

# PHARE

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

## DOSSIER

### DPC : UNE ORGANISATION D'UNE RARE COMPLEXITÉ

## INTERVIEW :

### Le regard sur l'hôpital des jeunes médecins

RENDEZ-VOUS DU 18 AU 21 SEPTEMBRE SUR LE STAND  
« PROFESSIONNEL » AU CONGRÈS DE LA SFAR

**Le SNP HAR-E vous souhaite de bonnes vacances et se tient prêt pour vous défendre et vous soutenir dans les grands chantiers qui nous attendent, dès la rentrée !**

**Vous souhaitez adhérer au SNP HAR-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 SNP HAR-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 SNP HAR-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)

**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](mailto:k.tabtab@reseauprosante.fr)**

**Web : [reseauprosante.fr](http://reseauprosante.fr)**

**Prochain numéro : Novembre-Décembre 2013**

POINT DE VUE DE L'ACTUALITÉ  
 Quel avenir après la mission Couty .....4

DOSSIER DPC  
 L'actualité du DPC : quoi de neuf depuis février  
 2013 ? Des précisions techniques.....8

DPC : une enquête qui fera date sur les attentes des  
 PH face à leur formation continue.....10

Interview : Le DPC, un outil pour améliorer la qualité  
 des soins.....15

Interview : Le DPC - une préoccupation majeure du  
 CFAR depuis 2009.....16

COMMUNIQUÉ DE PRESSE  
 Projet de DES distinct de Réanimation :  
 STOP aux conflits d'intérêts .....17

INTERVIEW  
 Le regard sur l'hôpital des jeunes médecins.....18

BILLET D'HUMEUR  
 Nouveaux média, formation obsolète... .....22

LU ET ÉCOUTÉ POUR VOUS.....23

JURIDIQUE  
 Les médecins hospitaliers bénéficient-ils de la  
 protection fonctionnelle de leur hôpital ?.....24

PETITES ANNONCES ..... 25

## DÉJÀ UN AN ET LES PH S'IMPATIENTENT

Le temps passe vite et le moment est déjà venu de se poser cette question : quel bilan peut on faire de cette première année de dialogue social entre la nouvelle équipe ministérielle et notre syndicat ? On peut clairement distinguer trois séquences qui ont rythmé les douze mois qui viennent de s'écouler.

### Première séquence : on apure le passé.

Il faut reconnaître que de nombreux dossiers étaient restés en souffrance au fond des tiroirs du ministère et n'avaient pas trouvé de solutions au terme de la précédente mandature. Il s'agit de la réglementation des comptes épargne-temps des PH, de l'harmonisation des cotisations IRCANTEC des praticiens temps partiels et attachés ainsi que de la retraite facultative des hospitalo-universitaires. Cette année, tous ces sujets ont donc fait l'objet d'un traitement et d'avancées réglementaires. Certains autres, comme la mise en conformité avec la réglementation européenne des temps de déplacement en astreinte, la reconnaissance officielle de votre intersyndicale AVENIR HOSPITALIER devraient très prochainement faire l'objet du même sort : nous y travaillons.

### Deuxième séquence : on se parle.

La Ministre de la santé a souhaité lancer une grande concertation avec les acteurs du monde hospitalier, dénommée Pacte de Confiance et confiée à Édouard Couty. Le rapport publié en mars 2013 marque une rupture avec la réforme HPST, en voulant refonder un service public hospitalier à responsabilité territoriale, en appelant à une réforme du financement des hôpitaux publics, en promouvant une nouvelle gouvernance, davantage démocratique et en souhaitant renforcer à tous les échelons les instances de dialogue social, la représentation et le rôle décisionnaire du corps médical. La Ministre a pris acte de ces orientations et en a repris la plupart à son compte.

### Troisième séquence : on attend.

C'est ici que le bât blesse. Le temps s'écoule et les engagements pris à la suite de la parution du rapport Couty mettent du temps à se concrétiser. Ainsi, une nouvelle phase de négociations a été enclenchée sur certains dossiers précis (décret CME Commission Paritaire Régionale, CHSCT) et nous constatons que les forces conservatrices tentent de figer les premières décisions dans le *statu quo* : aucune évolution dans la composition des CME et aucune prise en compte des conditions de travail des PH au sein d'un CHSCT rénové.

Il ne faudrait pas que les PH patientent encore 4 années sans percevoir des changements concrets. Un an de concertation suivi de 4 années de négociation, sans le moindre aboutissement : la désillusion serait sévère. Pourtant, les sujets à traiter sont encore nombreux : retraite, pénibilité, temps de travail, attractivité, valences, aménagements des fins de carrières, gouvernance, tarification etc. **Il est devenu urgent d'accélérer et d'arbitrer !**

Bertrand MAS- Président du SNPHAR-E



ISSN : 1285-7254

Président du comité de rédaction :

Le président du SNPHAR-E

Rédacteur en chef : N. Smolski

Comité de rédaction : V. Agaesse - R.. Briot -  
 N. Cros-Terraux -M. A. Doppia, - L. Heyer - S. Leroy -  
 P. Ménéstret - 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 ?

Le SNPHAR-E vous propose, pour ce numéro estival, une revue exhaustive des actualités en cours.

## LA NOUVELLE RÉGLEMENTATION DE NOS CET EST SUR LES RAILS

La nouvelle réglementation sur le CET parue au JO le 30 décembre 2012 a été complétée en mars 2013 par sa circulaire explicative. Nous avons largement communiqué sur le sujet et restons à votre disposition si des difficultés d'application survenaient dans vos établissements. Vous trouverez sur notre site internet l'ensemble des textes réglementaires, la circulaire et le KIT CET que nous avons réalisé pour vous simplifier la compréhension de cette nouvelle réglementation. Le choix d'option concernant le CET « historique » (jours acquis et présents au 31/12/2012 sur les CET) devait être communiqué à vos directions avant le 1<sup>er</sup> juin dernier. Les jours épargnés au-delà des 20 premiers jours, pouvaient faire l'objet d'une indemnisation en quatre parts égales sur 4 ans dans la limite maximum de 80 jours. En l'absence de choix, ces jours restent sur le CET et peuvent être pris sous forme de congés sans limite temporelle de validité.

