimation), sources d'un forte pénibilité et pour lesquelles 50 heures de travail risquent de devenir la norme imposée (et non choisie). À titre d'exemple, au sein du service public hospitalier anglais (NHS), très soucieux du respect de la réglementation européenne, la durée de la demi-journée des PH est de 4 heures pour une activité maximum de 40 heures par semaine.

**Pour le SNPHEAR-E, dans les spécialités à forte contrainte de temps, les praticiens doivent pouvoir bénéficier d'une organisation en temps continu (48h00 cumulées maximum), si tel est leur souhait. Dans les services organisés en demi-journées, nos obligations statutaires doivent être redéfinies de telle sorte que : « pour un praticien, la durée du temps de travail statutaire moyennée sur un quadri-mestre est de 39 heures, réparties en N demi-journées d'une amplitude variant entre une borne minimale de 4h et une borne maximale de 5h ».**

Pour exemple : dans une organisation de service en demi-journées où la valeur de la DJ serait fixée à 4 heures, le praticien devrait travailler 10 demi-journées par semaine ; alors que dans une organisation fixant la valeur de la demi-journée à 5 heures, les obligations de service seraient de 8 demi-journées hebdomadaires.

Cette souplesse de fonctionnement nous semble beaucoup plus acceptable et pourrait venir compenser l'actuel delta 39H-48H non pris en compte.

**Pour le SNPHEAR-E, si la borne des 48H devait devenir la norme, il conviendrait logiquement d'augmenter la rémunération mensuelle de 25 % !**

Nous avons donc alerté la DGOS sur ce point précis qui pourrait être la source d'un réel blocage de la part des praticiens que nous représentons. À ce stade, la réponse des tutelles nous a rassurés : « si cette évolution était validée, la valeur de 5 heures donnée à la demi-journée ne pourrait être qu'une borne maximale, elle ne pourrait en aucun cas être une durée fixe et réglementaire ».

S'il existe une injustice à vouloir attribuer une durée fixe de 5 heures à la demi-journée de travail du PH, il pourrait exister un réel progrès à définir une borne maximale. Car il s'agirait tout d'abord de faire reconnaître enfin, à leur juste valeur, les journées de travail de plus de 10 heures.

En permettant l'intégration dans nos obligations de service de ces dépassements, leur reconnaissance justifierait le paiement ou la récupération du temps de travail supplémentaire réalisé après 18h30.

Par exemple, actuellement, une journée de 12h00 travaillée de 8h à 20h ne valide que 2 demi-journées de travail dans une organisation en demi-journées.

### ■ La nuit, le week-end et les jours fériés

Mais il s'agirait aussi de mieux valoriser notre temps de travail en garde sur place. En effet, si la demi-journée du PH vaut au maximum 5 heures, la garde de nuit sur place d'une durée de 14 heures (18h30 – 8h30) vaut donc 3 demi-journées. Une garde de nuit vaut 3 demi-journées : il s'agit d'une revendication historique du SNPHEAR-E que nous continuons à porter fortement.

Cependant, cette mesure aurait un réel impact financier et conduirait à devoir créer 0,6 ETP de temps médical par garde existante dans chaque hôpital. Ainsi, bien que légitimes nous craignons que ces considérations budgétaires ne permettent pas cette avancée dans la reconnaissance du travail de nuit des PH et de la pénibilité induite.

Dans ce cas, et si une équivalence en demi-journées était donnée à la durée de déplacement en astreinte, le SNPHAR-E se réserverait le droit d'attaquer, auprès des juridictions nationale et européenne, la distorsion nouvelle créée dans la réglementation : 3 ou 4 ou 5 heures (selon l'arbitrage ministériel) de déplacement en astreinte vaudraient 1 demi-journée de travail, tandis qu'une garde sur place de 14 heures ne vaudrait que 2 demi-journées... Il y aurait matière à plaider.

## ■ Le temps de travail additionnel doit être contractualisé !

Le temps de travail additionnel (TTA) correspond au temps de travail réalisé au-delà des obligations statutaires hebdomadaires : 10 demi-journées pour la majorité des PH, 48 heures pour les PH travaillant dans les services organisés en temps continu (réanimation, SAMU, urgence essentiellement). Comptabilisé par lissage du temps de travail sur le quadri-mestre, dans les textes, il peut être indemnisé en TTA de jour ou en TTA de nuit.

Le SNPHAR-E rappelle qu'au-delà des obligations de services statutaires, le praticien doit être volontaire pour « travailler plus ». Le recours au TTA doit donc être contractualisé entre le praticien et son directeur des affaires médicales.

Les contrôles scrupuleux et répétés de la cour de comptes envers les établissements poussent le

## LE CONTRAT DOIT PRÉCISER :

- la justification du recours à du TTA
- le choix fait par le praticien pour compenser son TTA : indemnisation, récupération, versement sur son CET, avec possibilité de solutions mixtes (par exemple : 50 % récupération, 30 % indemnisation, 20 % versement)
- le volume prévisionnel des demi-journées de TTA dans le pôle
- le volume maximal de TTA que le praticien ne souhaite pas dépasser
- le mode d'indemnisation si c'est le choix du praticien : TTA de jour ou de nuit, en gardant à l'esprit qu'une indemnisation en temps de nuit autorise l'administration à déduire l'indemnité de sujétion.

SNPHAR-E à réitérer avec insistance la nécessité de contractualisation du TTA (voir article page 22).

Par ailleurs, les établissements ne peuvent pas opposer des contraintes financières et budgétaires au règlement du TTA contractualisé par un PH, il s'agit là aussi d'un attendu jurisprudentiel.

**Le SNPHAR-E est plus que jamais au travail pour vous informer et pour défendre la valorisation concrète du temps consacré aux soins et à la vie du service public hospitalier.**

*Bertrand Mas, Président du SNPHAR-E*

## Reconnaissance statutaire de l'activité hospitalière des praticiens H-U

La publication des textes modifiant les CET des PH relance le débat sur la prise en compte statutaire des activités hospitalières des praticiens hospitalo-universitaires. Les personnels « bi-appartenants » veulent pouvoir bénéficier, sur leur part hospitalière, d'un dispositif RTT-CET et de cotisations retraites obligatoires décentes. Cette reconnaissance nécessite de définir plus précisément les obligations respectives des praticiens H-U vis-à-vis de l'hôpital et de l'université.

Le statut hospitalo-universitaire (décret n° 84-135) est flou sur la répartition des différentes missions auxquelles participent les praticiens H-U. Seul l'arrêté sur l'organisation de la continuité des soins (arrêté du 30 avril 2003) est commun aux deux statuts et fournit des éléments réglementaires opposables vis-à-vis des activités de garde et d'astreinte des différents praticiens.

Chacune des quatre missions (enseignement, recherche, soins, gestion) peut néanmoins être décrite et pondérée en fonction de l'implication et de la taille de la structure.

Cette évolution vers une description plus claire des activités est incluse dans les "grands chantiers" 2013. Le rapport Couty sur le "Pacte de confiance pour l'hôpital" propose une révision des procédures de nominations des responsables de structures et un renouvellement des mandats. La mission Laurent sur le secteur privé à l'hôpital vise à plus de transparence dans l'offre de soins proposée aux patients.