## SUITE DE LA MISSION COUTY - PACTE DE CONFIANCE À L'HÔPITAL : LE COMPTE N'Y EST PAS !

Le rapport « Couty » issu des longues discussions que nous avons pu avoir fin 2012 lors du « Pacte de Confiance » a été remis à la Ministre de la santé le 4 mars 2013. Sur les 46 propositions de ce rapport, 13 ont d'ores et déjà été reprises par la Ministre de la santé :

- définition du périmètre d'un service public territorial de santé,
- réintroduction du service public hospitalier dans la loi
- réforme de la tarification et du financement des hôpitaux,
- mise en place de schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS),
- investissement de 80 millions d'euros en faveur du développement numérique des hôpitaux,
- révision des prérogatives des CME et mobilisation des instances pour une gouvernance démocratique et équilibrée,
- bilan de l'organisation en pôles,

- création d'un comité technique des usagers dans les grands établissements,
- concertation avec les organisations syndicales sur le degré d'autonomie des établissements de santé,
- renforcement des commissions paritaires régionales et formalisation d'un volet ressources humaines en santé par les ARS,
- relance des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) dans les hôpitaux,
- renforcement des missions des Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et création d'une section médicale,
- création d'un observatoire national du dialogue social.

Nous avons fortement soutenu certaines d'entre elles : **le dialogue social**, les réformes de la gouvernance, de la composition et des missions des CME, la création d'une section médicale du CHSCT et **l'ajustement du financement des missions dévolues au service public hospitalier**, qui ne peut dépendre uniquement de la T2A dans sa forme actuelle. Nous sommes entrés à présent dans une nouvelle phase : après la concertation, la négociation.

Les 13 engagements de la Ministre feront l'objet de 8 groupes de travail. Les textes réglementaires afférents paraîtront au fil de l'eau, une première partie (CME) probablement au cours de l'été, une autre lors du PLFSS 2013 et, enfin, lors de la loi de santé publique prévue en 2014.

**À l'issue des deux premières réunions (22/05 et 10/06) qui se sont tenues à la DGOS en présence des 5 intersyndicales de praticiens hospitaliers, les premières propositions de modifications réglementaires concernant la composition des CME nous semblent largement insuffisantes.** La CME est aujourd'hui totalement délégitimée en tant que représentation démocratique des médecins au sein de l'hôpital. Nous avons insisté, conformément aux recommandations de rapport « Couty », **pour que la composition des CME soit fortement rééquilibrée au profit des médecins élus et non des membres de droit.** L'actuelle surreprésentation des chefs de pôles au sein des CME, les-

quels sont directement nommés par le directeur de l'hôpital, ne peut perdurer en l'état. **Nous sommes donc dans l'attente des arbitrages de la DGOS et de la Ministre mais nous craignons que les conservatismes l'emportent.**

## TEMPS DE TRAVAIL ET ASTREINTE : DES ÉVOLUTIONS À VENIR

Sans attendre les résultats du Pacte de Confiance, nous avons rouvert en parallèle un autre front, celui du temps médical : définition d'une durée à la demi-journée et intégration officielle des déplacements en astreinte dans le décompte de notre temps de travail. Nous avons interpellé l'année dernière les instances européennes sur ce sujet et nous avons appris récemment que celles-ci avaient à leur tour interpellé les autorités françaises sur le flou actuel de la réglementation sur le temps de travail des médecins hospitaliers au regard du respect de la directive européenne sur le temps de travail. Voici les 3 griefs de la Commission Européenne :

- l'accord du PH pour réaliser du temps de travail additionnel (TTA) doit être explicite et non implicite (signature d'un contrat) ;
- le déplacement en astreinte ne peut être *de facto* du TTA et doit intégrer le temps de déplacement ;
- l'employeur doit pouvoir assurer la protection de ses salariés au regard de la limite maximum de temps de travail hebdomadaire (48 heures) ; or ce n'est pas le cas pour les PH dont le temps de travail est décompté en demi-journées.

La DGOS s'est donc saisie du dossier et travaille sur une nouvelle version de nos décrets et arrêtés encadrant nos temps de travail et la permanence des soins. Ici aussi la négociation est en cours avec les organisations syndicales et nous espérons pouvoir vous annoncer rapidement des évolutions réglementaires notables dans la valorisation de la permanence des soins en astreinte. Voici, sur ce sujet, les propositions précises que nous avons faites au Ministère.

### Mesures générales :

- un seul niveau d'astreinte (supprimer les astreintes de sécurité, cela faisait partie du protocole d'accord de 2008...) ;
- conserver un mode d'indemnisation forfaitaire des astreintes **mais uniquement pour les activités qui nécessitent un recours fréquent à la télémedecine** (radiologie typiquement...), en définissant, par exemple, 3 niveaux de forfait (70 €, 120 € et 190 €) en fonction de l'activité à distance de l'astreinte concernée (rôle de la COPS +++).

### Indemnité de sujétion (IS) :

- le maximum d'IS perçu pour une astreinte = IS de la garde sur place ;
- l'IS se décompose ainsi : forfait de base à 50 € par astreinte (pour mémoire 150 € en médecine de ville...) + 70 € par heure de temps de présence sur place (hors trajet) et/ou par déplacement. Exemple : 3 heures de présence ou 3 déplacements indépendamment de leurs durées = 50 € + 3 X 70 € = 260 € (actuellement le déplacement supérieur à 3 heures est indemnisé 1/2 TTA de nuit, soit 237 €), si 4<sup>ème</sup> déplacement, on arrive au plafond et l'indemnisation de l'astreinte = 1 garde = 265 € actuellement.

### Reconnaissance des déplacements en astreinte (temps de trajet inclus) comme du temps de travail effectif :

- le temps de travail reconnu effectif tient compte du temps de trajet (contrairement à l'IS qui ne tient compte que de la présence sur place par parallélisme avec l'indemnisation de la garde),
- le temps de travail effectif en astreinte est inscrit au tableau de service réalisé et donne droit au RQ (ou repos quotidien),
- 4 heures de temps de travail cumulatif (on additionne les temps de travail réalisés en astreinte sur le quadri-mestre) valident 1 demi-journée de travail dans le tableau de service.

**Voilà ce qui nous semble être acceptable**, dans la mesure où les PH qui font des astreintes ne perdraient pas sur l'IS et gagneraient par ailleurs *via* la reconnaissance effective de leur travail en astreinte (générant du temps de travail additionnel et des repos officiels au lendemain des astreintes déplacées). Bien sûr cela ne préempte pas d'autres propositions que nous formulons par ailleurs (comptabilisation de la garde de nuit à hauteur de 3 demi-journées dans notre temps de travail effectif, revalorisation de l'IS de la garde etc).