La notion de valences permettra des passerelles entre les différents statuts de praticiens et favorisera l'attractivité pour les carrières hospitalières et universitaires. Notre intersyndicale Avenir Hospitalier a vocation à pousser cette réflexion et faire avancer ce dossier.

Raphaël Briot, Administrateur du SNPHAR-E

## Acronyme... quand tu nous tiens !

**N**ous avons reçu le courrier, reproduit ci-dessous, émanant d'un confrère dont nous n'avons pu authentifier ni l'identité, ni l'origine au sein des différents registres professionnels disponibles. En dépit de ces incertitudes, sa lecture attentive et minutieuse, aidée en cela par le Bréviaire Général des Abréviations en Cours au sein de l'Union Européenne (BEGACUE), nous a persuadés de la nécessité de sa publication, tant les questionnements et remarques qui s'y trouvent exprimés sont pertinents. Nous n'osons croire que la compréhension de la problématique ainsi posée soit volontairement obscurcie par l'auteur, voire par les pouvoirs publics... Nous laisserons le lecteur seul juge...

### Le Dr. A. Cros (Nîmes) nous écrit :

Chers amis du CA du SNPHAR-E et de AH.

Je suis le représentant médecin de la CME au CHCST de mon CH. Naguère, j'ai demandé à mon CDS, ci-devant PUPH PCME du CHU de X..., pourquoi les PH, PHU et PHC n'avaient pas accès à l'ANFH, alors que les IADE, les IDE, les IBODE, les AS, voire les ASH, soutenues par le SNIA, la CFTD, la CGT et SUD en bénéficiaient. On me dit aujourd'hui que l'ANFH est un OGDPC ? Me trompe-t-on ? L'OGDPC, dont l'UNCAM est fondatrice, serait constitué en GIP par convention paru au JO. Il a fallu qu'une convention de transfert entre OGC et OGDPC soit signée. C'est d'ailleurs la directrice de l'OGC qui a été nommée directrice de l'OGDPC après un passage à la CNAMTS, où elle était alors chargée de la FPC et de la FCC.

J'ai croisé un CRME membre de la COMPAQH qui m'a dit que l'OGDPC va gérer le DPC ainsi que les évaluations faites par les CS et contractualiser avec les OPCA. Qu'en est-il *in fine* ?

Dois-je toujours en passer par un OA pour assurer ma FMC ? Cette FMC sera-t-elle FPC si je continue à assurer mon EPP grâce à la SFAR et au CFAR ? Ces derniers sont-ils agréés OA ? Ou est-ce le CFAR qui agréé les OA ? Je note que le CFAR est devenu CNP, sous le vocable CFAR-CNP. Or un CNP ne peut être un ODPC ? Pour cela, un ODDPC doit posséder un numéro SIRET.

Dois-je suivre les recommandations EPP de l'HAS pour les RMM ? Savez-vous si la CEAP de l'HAS intervient pour l'EPP ? La FMC est-elle limitée à l'EPP ?

Que deviennent dans tout ça l'AcBUS, le CBP et le CSP qui ont pour principal objectif de mettre en œuvre un système d'intéressement des professionnels de santé ? J'espère que le COR a son mot à dire...

Aurais-je du TTA si je maintiens la PDS au sein du SAR pour le placer sur mon CET durant ma FMC ? Les jours FMC sont-ils comptés en CA ou non ?

Pensez-vous que le LEEM va faire pression, malgré le CEPS, pour continuer à jouer un rôle dans le DPC ?

Sur combien d'EUROS pourrai-je compter pour ma FMC ? Je sais que pour l'année 2012, le financement de l'OGDPC était celui prévu par la FPC/FCC/DPC 2012, fixé en 2011.

Mon CAP de comptable, puis mon BEPC, avant HEC et mon DESAR, sont insuffisants pour y voir clair.

Je dois vous avouer : RAB de l'obligation pourvu que je sois TIP-TOP question FMC.

Merci de vos réponses

BAV.

André Cros (p.p. : RT)

# Le mouvement des médecins espagnols contre l'austérité

La crise financière mondiale et la dette croissante des états européens ont évidemment une influence négative sur le financement des systèmes de santé, la sécurité des patients, l'amélioration des conditions de travail et des salaires des médecins salariés européens.

En Espagne, malgré la ténacité et la persévérance des organisations professionnelles comme la Confédération Espagnole des Syndicats Médicaux (CESM), membre de la FEMS, les médecins sont parmi les moins rémunérés et leurs conditions de travail sont parmi les plus mauvaises d'Europe. La stratégie de diminution des dépenses pour contenir les déficits publics a encore dégradé cette situation depuis 2008.

## UNE AUSTÉRITÉ À « L'ESPAGNOLE »

La structure politique espagnole, en 17 Communautés Autonomes, a organisé la compétition entre les services de santé, engageant les politiciens et les gestionnaires de santé dans des planifications à court terme, un sous-financement chronique et une augmentation des listes d'attente. Ces engagements sont facilités par une marginalisation progressive de l'influence et des avis des professionnels. Depuis longtemps, le Système National de Santé (SNS) est devenu une arme de confrontation politique et de propagande électorale. Les 17 Communautés Autonomes ont ainsi laissé se constituer des déficits énormes, parfois plus importants que le déficit du gouvernement espagnol national. Les dépenses de santé représentent environ 40 % des budgets des Communautés Autonomes, ce qui explique l'argument démagogique avancé par les politiciens pour justifier les coupes budgétaires drastiques dans ce domaine : sauver le SNS et assurer sa pérennité, alors que ces mesures menacent l'essence même du SNS.



Non seulement, leur rémunération est déjà plus faible (16 000 € annuels en moyenne), mais en plus, l'amputation des revenus qui leur est appliquée est la même que celle des échelons plus élevés. La hausse du taux de TVA en juillet 2010, l'inflation et l'augmentation des impôts sur le revenu ont encore aggravé **la perte de pouvoir d'achat des médecins espagnols, qui est d'environ 35 % en 3 ans.**

La crise économique a aggravé le taux de chômage des médecins (2 373 médecins sont chômeurs en décembre 2012, avec 80 % de femmes et 50 % de plus de 40 ans). Les postes vacants ne sont plus pourvus et les emplois précaires se développent (Catalogne), alors même que le gouvernement continue d'ouvrir de nouvelles Facultés de Médecine. L'émigration des professionnels de santé s'amplifie.

Avec la Loi RD-L 2/2012, le temps de travail hebdomadaire augmente à 37,5 heures (Catalogne, Andalousie) à rémunération constante, ce qui crée une obligation de service le samedi matin (Galice, Murcie), supprime les facilités en périodes de garde (hébergement, repas) (Castilla y Leon, Galice et SAMU de Valence), transforme les gardes en astreintes non rémunérées (Estramadure, Pays basque) et instaure des jours de carence en cas de maladie ou d'accident du travail .