## PÉNIBILITÉ, RETRAITE ET CHSCT

Le rapport de Yannick Moreau, « Nos retraites demain : équilibre financier et justice », a été remis au Premier Ministre le 14 juin 2013. Ce rapport propose un certain nombre d'orientations dans le cadre de la réforme des retraites à venir. Évidemment, beaucoup d'entre elles seraient susceptibles d'affecter le niveau futur des pensions versées aux praticiens hospitaliers (augmentation de la durée de cotisation à 43 ou 44 ans contre 41 ans et demi aujourd'hui, atteinte aux avantages liés à la maternité etc).

**Le SNPHAR-E sera particulièrement offensif pour défendre nos intérêts en fonction des mesures qui seront retenues par le gouvernement.**

En tout état de cause, nous sommes en face d'une stratégie évoluant depuis de nombreuses années, avec :

- une augmentation de la durée de cotisation requise et/ou des cotisations salariales et employeurs (réforme Fillon 2003 puis Touraine 2013 ?),
- une baisse du pouvoir d'achat des futurs PH retraités de près de 30 %, un PH ayant 35 ans aujourd'hui aura une pension 30 % plus faible que ses collègues partis en retraite en 2008 (37% du dernier salaire versus 52 % avant la réforme IRCANTEC de 2008),
- une augmentation de l'âge légal de la retraite (réforme Woerth 2010), ce qui revient à baisser le niveau des pensions versées pour tous ceux qui en raison de problèmes de santé, ne pourront ni atteindre le nombre de trimestres requis, ni différer l'âge de la retraite jusqu'à 67 ans.

**La retraite à 67 ans, borne maximum à ce jour pour avoir une pension à taux plein, sera donc le lot de beaucoup de médecins hospitaliers,** qui commencent à cotiser tard et qui ont vu le nombre de trimestres requis augmenter de façon continue.

En 2010, le report de l'âge de la retraite devait être atténué **par des propositions sur la pénibilité** et le SNPHAR-E avait fortement œuvré en ce sens en portant la problématique **de la pénibilité du travail de nuit des médecins soumis à la permanence des soins**. Malheureusement, il n'en fut rien, puisque les dispositions retenues assimilent abusivement les concepts de pénibilité et d'incapacité (maintien de la retraite à 60 ans si handicap et incapacité > 20 % d'IPP) et ne concernent tout au plus qu'une dizaine de milliers personnes sur l'ensemble des salariés français.

**Quel que soit le nombre de nuits passées à l'hôpital (gardes et astreintes), les médecins hospitaliers ne voient donc pas leur pénibilité professionnelle reconnue.**

Cependant, le rapport « Moreau », qui vient d'être remis au gouvernement propose à nouveau **la possibilité d'une reconnaissance de la pénibilité du travail de nuit par la création d'un « compte individuel pénibilité »**. Cette proposition rejoint celle du « *curriculum laboris* » formulée en 2010 par le SNPHAR-E. Extrait du rapport : « *La mise en place de ce compte pénibilité individuel poursuivrait trois objectifs : contribuer à la gestion des parcours professionnels pour éviter qu'un même travailleur poursuive une activité pénible si long-*

*temps que sa santé puisse s'en trouver dégradée à terme, de manière identifiable, durable et irréversible ; aider à la gestion des fins de carrière et au maintien en emploi des seniors exposés à la pénibilité ; permettre de partir plus tôt à la retraite, dans le respect de l'âge légal. (...) En fonction de la durée d'exposition, le salarié acquerrait un certain nombre de points lui ouvrant ces droits. **L'exposition aux facteurs serait appréciée par l'employeur par référence à des seuils d'exposition fixés par voie d'accord national interprofessionnel** ou, en cas d'échec, par voie réglementaire, en laissant la possibilité aux branches de fixer des seuils plus favorables aux salariés. »*

**Le SNPHAR-E compte soutenir cette proposition et rendre effective la constitution d'un « compte individuel pénibilité » ou « livret pénibilité » pour tous les PH soumis durant toute leur carrière à la permanence des soins au sein des hôpitaux.**

La constitution de ce « compte individuel pénibilité » rend d'autant plus impérieuse **la réorientation de la représentation des médecins au sein du CHSCT de nos établissements de soins**. Actuellement, cette représentation est assurée par un membre désigné par la CME qui ne défend pas les conditions de travail, d'hygiène et de sécurité des PH. Il est le représentant de la CME, simple observateur – et non acteur - des débats au sein du CHSCT. Dans les faits, le CHSCT s'occupe aujourd'hui exclusivement des conditions de travail des salariés non médecins. Pourtant la santé au travail et la pénibilité sont des sujets qui concernent aujourd'hui fortement les médecins, lesquels sont soumis à une pression « productive » majeure, dans un contexte de restriction en personnel et de pression gestionnaire.

Le SNPHAR-E propose, en cohérence avec les recommandations de rapport « Couty » en faveur du renforcement du dialogue social, que la représentation médicale au sein du CHSCT des hôpitaux soit constituée, non pas de médecins désignés par la CME, mais de représentants syndicaux médecins élus parmi des candidats issus des intersyndicales représentatives (Avenir Hospitalier etc). **Seuls l'indépendance et le professionnalisme d'une représentation médicale syndicale au sein du CHSCT pourra œuvrer efficacement en faveur du dialogue social et du bien-être au travail des PH et pourra donc contribuer localement à la reconnaissance de la pénibilité du travail des médecins hospitaliers.**

En outre et puisque le gouvernement souhaite réformer « dans la justice », le SNPHAR-E portera, dans les

débats futurs sur la réforme des retraites, un certain nombre d'autres propositions spécifiques :

- **valorisation du CET dans un Plan Épargne Salarial (5 jours/an, ou plus, au choix), abondée par l'employeur, soit au sein de l'IRCANTEC, soit sous la forme d'une surcomplémentaire garantie par l'État ;**
- surcote de 5 % de la pension IRCANTEC, au-delà de 62 ans, sans condition de trimestres de cotisation ;
- **pour les médecins ayant des conditions d'exercice spécifiques liées à la permanence des soins :** limitation de la durée de cotisation à 160 trimestres pour l'obtention d'une retraite à taux plein pour ces praticiens ayant fait au minimum 1000 gardes ou astreintes déplacées durant une carrière (équivalent de 30 gardes et astreintes déplacées par an), doublement des cotisations IRCANTEC (part salariale et employeur) sur les gardes et astreintes, **aménagement des fins de carrière, avec possibilité de travail à temps réduit** grâce à plusieurs dispositifs (possibilités de temps de travail réduits et d'arrêt des gardes et astreintes après 60 ans).