L'âge de départ à la retraite des médecins (65 ans) va être progressivement porté à 70 ans et le montant mensuel des retraites va être plafonné à 2 548 € mensuels en 2013, avec des prélèvements fiscaux augmentés.

## VERS LA PRIVATISATION DES HÔPITAUX

La Loi RD-L 16/2012 introduit la notion de garantie financière et permet **la privatisation progressive des établissements publics de santé**, la gestion privée étant définie comme plus efficace. Le gouvernement de la Communauté de Madrid a décidé de privatiser 6 hôpitaux et 27 autres centres de santé. De

## UNE PERTE DU POUVOIR D'ACHAT, PLUS DE DEUX MILLE MÉDECINS AU CHÔMAGE

Depuis juin 2010, les médecins espagnols ont perdu 25 à 30 % de leurs revenus (salaires, primes). Les médecins les plus pénalisés sont les jeunes rési-

même pour l'hôpital Marques de Valdecilla (Cantabrie). La privatisation des systèmes de santé n'est pourtant pas une solution pour l'avenir. Les expériences de privatisation menées en Europe depuis quelques années ont montré que la gestion privée n'a pas fait la preuve de son efficacité, entraînant parfois une difficulté d'accès aux soins et une détérioration de leur qualité au profit de la rentabilité (Allemagne, Portugal).

**Le financement public** reste le seul garant d'une égalité d'accès aux soins. Ce financement public reste, pour le moment, majoritaire dans tous les pays. À nous, professionnels de santé, de faire en sorte qu'il le reste. La crise a permis **le rapprochement des organisations professionnelles et scientifiques médicales espagnoles qui ont créé la « Plateforme d'Action » en juillet 2012**, pour lutter contre les mesures d'austérité en matière de santé. Cette plateforme coordonne à présent les mouvements de protestation débutés il y a 2 ans, accompagnant les grandes manifestations des « Indignés ». Tous les mois, les professionnels de santé défilent massivement dans les grandes villes espagnoles en « **marées blanches** » pour protester contre les coupes budgétaires et les projets de privatisation d'établissements de santé.

## UN DIALOGUE SOCIAL ROMPU DEPUIS LONGTEMPS

L'avis des professionnels de santé n'est plus recueilli. La tension sociale entre les professionnels de santé et le personnel politique est devenue extrême. L'attitude des politiciens n'a pas été modifiée lors du changement de majorité gouvernementale en décembre 2011, le Parti Populaire de Mariano Rajoy remplaçant le PSOE de José Luis Zapatero. La bureaucratie est toujours aussi envahissante et les privilèges

des élus et hauts fonctionnaires sont restés presque intacts (rémunérations abaissées de 21 % seulement, frais de représentation, véhicules et logements de fonction, cartes de crédit illimitées, téléphones, tablettes...).

Depuis 4 ans, tous les experts et toutes les organisations internationales adressent le même message aux décideurs politiques européens, et ce au plus niveau. L'OMS a jugé nécessaire de mettre en garde les gouvernements, leur demandant de maintenir un haut niveau de prestations pour pouvoir faire face à la dégradation sanitaire induite par la crise financière. Réunie en 2008 à Tallinn, l'OMS (autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international au sein du système des Nations Unies, donc des gouvernements planétaires) a adopté la fameuse Charte de Tallinn, qui engage les gouvernements à investir dans la santé pour maintenir une égalité d'accès aux soins. Investir dans les professionnels de santé avec de bonnes conditions de travail, des salaires corrects et un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie familiale, c'est investir dans le renouveau économique de l'UE.

Il faudra aussi, comme objectif de la reconstruction, arriver rapidement à un modèle social européen qui garantira la cohésion sociale, seul gage de paix sur notre continent. Notre modèle de société suppose le maintien de la croissance et il n'y aura pas de croissance sans population en bonne santé. Les médecins, en particulier hospitaliers, dont la pratique au bénéfice des patients repose sur des valeurs de compassion, d'équité, de solidarité et de fraternité, se doivent d'être le dernier rempart contre la dégradation sanitaire de leurs concitoyens.

*Claude WETZEL, Trésorier du SNPHAR-E, FEMS Past-President*

Pour plus de renseignements, consulter le site de la CESM <http://www.cesm.org.es>



À l'occasion du congrès 2013 de l'American Society of Anesthesiologists  
PH SERVICES propose sur son site 2 options de voyage et hébergement :

<http://www.ph-services.org/>

**Prix Groupe - Descriptifs détaillés - Inscriptions – Réservations**

**Renseignements téléphoniques : 06 80 92 07 06 et 06 73 62 15 69**

# National Health Service :

## en direct du futur de l'hôpital français ? Hope not...

Le NHS, le service public de santé d'outre-Manche créée en 1948, qui a longtemps fait la fierté des citoyens britanniques, semble désormais avoir touché le fond. Chronique d'un naufrage.

*Unimaginable !* Cette exclamation est celle de l'avocat Robert Francis, lors de la remise de son rapport accablant en janvier 2013 sur l'état actuel de délinquance de bon nombre d'hôpitaux anglais dirigé par le *National Health Service* (NHS).

### QUAND L'OBJECTIF D'UN ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE DEVIENT « SCANDALEUX »

Le point de départ du scandale médiatique se situe au niveau des hôpitaux du *Mid Staffordshire Trust* [1] où, suite au combat de familles de patients, une surmortalité injustifiée de près de 1 200 personnes à été démontrée sur la période allant de 2005 à 2008.

En sus des problèmes de mortalité, on note pêle-mêle des conditions de séjour inhumaines, des patients laissés sans eau, obligés de boire l'eau des vases, laissés dans leurs excréments, avec des traitements non distribués, la souffrance psychologique majeure des patients et des familles abandonnées et tout cela avec une direction complice, obligeant au silence et faisant régner la terreur au sein du personnel de manière pyramidale. **Objectif prioritaire de la direction : l'équilibre budgétaire.**

**Une première commission d'enquête en 2009, timorée, une seconde plus réaliste en 2010 et enfin ce dernier rapport en 2012, de 3000 pages et 290 recommandations, impossible à dissimuler, pousseront J. Cameron, Premier ministre, à présenter des excuses publiques devant le Parlement début février 2013.**

Aujourd'hui, ce n'est plus un hôpital, mais des dizaines qui sont touchés par ce problème et les scandales se multiplient.

Le NHS, le service public de santé d'outre-Manche créée en 1948, qui a longtemps fait la fierté des citoyens britanniques, semble désormais avoir touché le fond. Aujourd'hui, les langues se délient et les mots sont plus dignes d'un film d'espionnage ou d'une satire du stalinisme que de « méthodes managériales modernes ». Aucune barrière n'a résisté. Les soignants déclarent, aujourd'hui, en avoir oublié leur métier et leur rôle de soignant, et les rares ayant donné l'alerte ont été immédiatement limogés. Le



plus étonnant restera sans doute le rôle complice des structures nationales de certification, telles que la *Care Quality Commission* (équivalente à la certification réalisée par la HAS), qui ont certifié en juin 2012 le *Mid Staffordshire trust* sans aucune réserve...