En tout état de cause, et quelle que soit la réforme future, les réformes passées ont d'ores et déjà fortement altéré le niveau des pensions retraites des PH, notamment pour ceux qui commencent aujourd'hui leur carrière. **Il est donc utile pour les plus jeunes d'anticiper au plus tôt ce manque à gagner :**

- en rachetant des trimestres de cotisations correspondants aux années d'études non salariés ;
- en se constituant un 3<sup>ème</sup> niveau de retraite complémentaire (Préfon, CGOS, PERP etc) ;
- en accumulant un stock CET (historique + pérenne) de 208 jours permettant de poser un congés CET d'une année avant le départ en retraite.

## RÉACTIVATION DU PROJET DE CRÉATION D'UN DES DE RÉANIMATION (PORTÉ PAR LES RÉANIMATEURS MÉDICAUX)

La volonté des tutelles de faire disparaître les DESC de type II, a réactivé la menace de création d'une filière nouvelle de formation à l'internat, un DES de réanimation, qui risquerait de mettre à mal la formation par le DES d'anesthésie-réanimation. La discipline, dans toutes ses composantes (privé et public, syndicats, sociétés savantes et CNP) a décidé de réagir fermement. Nous avons publié un communiqué de presse unitaire et le SNPHAR-E a dénoncé les conflits d'intérêts qui agissent dans l'ombre (voir communiqué de presse page 17). Ce sujet est très important et nous devons rester très vigilants face au risque de voir se dégrader la formation et l'attractivité actuelle de l'anesthésie-réanimation.

## EXTERNALISATION DES DONNÉES MÉDICALES

Depuis plus de deux ans, les dossiers médicaux des patients, contenant diagnostics et prises en charge et permettant aux établissements de santé de se voir attribuer des moyens financiers à hauteur de leur activité, continuent dans certains établissements à se voir confiés à des sociétés privées ne garantissant ni la confidentialité des données, ni le respect du secret médical.

Le SNPHAR-E, sollicité par des médecins DIM avait dû intervenir à plusieurs reprises auprès des tutelles pour que de telles pratiques disparaissent. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins, le Ministère de la Santé et la CNIL ont été alertés de ces dérives par le SNPHAR-E qui a été le premier à dénoncer ces irrégularités.

Alertée et interrogée depuis deux ans, la CNIL tardait à répondre malgré plusieurs sollicitations et une interpellation publique de sa présidente à l'Assemblée nationale par Avenir Hospitalier. C'est désormais chose faite, la CNIL réaffirme le droit général :

*« Les données que traitent les médecins responsables de l'information médicale, qui sont couvertes par le secret professionnel, ne sauraient être transmises à des tiers non autorisés dès lors qu'elles sont susceptibles de permettre l'identification même indirecte d'un patient. À cet égard et conformément aux dispositions de l'article R.6113-6 du Code de la santé publique, il appartient au représentant d'un établissement de prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer la confidentialité des données médicales nominatives en liaison avec le président de ces instances et le médecin DIM. »*

Cependant de nombreux établissements continuent à recourir à des officines extérieures pour « optimiser » le codage et la rémunération de leur activité. Nous suivons, là aussi, ce dossier de très près et avons interpellé nos élus car cette optimisation du codage confine souvent à une escroquerie à l'Assurance Maladie.

Le SNPHAR-E est plus que jamais mobilisé et vous souhaite de bonnes vacances.

*Yves Rebufat, Vice-président du SNPHAR-E  
Bertrand Mas, Président du SNPHAR-E*

# L'actualité du DPC : quoi de neuf depuis février 2013 ?

## Des précisions techniques.

**D**es précisions techniques apparaissent enfin tant à l'ANFH qu'à l'OGDPC. Les délégations régionales de l'ANFH peuvent désormais saisir les dossiers DPC médical et régler les factures. La convention entre l'OGDPC et l'ANFH a été signée en mars et permettra aux établissements de bénéficier de la taxe de l'industrie pharmaceutique par le biais de l'ANFH ; cette dernière pourra s'interfacer avec la plateforme de l'OGDPC, sur laquelle seront enregistrés les organismes DPC et les programmes. Le Conseil du DPC Médical Hospitalier (CDPCMH), instance créée au sein de l'ANFH, a précisé certains points lors de sa séance du 27 mars dernier.

### FINANCEMENT DU DPC MÉDICAL

#### Fixation du forfait :

Le montant du forfait issu de l'industrie pharmaceutique, par médecin, a été fixé à 750 €, cette somme permettant de financer un programme de DPC pour 50 % des médecins éligibles au dispositif, à l'exclusion des pharmaciens et des odontologistes. Une aide sera accordée aux petits établissements dont l'effectif est inférieur à 10 médecins ; il s'agira d'un doublement de la cotisation grâce à un apport complémentaire de fonds mutualisés cumulé au forfait par médecin ayant suivi un programme DPC ; une enveloppe de continuité territoriale pour les DOM et un financement spécifique pour les PADHUE (Praticiens à Diplôme Hors Union Européenne) ont été envisagés.

#### Modalités de versement de la contribution spécifique de l'industrie pharmaceutique :

Un forfait déclenché de 750 € alimentera l'enveloppe prévisionnelle à l'inscription du médecin. À la présentation de l'attestation de réalisation du programme de DPC, fournie par l'OGDPC, le forfait deviendra acquis et alimentera l'enveloppe financière de l'établissement. Chaque établissement recevra l'information de son plafond. Ce plafond est indicatif et sera modifié en septembre 2013 en fonction des inscriptions des médecins à un programme DPC. Une fois le plafond atteint, il n'y aura plus de déclenchement de forfait. En septembre, le CDPCMH décidera du réajustement nécessaire en fonction des besoins réels des établissements.

#### Enveloppe des établissements :

Elle est composée de 95 % de la cotisation versée

(0,5 % de la masse salariale pour les CHU et 0,75% pour les CH non U) et des forfaits de 750 € par médecin ayant suivi un programme DPC.

Chaque délégation régionale de l'ANFH indiquera le montant estimé des cotisations et le plafond indicatif des forfaits aux établissements.

Au total, on peut estimer que le financement du DPC des praticiens est évalué entre 1200 et 1500 € par praticien, sur une estimation de 50 % des PH ayant demandé une formation au titre du DPC.

### MISSION DE L'EMPLOYEUR DANS LE DISPOSITIF

L'employeur doit informer les salariés et les praticiens concernés par la mise en œuvre du DPC de leur obligation annuelle de DPC. Il est également tenu de mettre à leur disposition les moyens nécessaires permettant de satisfaire leur obligation annuelle de DPC (moyens financiers, mise à disposition des outils tels que la liste des programmes DPC, notamment interne à l'établissement, permettre aux salariés de remplir leur obligation annuelle sur leur temps de travail) et enfin l'employeur de contrôler le respect par les salariés de leur obligation annuelle de DPC (art.4382-10 du code de la santé publique).

L'établissement de santé peut se constituer organisme de DPC et/ou faire appel à un organisme extérieur. En se constituant organisme de DPC, l'établissement permet aux salariés concernés de valider leur obligation annuelle de DPC en suivant des formations internes à moindre coût et à la collaboration interprofessionnelle, au sein de l'établissement, de se développer et de s'améliorer.

En faisant appel à un organisme extérieur, l'établissement peut construire un programme DPC sur mesure pour la formation interne, répondant aux besoins de la structure et des personnels salariés ainsi que ceux de la formation externe ; le coût est fixé par l'organisme concerné selon les méthodes et modalités de l'HAS, le type de programme etc.

## LE PARCOURS DPC

Un programme DPC doit répondre à une orientation nationale ou régionale, utiliser une ou plusieurs méthodes HAS et être réalisé et évalué par un organisme enregistré. Si l'organisme n'est pas enregistré, aucun programme ne peut être saisi par la délégation régionale de l'ANFH.

Le parcours DPC des personnels salariés, médecins y compris, obéit à cinq étapes :

- inscription au programme,
- suivi et évaluation du programme par le praticien,
- attestation de validation du programme,
- prise en charge : employeur, ANFH,
- contrôle de l'obligation de DPC (employeur et instances ordinaires).

La prise en charge des programmes DPC s'établit comme suit :

– **les congrès** : les congrès ne représentent que la partie cognitive du DPC et doivent être complétés par la partie, Analyse de Pratique Professionnelle (APP). Durant la période transitoire ( jusqu'au 30 juin 2013), le thème de l'APP peut ne pas être en rapport avec le congrès. Les congrès peuvent être pris en charge durant la période transitoire sur la partie cognitive, sous réserve qu'ils soient déposés sur la plateforme de l'OGDPC.

– **les DU** : ceux qui ne figureront pas dans la liste des DU établie par les commissions scientifiques indépendantes comme équivalent DPC ne permettront pas au praticien de remplir son obligation annuelle de DPC ; ils pourront cependant être une étape d'un programme DPC. Si le DU dure deux ans, l'obligation annuelle de DPC sera validée l'année de l'obtention du DU. Le DU ne représente que la partie cognitive et doit être complété par la partie APP. Là aussi, au cours de la période transitoire, l'APP peut être différente du thème du DU.

L'APP est prise en charge à condition d'être complétée par une partie cognitive et intégrée dans un programme DPC. Pendant la période transitoire, les programmes qui ne comportent que la partie APP seront pris en charge sous réserve de leur enregistrement sur la plateforme de l'OGDPC.



– **d'autres équivalents DPC sont à l'étude** : master en santé publique, diplôme permettant de changer de branche, validation des acquis...

L'ANFH propose aux établissements adhérents de gérer, à l'aide de GESFORM, tout le processus de la formation continue : plans de formation, gestion financière, tableaux de bords, statistiques...

Ce logiciel est en cours de modification pour intégrer le DPC médical.

Par ailleurs, la période transitoire serait prolongée jusqu'à la fin de l'année 2013.

## EN CONCLUSION

Malgré ces précisions, il n'y a toujours pas de lisibilité sur la liste des formations validant le programme DPC sur la plateforme. Même si près de 2000 organismes proposent 4600 programmes de DPC, dont 2400 pour les médecins, les organismes professionnels tels les collèges ou les CNP ne sont pas tous enregistrés. Sur la plateforme de l'OGDPC, on retrouve beaucoup de centres hospitaliers comme l'ODPC, mais à l'heure actuelle, il reste difficile pour un praticien d'établir son portefeuille DPC. Le dispositif reste encore difficile à appréhender sur le terrain.

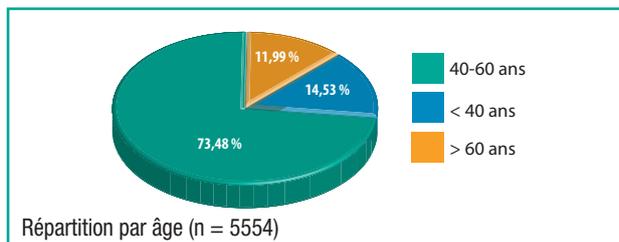
Devant la complexité du dispositif, les établissements et les commissions gérant le DPC dans chaque établissement attendent les outils pour avancer et pour répondre aux attentes des praticiens : logiciel Gesform, interface entre ANFH et OGDPC afin d'intégrer les organismes et les programmes enregistrés sur la plateforme OGDPC.