### COMMENT EN SOMMES-NOUS ARRIVÉS LÀ ?

Créé en 1948, à l'instar de la Sécurité Sociale française, le NHS s'est développé sur le principe de la gratuité totale des soins, payés par l'impôt. Victime de sa performance, il a rapidement vu son budget enfler de manière exponentielle.

C'est sous le gouvernement conservateur de Margaret Thatcher, qu'il subit ses premières restructurations, avec le *National Health Service and Community act*, rendant les établissements de santé, regroupés en *trusts*, indépendants sur le plan de la gestion et les mettant en concurrence directe. Les médecins généralistes deviennent les financeurs (*fund holders* ou *commissioners*) des soins de leurs patients. Initialement stoppée par le premier gouvernement Blair (travailliste, faut-il le rappeler ?), cette politique de libéralisation reprend de plus belle en 2001 lors de sa deuxième mandature, poussant cette fois-ci à la généralisation de la mise en concurrence des structures et introduisant la notion de « mission de service public » que des structures privées sont encouragées à réaliser (gestion de structures publiques, partenariat public-privé ou *Private Financial Initiative*). Depuis, la pression financière exercée sur le NHS par les dif-

férents gouvernements a été perpétuellement grandissante. La libéralisation du secteur est passée de 3 % en 2008 à 10 % en 2010... Mais, vraisemblablement, la logique économique n'a aucune limite.

Dernière réforme en cours depuis 2012, le *Health and Social Care Bill*, initiée par les conservateurs. Un complet chamboulement de la gestion et de l'organisation administrative du NHS. Dans un but affiché d'économies financières supplémentaires, le gouvernement procèdera à compter du 1 avril 2013 à l'instauration de budget locaux, dirigés par 240 *clinical commissioning groups* (CCG), équivalents à des ARS et qui auront à leur tête des médecins gestionnaires intéressés financièrement à la réalisation de l'équilibre budgétaire. Ces agences répartiront les fonds aux structures hospitalières et à la médecine de premier recours. Le budget annuel du NHS sera fixé par un *National Board* et devra être impérativement en équilibre.

**Non seulement cette réforme va coûter 1,4 milliards de livres, mais va aussi supprimer 20 000 emplois, annoncés au cours des discussions parlementaires comme étant des redondances de postes de type administratif.** Le Parlement sous la pression des associations de professionnels et de patients, a revu ces partici-

pations du secteur privé à la baisse, mais garde l'esprit de la réforme intact.

En somme, pour les patients, même s'ils n'ont la plupart du temps aucun frais à payer, ils voient es listes d'attente augmenter et doivent faire face à des conditions de soins qui vont encore grandement se compliquer. Le personnel des structures pilotées par le secteur privé est de 20 % inférieur en effectif. De nombreux contrats de gestion importants ont d'ores et déjà été attribués à des *consortiums* privés, dont certains sont logés dans des paradis fiscaux.

**Bref, si cela ne ressemble pas trop à notre association T2A et ARS, surveillée par la HAS, cela semble rassurant pour l'avenir de l'hôpital français, mais nous serons vigilants face aux potentielles dérives de notre système...**

*Samuel Leroy, Secrétaire Général Adjoint du SNPHAR-E*

[1] <http://m.guardian.co.uk/society/2013/feb/06/mid-staffs-hospital-scandal-guide>

## AGENDA DU CA

### FÉVRIER 2013

- 8 Février** Conseil d'administration du SNPHAR-E (Paris)
- 13 Février** Préparation du colloque du CNG
- 21 Février** Rendez-vous Avenir Hospitalier - SNPHAR-E - CPH
- 25 Février** Rendez-vous avec Denis Morin, Directeur de cabinet de Marisol Touraine

### MARS 2013

- 7 Mars** Rendez-vous avec le président de l'inter-Syndicat National des Internes des Hôpitaux (ISNIH)
- 8 Mars** Conseil d'administration du SNPHAR-E (Paris)
- 19 Mars** Rendez-vous avec avec Cécile Courrège, conseiller santé à Maignon
- 19 Mars** Rendez-vous avec avec le président de l'Association Nationale des Étudiants en Médecine de France (ANEMF)

### AVRIL 2013

- 5 Avril** Conseil d'administration du SNPHAR-E (Paris)
- 12 Avril** Colloque du CNG « Soutenir et accompagner Praticiens et Directeurs », Ministère des affaires sociales et de la santé
- 19 Avril** Directoire CFAR

### MAI 2013

- 17 Mai** Conseil d'administration du SNPHAR-E (Paris) et Directoire du CFAR

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

# La justice est une arme : une chronique juridique qui vous familiarise avec le droit

Désormais, PHAR-E mettra à votre disposition, dans chaque numéro, une chronique juridique motivée par l'actualité ou nécessitée par notre stratégie syndicale. Nous allons tenter, dans la mesure du possible, de rendre le droit accessible à tous nos lecteurs.

Dans cette première chronique, nous allons commenter un jugement de la Cour Régionale des Comptes de Lorraine, jugeant la comptabilité des établissements hospitaliers, daté du 16 mars 2012 (lecture publique 29 mars 2012).

Dans ce jugement [1], la responsabilité personnelle et pécuniaire du comptable du CHR de Metz-Thionville est affirmée pour la somme de 589 384,12 € ; ce montant ayant été admis comme étant le fait de paiements irréguliers pour du temps de travail additionnel au titre de l'année 2009.

Les paiements sont jugés en partie irréguliers en raison de l'absence de contractualisation formalisée, et ce malgré la présence de tableaux de service.

**Ce jugement ne fait que corroborer l'avis du SNPHAR-E, qui considère que tout temps de travail additionnel doit être contractualisé.**

**L'arrêté sur la permanence des soins du 30 avril 2003 est formel : tout engagement dans du TTA est soumis au volontariat et doit être contractualisé. C'est l'application de la Directive Européenne Temps de Travail sur l'opt-out.**

Seul ce contrat est opposable en cas de conflit (conflit sur le nombre de plages, sur la répartition TTA de jour et TTA de nuit, sur la valeur de l'indemnité). Un centre hospitalier particulièrement imaginaire nous a même inventé le TTA de jour, auquel on retire l'indemnité de sujétion du travail de nuit, soit 50 euros la plage !

Autant il est simple de ne pas signer un contrat sur les termes duquel on n'est pas d'accord, autant il est toujours plus long et difficile d'engager un litige *a posteriori*.

Par conséquent, si votre administration ne veut pas signer de contrat de TTA, faites lui connaître ce jugement et le montant astronomique dont le comptable de Metz Thionville est débiteur.

Espérons pour lui qu'il a une bonne assurance, ou qu'il sera grâcié...



Crédit photo : istock

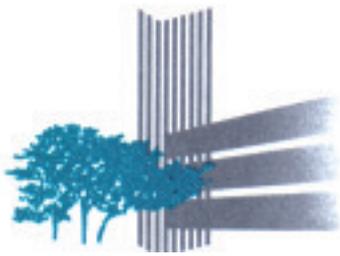
Le Conseil d'État se mêle aussi du versement des indemnités de TTA à un établissement qui refusait de verser à un PH des indemnités de TTA en 2009, sous l'argument de l'absence de contrat. Le tribunal administratif avait suivi le raisonnement du directeur du CHU de Poitiers, mais le Conseil d'État ne l'a pas entendu de cette oreille. Selon lui, l'absence de contrat d'engagement « *ne saurait légalement faire obstacle au droit à l'indemnisation de ce praticien après service fait [...]. Le tribunal administratif a ainsi entaché son jugement d'une erreur de droit* ». Le CHU de Poitiers est donc condamné à verser la somme de 3000 euros à ce praticien [2].

**Conclusion de ces deux affaires : il est impératif de faire signer un contrat de TTA par votre administration. Si elle le refuse, le comptable risque gros, mais si le TTA est effectué, on ne peut pas refuser de vous indemniser.**

*Nicole Smolski, Administrateur et ancienne présidente du SNPHAR-E*

[1] <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Etablissement-hospitalier-public-Centre-hospitalier-regional-de-Metz-Thionville-Metz-Moselle3>

[2] <http://arianeinternet.conseil-etat.fr/arianeinternet/getdoc.asp?id=196891&fonds=DCE&item=1>



## LE CENTRE HOSPITALIER DE FONTAINEBLEAU

60 KM DE PARIS PAR A6 - 35MN DIRECT EN TRAIN

MÉDECINE, ENDOSCOPIE, MATERNITÉ DE NIVEAU 2B (1600 ACCOUCHEMENTS)  
CHIRURGIE GÉNÉRALE, DIGESTIVE, ORTHOPÉDIQUE, CANCÉROLOGIQUE ET AMBULATOIRE,  
AVEC UN NOUVEAU PROJET D'ÉTABLISSEMENT PORTANT SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ACTIVITÉ  
MCO

### RECRUTE

## I ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR TEMPS PLEIN H/F INSCRIT AU TABLEAU DE L'ORDRE

SUITE À UN DÉPART À LA RETRAITE AVEC PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION DE CARRIÈRE  
POSSIBILITÉ DE LOGEMENT ET ACTIVITÉ EN RÉANIMATION (8 LITS) INTÉGRÉE AU SERVICE

#### POUR TOUS RENSEIGNEMENTS CONTACTER :

LE DOCTEUR MICHEL SEQUIER CHEF DE PÔLE (01.60.74.11.94)

OU LE BUREAU DES AFFAIRES MÉDICALES AU 01.60.74.10.01

ENVOYER CV AU DIRECTEUR 55 BD JOFFRE – 77305 FONTAINEBLEAU CEDEX

[direction@ch-fontainebleau.f](mailto:direction@ch-fontainebleau.f)

## LE CENTRE HOSPITALIER DE HYÈRES (VAR)

### RECHERCHE

## UN PH MÉDECIN ANESTHÉSISTE

EQUIPE DE 6 PH  
GARDES SUR PLACE  
BLOC ET MATERNITÉ (1300 ACCOUCHEMENTS)

#### CONTACT :

DR RUEL, CHEF DE SERVICE,  
TÉL. 04 94 00 24 00 (DEMANDER POSTE 8671)



- 1<sup>ER</sup> établissement hospitalier non universitaire de la région PACA, 1200 lits et places dont un Hôpital neuf de 700 lits
- Plateau technique complet et moderne présentant l'ensemble de l'éventail des spécialités médicales et chirurgicales
- Bloc opératoire avec activité chirurgicale multidisciplinaire : chirurgie viscérale, chirurgie bariatrique, gynécologie, thoracique, vasculaire, orthopédie, chirurgie du rachis, ophtalmologie, ORL, maxillo-facial, endoscopies digestives, cardiologie interventionnelle, chirurgie infantile, chirurgie ambulatoire.
- Activité obstétricale avec une Maternité de niveau 2B de 2500 accouchements/an
- Deux gardes d'anesthésie sur place dont une dédiée à la maternité et une au SAU.
- Equipe composée actuellement de 16 médecins anesthésistes.

### RECHERCHE POUR SON SECTEUR ANESTHÉSIE

## UN PRATICIEN HOSPITALIER OU UN ASSISTANT TEMPS PLEIN

#### RENSEIGNEMENTS ET CANDIDATURES :

Dr DURAND-GASSELIN, Chef de pôle –

[jacques.durand-gassel@ch-toulon.fr](mailto:jacques.durand-gassel@ch-toulon.fr)

D. MALLET, Directeur des Affaires Médicales – B.P. 1412 83056 TOULON Cedex

-Tél. 04 94 14 55 33 – Fax 04 94 14 55 34 – [david.mallet@ch-toulon.fr](mailto:david.mallet@ch-toulon.fr)



## L'AGENCE DE LA BIOMÉDECINE (93)

### RECRUTE

## SON DIRECTEUR PRÉLÈVEMENT/GREFFE ORGANES-TISSUS

PROFIL : MÉDECIN ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR  
FORTE CAPACITÉ DE MANAGEMENT  
(100 PERSONNES)

PLUS DE DÉTAILS SUR

[HTTP://WWW.AGENCE-BIOMEDECINE.FR/TRAVAILLER-A-L-AGENCE,39](http://www.agence-biomedecine.fr/travailler-a-l-agence,39)

CANDIDATURE À ADRESSER À :  
[RECRUTEMENT@BIOMEDECINE.FR](mailto:RECRUTEMENT@BIOMEDECINE.FR)

## GROUPE HOSPITALIER TARBES – LOURDES

Sud-ouest de la France au pied des Pyrénées

**CAPACITÉ CH DE TARBES :** 947 lits dont 333 MCO, 10 salles de bloc opératoire neuves, (8148 interventions),

Maternité niv 2B, Réanimation polyvalente de 12 lits

**CAPACITÉ CH DE LOURDES :** 359 lits dont 127 MCO, 7 salles de bloc opératoire (3918 interventions), Maternité niv 1, Réanimation polyvalente de 6 lits



## RECRUTE PH Temps plein anesthésiste-réanimateur

**Pour toute candidature, merci de contacter :**

- Dr GALIBERT - chef de service anesthésie - CH TARBES - 05 62 54 61 69 - pgalibert@ch-tarbes-vic.fr
- Dr BOUSSIF - chef de service anesthésie-réanimation - CH LOURDES - 05 62 42 42 41 - kboussif@ch-lourdes.fr
- M<sup>lle</sup> LIORT - directrice adjointe des affaires médicales - CH TARBES-LOURDES - 05 62 54 56 40 - aliort@ch-tarbes-vic.fr



## LE CENTRE HOSPITALIER DE SENS (Yonne)

110 km au sud de Paris par A5/A6 - 1h de Gare de Bercy - 689 lits et places - Toutes spécialités chirurgicales - Maternité de niveau 2 - SAU Plateau technique neuf et complet - Bloc opératoire 7 salles d'opérations - SSPI - Pôle de référence en orthopédie

**Recherche 2 praticiens ANESTHESISTE - REANIMATEUR (inscrits à l'Ordre)**

- 1 poste à pourvoir pour le service de Réanimation
- 1 poste à pourvoir pour le service d'Anesthésiologie

**Le service de Réanimation :**

- 4 praticiens hospitaliers temps plein
- 1 praticien hospitalier à temps partiel
- 2 praticiens attachés à 80%
- 1 interne de la Faculté de Médecine de Dijon
- 8 lits de réanimation, 4 lits d'USC (possibilité d'ouverture de 2 lits supplémentaires d'USC)
- 380 entrées par an pour la Réanimation

**Le service d'Anesthésie :**

- 4 praticiens hospitaliers temps plein
- 3 praticiens attachés
- 1 internes DESC Faculté de Médecine de Dijon
- Permanence sur place avec IADE.