*Nathalie Cros -Terraux, administrateur du SNPHAR-E*

# DPC : une enquête qui fera date sur les attentes des PH face à leur formation continue

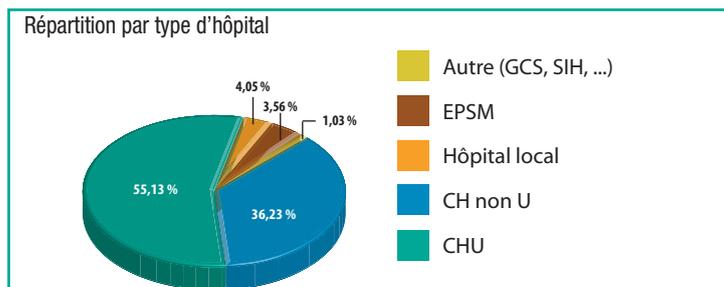
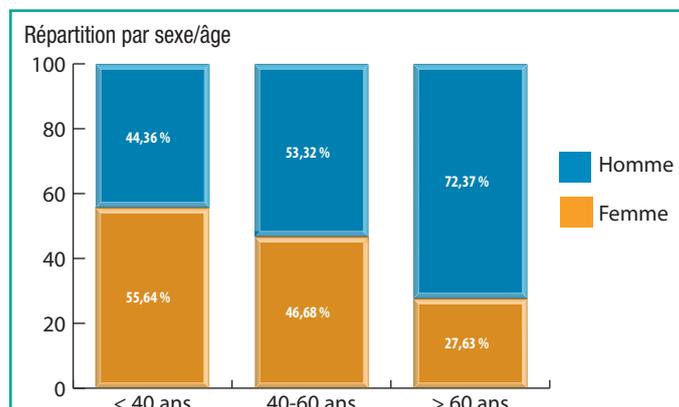
Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013, le DPC (Développement Professionnel Continu) est en place et inclut une obligation réglementaire individuelle pour chaque médecin à se former, (des sanctions étant prévues en cas de non satisfaction de cette obligation), et une organisation nationale pour tous les médecins, libéraux et hospitaliers. Les différentes instances se sont mises en place et face à un processus d'une complexité rare, les structures pouvant être amenées à participer au DPC cherchent leur place, quitte à jouer des coudes dans un dispositif concurrentiel. Nous vous communiquons les résultats de l'enquête réalisée par Avenir Hospitalier et la Confédération des PH.

Face à ces tactiques bien éloignées de notre quotidien, il a paru nécessaire de faire le point, en mettant en place une grande enquête syndicale sur les attentes des PH face à leur besoin de formation continue et sur la manière dont celle-ci a été satisfaite jusqu'à ce jour. En effet, le nouveau dispositif s'est construit sans que jamais ce bilan concernant les attentes de PH ne soit fait. Cette enquête a été diligentée par les deux intersyndicales Avenir Hospitalier et la CPH. Le sujet de la formation continue intéresse beaucoup les PH : en deux semaines et avec trois appels à 35 000 PH, nous avons obtenu 5 555 réponses, ce qui constitue un nombre suffisant pour tirer des conclusions statistiquement fortes et témoigner d'un fort intérêt des PH. Le panel ainsi constitué est un excellent reflet, d'une part de toutes les spécialités, d'autre part de la courbe des âges. 94 % des réponses viennent des PH titulaires, qui constituent le cœur de la *mailing list* ayant permis la diffusion de l'enquête. À noter une forte représentation de PH investis dans la vie de leur établissement (chefs de pôles, de services, de structures internes, membres de CME et syndiqués).



## QUELLE FMC POUR LES ANNÉES 2010-2011 ?

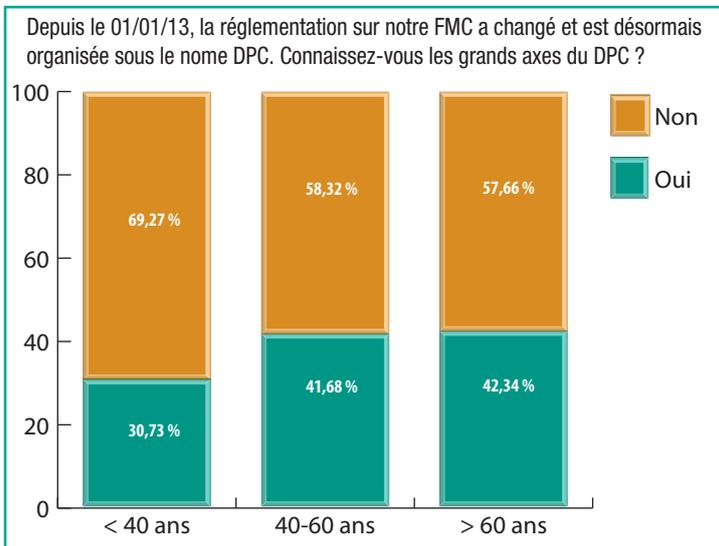
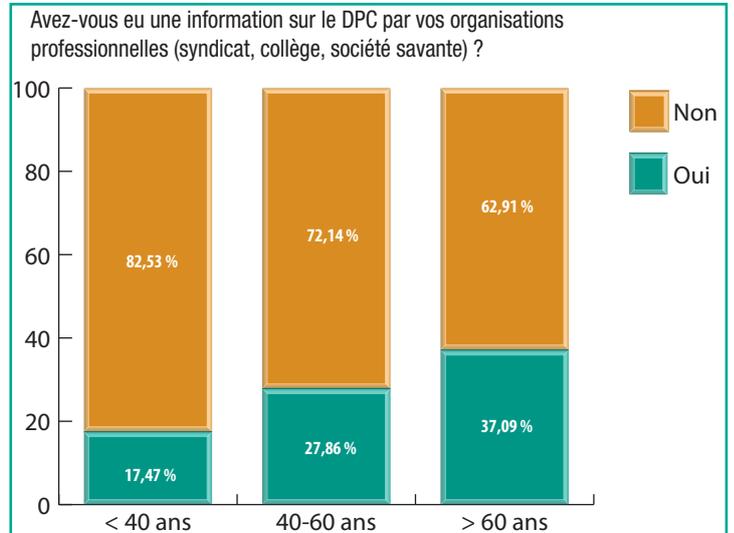
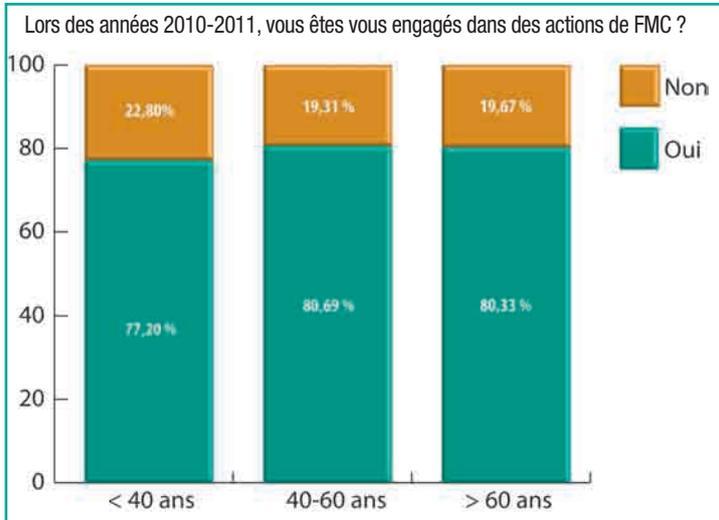
**Les pouvoirs publics ont pris des décisions pour le DPC 2013, notamment en terme budgétaire, faisant le pari que moins de la moitié des PH se formeraient avec un budget de 750 € par médecin et par an. Il nous a semblé primordial de montrer la vraie vie, à**