Statuts proposés : praticien hospitalier, assistants spécialistes, praticiens attachés.  
Rémunération statutaire avec gardes sur place et temps de travail additionnel.

**Contacts :**

- Docteur MILLERET - Service d'Anesthésie  
pmilleret@ch-sens.fr - 03 86 86 13 75
- Docteur GIZOLME - Service de Réanimation  
dgizolme@ch-sens.fr - 03 86 86 13 92
- M FRESET - Affaires Médicales - mfreset@ch-sens.fr - 03 86 86 10 63



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](http://www.ch-chalon71.fr)

# 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

# TROIS 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*



CLINIQUE MUTUALISTE  
DE L'ESTUAIRE  
POUR HOSPITALISER MUTUALISTES  
SAINT NAZAIRE



## 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  
Lott@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



## LE CENTRE HOSPITALIER DE CHOLET

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

### RECRUTE



#### DES ANESTHESISTES REANIMATEURS

##### Pour son service d'anesthésie

Le matériel est récent, moderne, complet et conforme à la réglementation. Une association étroite avec le service de réanimation polyvalente permet d'assurer des suites opératoires sous surveillance renforcée lorsque l'état du patient et l'importance de l'acte le justifient. Le Centre Hospitalier de Cholet possède également une unité de chirurgie et anesthésie ambulatoires. 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 ANESTHESISTE 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 du service d'anesthésie :**  
Mme le Dr BARREAU-AGUILERA : 02 41 49 64 54

**Chef du service de réanimation :**  
M. le Dr MESSAI : 02 41 49 63 98

**Site web : www.ch-cholet.fr**

## LE CENTRE HOSPITALIER LOIRE VENDEE OCEAN

Etablissement de Challans 15 km du littoral atlantique et 60 km de Nantes



### RECHERCHE 1 ANESTHESISTE TEMPS PLEIN

pour compléter son équipe médicale de 8 praticiens

**Pour plus de renseignements, s'adresser à :**

- Madame La Directrice - 02 51 49 50 02 ou mail : direction@ch-lvo.fr
- M. le Docteur ARNAUD - chef de service - 02.51.49.60.05 ou mail : parnaud@ch-lvo.fr

Centre Hospitalier Loire Vendée Océan - BP 219 - 85302 CHALLANS Cedex - www.ch-lvo.fr



## AIX-EN-PROVENCE

### Le pôle Anesthésie-Douleur du Centre Hospitalier du Pays d'Aix

Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis

Etablissement de référence de la communauté hospitalière de territoire du pays provençal

## RECRUTE 2 PRATICIENS EN ANESTHÉSIE

PRATICIEN HOSPITALIER, CONTRACTUEL OU ASSISTANT

**Pour renforcer son équipe de 19 anesthésistes et accompagner son augmentation d'activité.**

Chirurgie orthopédique, rachis, viscérale et bariatrique, thoracique, vasculaire, urologique, gynécologique, ORL, stomatologie, ophtalmologie et cancérologie tous types.

12 salles d'opération. Très bon niveau d'équipement, informatisation, échographie (ALR).

Maternité niveau 2b (2000 accouchements) et niveau 1a (800 accouchements).

Service qualifiant pour la spécialité (1 DESAR).

Garde sur place maternité avec repos de sécurité – astreinte autres disciplines.

>>> **Profil de postes détaillés consultables sur [www.reseauprosante.fr](http://www.reseauprosante.fr)**

Envoyer candidatures à M. le Directeur - CH du Pays d'Aix-CHIAP - Av. des Tamaris - 13616 Aix-en-Provence cedex 1  
Pour tout renseignement, contacter M. le Dr Houtin BAGHDADI - Chef de pôle - 04 42 33 97 57 [hbaghdadi@ch-aix.fr](mailto:hbaghdadi@ch-aix.fr)  
ou Dr Bruno WEBER - Chef de service - 04 42 33 97 56 - [bweber@ch-aix.fr](mailto:bweber@ch-aix.fr)



## L'ASSISTANCE PUBLIQUE – HÔPITAUX DE MARSEILLE

### RECRUTE DES PRATICIENS HOSPITALIERS TEMPS PLEIN EN ANESTHÉSIE-REANIMATION ADULTES ET ENFANTS

#### >> Sites :

Hôpital Timone Adultes et Hôpital Timone Enfants

Pôle : Anesthésie-Réanimation

#### >> Activités chirurgicales :

Neurochirurgie, chirurgie vasculaire, cardiaque, viscérale et endocrinienne, ORL et maxillo-faciale, viscérale pédiatrique, orthopédique pédiatrique, ORL pédiatrique et neurochirurgie pédiatrique.

#### >> Présentation du site :

1069 lits et places, 30 salles d'interventions chirurgicales, 793 lits sur le site Timone Adultes, 30 salles d'interventions chirurgicales, 276 lits sur le site Timone Enfants.

Projet immobilier s'achevant en 2013 : le nouveau BMT (bâtiment Médico-Technique de 52 000 m<sup>2</sup>), est le plus important chantier de France.

Centré sur l'urgence et la prise en charge chirurgicale, il accueillera 100 nouveaux lits de réanimation/USC et 30 salles de blocs opératoires de dernière génération.

#### >> Activité de garde et astreintes

**Secteurs adultes :**

1 Garde d'anesthésie senior sur place, 2 gardes de réanimation senior, 1 astreinte d'anesthésie + 1 astreinte chirurgie cardiaque, 1 interne de garde en anesthésie, 2 internes de garde en réanimation.

**Secteurs enfants :**

1 garde d'anesthésie et 1 astreinte d'anesthésie en chirurgie cardiaque pédiatrique, 1 garde + 1 astreinte de réanimation pédiatrique.

#### >> Axes de recherche :

Neurosciences, hémodynamique, qualité en anesthésie

#### >> Equipe médicale :

Hôpital Timone Adultes :

Universitaires : 1 PUPH, 2 MCU-PH, 2 CCA - Postes de PH : 39

Hôpital Timone Enfants :

Universitaires : 1 PUPH, 1 CCA - Postes de PH : 15

#### >> Candidatures et CV :

M Loïc Mondoloni - [loic.mondoloni@ap-hm.fr](mailto:loic.mondoloni@ap-hm.fr)

Monsieur le Directeur des Affaires Médicales

Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

80, rue Brochier - 13 005 Marseille - 04 91 38 20 56



Assistance Publique  
Hôpitaux de Marseille

#### >> Pour plus de renseignements :

Mme le Dr Catherine GUIDON (Chef de Pôle) - [catherine.guidon@ap-hm.fr](mailto:catherine.guidon@ap-hm.fr)

M le Pr Nicolas BRUDER (chef de service - anesthésie réanimation adultes) - [nicolas.bruder@ap-hm.fr](mailto:nicolas.bruder@ap-hm.fr)

M le Pr Olivier PAUT (Chef de service - anesthésie réanimation enfants) - [olivier.paut@ap-hm.fr](mailto:olivier.paut@ap-hm.fr)

## LE CENTRE HOSPITALIER DE BRIVE (19)



### RECHERCHE DEUX ANESTHÉSISTES REANIMATEURS (Praticiens Hospitaliers temps plein ou Praticiens contractuels ou Assistants Spécialistes)

L'équipe est composée de 5 médecins anesthésistes. Le centre hospitalier dispose de 8 salles de Bloc 8 000 actes par an, 4 400 consultations externes.

Le centre hospitalier dispose d'une maternité de niveau II. Il existe 1 garde sur place.

Brive la Gaillarde est une agglomération de 60 000 habitants, située au carrefour auto-routier : Paris-Toulouse - Lyon Bordeaux.

A 2 heures de Toulouse, Bordeaux et Clermont-Ferrand . Aéroport à proximité.

#### Candidatures à adresser à :

Monsieur DELIVET, Directeur - boulevard Docteur Verlhac 19312 Brive-la-Gaillarde

Tel : 05 55 92 60 01 - Mail : [direction-generale@ch-brive.fr](mailto:direction-generale@ch-brive.fr)

#### Pour tous renseignements, contacter :

Monsieur le Docteur BAIETTO, Responsable Unité Anesthésie - Réanimation

Tel : 05 55 92 61 86 - Mail : [hubert.baietto@ch-brive.fr](mailto:hubert.baietto@ch-brive.fr)





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

recherche

### 7<sup>ÈME</sup> 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 RÉGIONAL ET UNIVERSITAIRE DE BREST

SITE DE CARHAIX - 7 SITES - 2 593 LITS ET PLACES - 5 500 COLLABORATEURS



### RECRUTEMENT D'UN ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR Inscrit au Tableau de l'Ordre

- À temps plein pour consolider l'équipe médicale et chirurgicale du site
- Praticien hospitalier - praticien contractuel
- Intégration au sein d'une équipe hospitalo-universitaire
- Équipe paramédicale de valeur
- Bloc opératoire rénové de 3 salles
- Activité de chirurgie digestive, orthopédique, gynéco-obstétrique, ORL et endoscopies digestives (2100 interventions par an, dont 29% en ambulatoire)
- Maternité (220 naissances)
- Unité de surveillance continue (4 lits)

**Le poste est vacant immédiatement**

#### Renseignements :

Professeur OZIER, Chef du pôle  
Anesthésie - Réanimation - Soins intensifs - Blocs  
opératoires - Urgences  
yves.ozier@chu-brest.fr  
Secrétariat : 02 98 34 72 88 - 02 98 34 78 51

#### Candidatures à adresser à :

Monsieur Gwendal Maringue,  
Directeur des Affaires Médicales  
Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Brest  
2, avenue Foch - 29609 BREST Cedex  
sec.affairesmedicales@chu-brest.fr  
Tél : 02 98 22 37 80 - Fax : 02 98 22 38 43

## 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 ANESTHÉSISTE- 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 Belfort Montbéliard (CHBM)

Etablissement de 1300 lits et 90 000 passages aux urgences et également 12 000 passages aux urgences pédiatriques.  
Bassin de population de 350 000 habitants. A 2H20 en TGV de Paris-A 45mn de l'aéroport Bâle-Mulhouse. Construction d'un nouvel hôpital (ouverture 3<sup>ème</sup> trimestre 2016).

### Recrute

#### • 2 PH ANESTHÉSISTES - RÉANIMATEURS - temps plein

• Service Anesthésie : 16000 anesthésies par an - 2 maternités de 3600 lits avec 60 % de péridurale - poste prioritaire avec décompte horaire du temps de travail.

Renseignements : Pierre-Antoine DOUTRE, chef de pôle - padoutre@chbm.fr - tél : 03 84 98 51 86

• Service Réanimation : Équipe bi-sites de 11 praticiens avec 22 lits de réanimation et 10 lits d'unité de surveillance continue.

Renseignements : Docteur Fallier, président de la CME - jpfaller@chbm.fr - tél : 03 84 98 50 68

Postes avec soit activité exclusive, soit partagée entre les services.

#### • SON CHEF DE SERVICE DES URGENCES - PH ou poste de Clinicien

Le CHBM recrute pour son service bi-sites un chef de service pour encadrer 24 praticiens.

Renseignements : Olivier RUYER, chef de pôle - oruyer@chbm.fr - tél : 03 84 98 52 06



Pour tout renseignement ou candidature :  
Direction des activités médicales  
Delphine BELLEC  
14 rue de Mulhouse - 90016 Belfort cedex  
Tél : 03 84 98 56 37 - Mail : dbellec@chbm.fr



centre hospitalier  
MONT DE MARSAN

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

**Pour tout renseignement, vous pouvez joindre :**

• Docteur GABET,  
Chef de service,  
05 58 05 11 06,  
jean.gabet@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

## 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.



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

## 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'anesthésiste et de réanimateur
- Equipe actuelle de 6 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

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

# groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille

Le Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille, 885 lits – 2720 salariés, acteur majeur du secteur sanitaire et médico social, composé de 2 hôpitaux, 1 clinique, 2 EHPAD propose une offre de soins diversifiée sur le territoire de la métropole lilloise et du cambrésis. Nos structures sont des établissements privés d'intérêt collectif à but non lucratif. Tous les soins dispensés y sont proposés au tarif conventionnel sans dépassement d'honoraires.

Dans le cadre d'un remplacement, notre Groupe recrute :

## • MÉDECIN CHEF DE SERVICE D'ANESTHÉSIE H/F CDI temps plein

En lien avec chaque Directeur de Site, le médecin Chef de service est responsable de l'organisation générale et du fonctionnement médical du service d'Anesthésie sur les 2 hôpitaux : St Vincent de Paul et St Philibert.

L'équipe médicale du service est composée de 10 Praticiens des Hôpitaux, 3 Chefs de Clinique Assistants et 3 internes.

### Vos missions :

- Définir le projet médical du service en tenant compte des objectifs annuels fixés par la Direction, des moyens qui lui sont alloués, du projet médical d'établissement.
- Encadrer et former les étudiants en médecine et internes affectés dans le service.
- Participer aux activités d'enseignement des différentes composantes universitaires de l'Institut Catholique de Lille.
- Contribuer au développement et à l'activité de recherche médicale.
- Recevoir les patients en consultation à l'hôpital.
- Assumer la permanence et la continuité des soins (tableaux de service, congés, etc.).
- Participer aux astreintes et aux gardes.
- Veiller à la « bonne » codification des actes.