## savoir comment les PH avaient assuré leur FMC au cours des années 2010-2011.

Quatre-vingt pour cent des PH ont participé à des actions de FMC, 71 % en participant à un congrès en France, 21 % à congrès à l'étranger. Vingt-sept pour cent des PH ont participé à des actions de formation organisées par l'industrie pharmaceutique et 39 % ont participé à des actions d'EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles).

En moyenne, la somme consacrée à la FMC était évaluée à 2360 € par an, tout compris, avec une forte variation de  $\pm 2\ 400$  €. Le financement était le plus souvent mixte. Il reposait exclusivement sur un financement provenant de hôpital ou de l'industrie dans moins de 10 %



ces dernières années : moins de 5 jours pour 16 %, de 5 à 10 jours pour 36 %, de 10 à 15 jours pour 20 % ; enfin, 22 % n'ont pas pu se former en raison des problèmes d'effectifs.

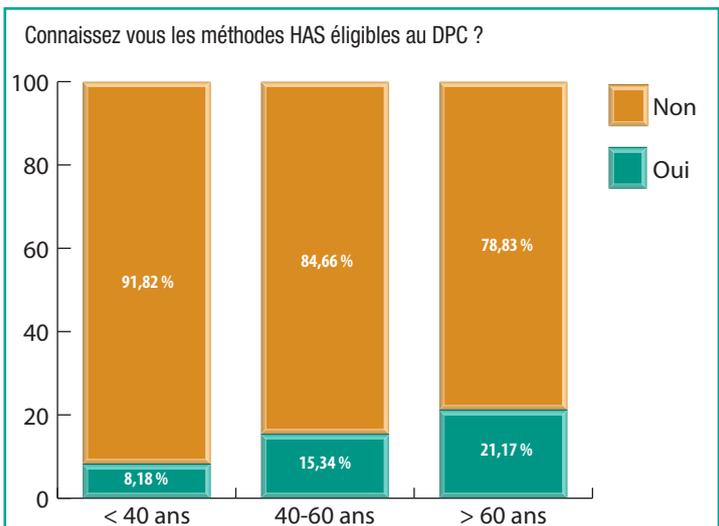
### QUELLES CONNAISSANCES DU NOUVEAU DISPOSITIF DPC ?

**Alors que celui-ci est obligatoire et que les diverses instances professionnelles s'échinent à décortiquer le dispositif, qui ne semble d'ailleurs encore pas vraiment figé, qu'en savent et qu'en pensent les PH ?**

Soixante pour cent des PH ignorent tout du dispositif, 72 % disent ne pas avoir été informés par leurs organisations professionnelles, 70 % disent ne pas avoir été informés par leur établissement. Cela ne reflète pourtant pas la réalité. Nous sommes en effet bien placés pour affirmer que, nous concernant, l'information a circulé, soit dans cette revue, soit par le biais de plusieurs newsletters. Au total soit les informations ne sont pas lues, soit elles ne sont pas claires, soit le dispositif est trop complexe !