### Votre profil :

- Vous êtes titulaire « au minimum » du Doctorat en Médecine et du DES d'Anesthésie et êtes inscrit à l'ordre des médecins.
- Vous avez déjà exercé en tant que Praticien Hospitalier.
- Vous êtes reconnu pour vos capacités à fédérer et avez envie d'accéder à une fonction managériale.
- Vous disposez de bonnes qualités relationnelles, ce qui vous permet de travailler en transversalité avec les autres équipes médicales et les services support.
- Proactif, vous savez anticiper les évolutions liées à votre métier mais aussi à l'organisation dans laquelle vous vous trouvez.
- Enfin, vous avez à cœur de participer au projet d'un établissement universitaire en accompagnant nos étudiants dans leur formation.

### Conditions salariales :

Statut du corps médical GHICL avec reprise d'ancienneté.



Les candidatures sont à adresser à :

Emmanuelle BLANCQUART - Directrice des Ressources Humaines et des Affaires Médicales - blancquart.emmanuelle@ghicl.net  
GH-ICL - Centre Hospitalier Saint-Philibert - Rue du Grand But - BP 249 - 59462 LOMME Cedex - tel : 03 20 22 50 50.

## LE CENTRE HOSPITALIER DE DREUX (28)



Recherche pour son service d'ANESTHÉSIE

### DES MÉDECINS ANESTHÉSISTES - RÉANIMATEURS.

Bloc opératoire avec 7 salles, Monitoring complet (Primus ,BIS,...), Jet ventilation, doppler oesophagien, vigileo...

Toutes spécialités chirurgicales sauf cardio vasculaire, neurochirurgie, ophtalmologie, Maternité Niveau 2 B  
2 listes de garde de MAR sur place (Maternité et chirurgie)  
Activité importante d'ALR avec 2 échographes.

Pour tout renseignement, vous pouvez joindre:

- Le Responsable du service, Dr M. AKHDARI : 02 37 51 77 80 - makhdari@ch-dreux.fr
- Le directeur des affaires médicales : Mr J. Lebrière - jlebriere@ch-dreux.fr
- La responsable des affaires médicales : Mme C. Lemarinié - clemarinié@ch-dreux.fr



## Le Centre Hospitalier Paul Martinais,

situé à Loches, en région Centre, proche de la ville de Tours.

Hôpital neuf réalisant environ 2 500 interventions sous anesthésie. Bloc opératoire récent.

Chirurgie programmée et spécialités variées, sans maternité et hors chirurgie carcinologique lourde. Environnement agréable.



CENTRE HOSPITALIER  
PAUL MARTINAIS  
LOCHES

Pratique de l'anesthésie générale et loco régionale

## RECRUTE ANESTHÉSISTE – RÉANIMATEUR

Statut Clinicien Hospitalier - Exercice à Temps Plein

Renseignements auprès du Docteur Renard - tél : 02 47 91 33 33 - courriel : alicerrenard@ch-loches.fr

Candidatures à adresser : Monsieur Christophe Verduzier - Directeur de l'établissement

tél : 02 47 91 33 81 - courriel : directeur@ch-loches.fr

Centre hospitalier Centre hospitalier Paul MARTINAIS (Loches) - 1, rue du Docteur Martinais - 37600 Loches

# 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



Etablissement de recours pour l'ensemble de la région, disposant de 1495 lits, de nombreux secteurs de référence et d'une maternité de niveau 3, le CHU de Caen se distingue par sa volonté de poursuivre le développement de sa chirurgie ambulatoire et l'engagement du Ministère de la Santé pour sa reconstruction.



Avec vous contre le Cancer

LE CENTRE DE LUTTE  
CONTRE LE CANCER  
DE BASSE-NORMANDIE

## Recrute

MÉDECIN ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR  
à temps plein :

praticien spécialiste des CLCC ou assistant spécialiste

**Vous rejoindrez une équipe de 6 anesthésistes réanimateurs**

- Astreintes opérationnelles
- Plateau technique moderne : robot chirurgical
- Informatisation complète du circuit
- Unité de Surveillance Continue de 7 lits
- Activité de chirurgie oncologique digestive, gynécologique, mammaire et ORL.

**Activité du Centre François Baclesse**

- 875 salariés, dont 98 médecins et scientifiques
- 206 lits
- 52 000 consultations • 23 000 hospitalisations • 6 700 nouveaux patients.

**Renseignements auprès de**

• D<sup>r</sup> Dominique de RAUCOURT, sous-directeur chargé des affaires médicales  
d.de.raucourt@baclesse.unicancer.fr

• D<sup>r</sup> Henri SOUFARAPIS, responsable du service d'anesthésie  
h.soufarapis@baclesse.unicancer.fr

• Tél. : +33(0)2 31 45 50 50

**Adressez votre candidature et CV à**

Centre François Baclesse  
Direction générale • 3 avenue général Harris • BP 5026  
14076 CAEN cedex 05 • cfbaen@baclesse.unicancer.fr



## 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**

**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 :**  
service.affairesmedicales@ch-sud-francilien.fr  
Tél. 01.61.69.55.36

**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 : Juillet 2013**

**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](mailto:diffusion@snphar.fr)

<b>Dr Bertrand MAS - Président</b> 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
<b>Dr Yves REBUFAT - Vice-Président</b> 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
<b>Dr Veronique AGAESSE - Secrétaire Générale</b> 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
<b>Dr Claude WETZEL - Trésorier</b> Hôpitaux Universitaires - Strasbourg claude.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
<b>Dr Patrick DASSIER - Trésorier-adjoint</b> 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
<b>Dr Raphael BRIOT - Administrateur</b> 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
<b>Dr Nathalie CROS-TERRAUX - Administrateur</b> 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
<b>Dr Max Andre DOPPIA - Secrétaire Général Adjoint</b> 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
<b>Dr Michel DRU - Administrateur</b> 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
<b>Dr Jean Luc GAILLARD-REGNAULT - Administrateur</b> 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
<b>Dr Jean GARRIC - Administrateur</b> 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
<b>Dr Louise GOUYET - Administrateur</b> 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
<b>Dr Laurent HEYER - Secrétaire Général Adjoint</b> Groupe hospitalier Larboisière Fernand Vidal -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
<b>Dr Samuel LEROY - Secrétaire Général Adjoint</b> Hôpital du BELVEDERE - Mont Saient- 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
<b>Dr Pascal MENESTRET - Administrateur</b> 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
<b>Dr Jacques RAGNI - Administrateur</b> 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
<b>Dr Didier REA - Administrateur</b> 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
<b>Dr Wilfrid SAMMUT - Administrateur</b> 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
<b>Dr Nicole SMOLSKI - Administrateur</b> 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
<b>Dr Richard TORRIELLI - Administrateur</b> richard.torrielli@snphar.fr	Groupe Communication IADE - Périnatalité - Gouvernance Observatoire Souffrance au Travail	Portable : 06 07 13 75 66