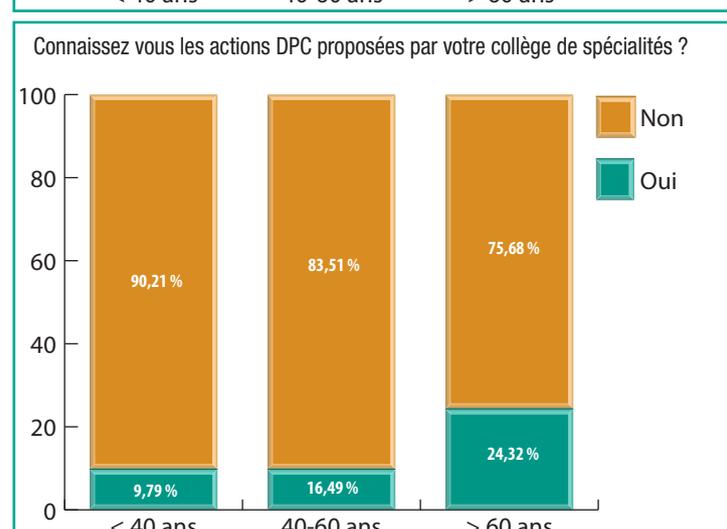
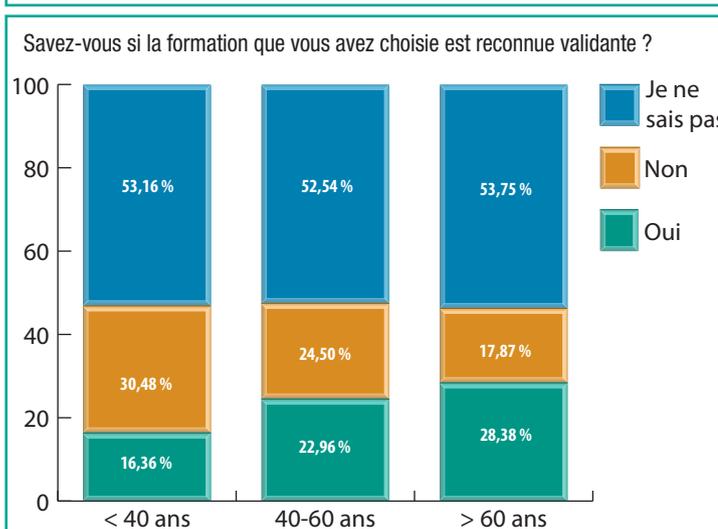
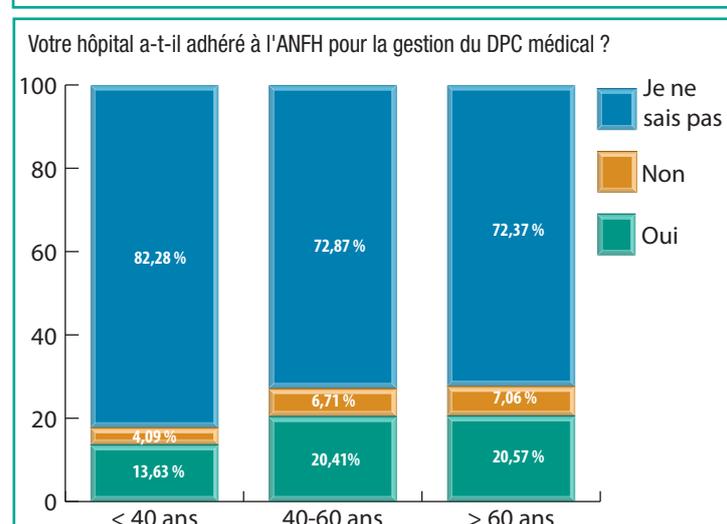
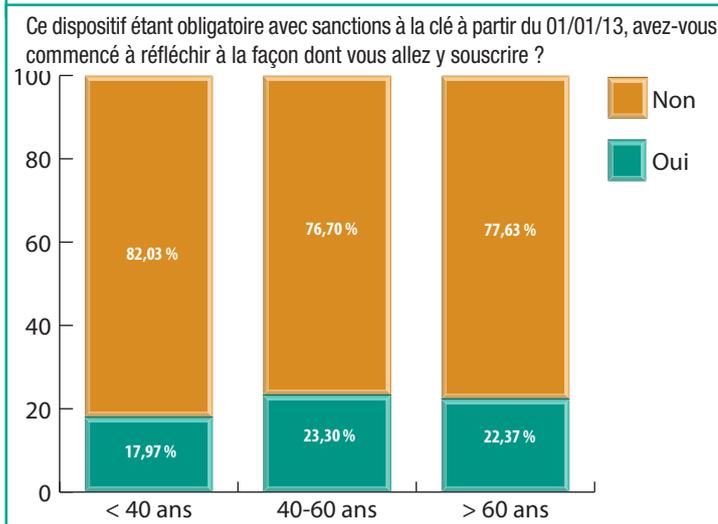
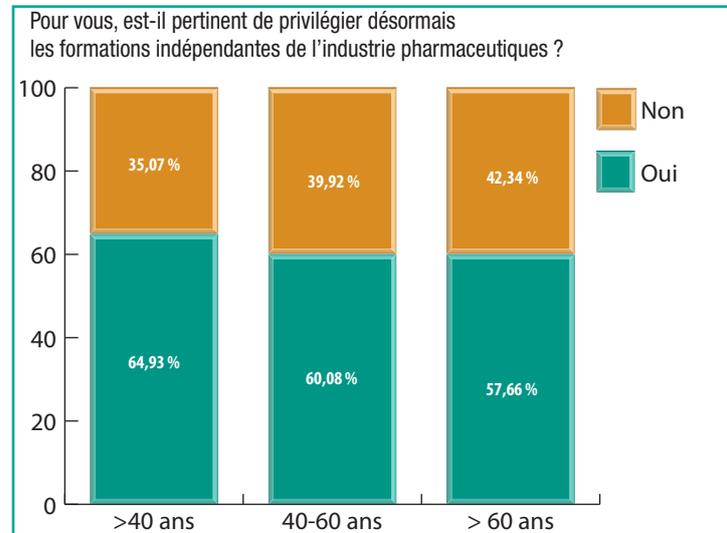
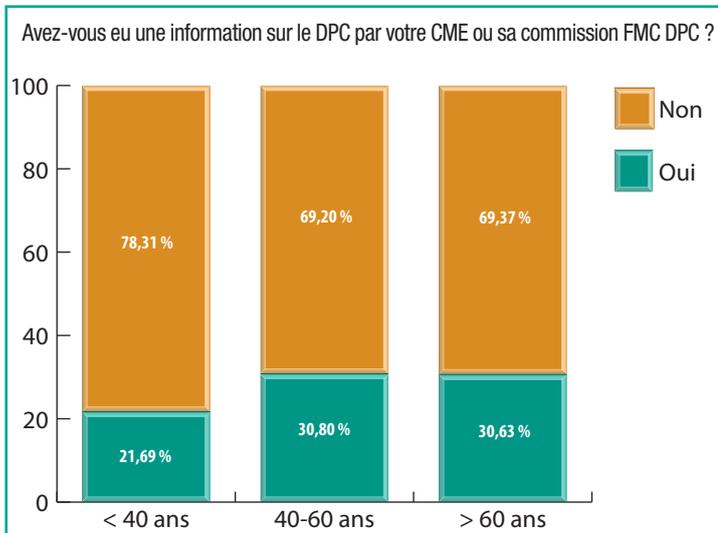
La moitié des personnes interrogées pense que le forfait national par PH consacré au DPC sera de moins de 500 € 18 % de 750 €, 20 % de 1000 € ; on est donc bien loin des 2360 € consacrés en moyenne les années précédentes. On peut mesurer là l'absence de confiance globale dans l'accompagnement national financier de ce dispositif.

Quand on va plus loin dans les positionnements individuels face à ce nouveau processus, les résultats sont là aussi inquiétants : 77 % n'ont pas réfléchi à leur DPC, 71 % ne savent pas si leur formation sera validante, 66 % ne savent pas si leur établissement est agréé pour le DPC, 74 % ne savent pas s'ils ont adhéré à l'ANFH, sans connaître les conséquences de cette adhésion ou non adhésion, et 84 % n'ont pas connaissance des



des cas ou encore exclusivement sur des fonds personnels dans 5 % des cas. Mais en général, une association de financements de l'hôpital (46 %), de l'industrie (33 %), des caisses de service (12 %) et de fonds personnels (48%) .

Le temps consacré à la FMC était variable au cours de



recommandations HAS sur le DPC. On relève aussi que 60 % ne savent pas si leur collège de spécialité propose des actions validantes et que 85 % ne les connaissent pas.

Quant à la place que va prendre désormais la CME au sein du dispositif DPC, les réponses sont intéressantes sur la confiance globale des PH dans cette institution censée les représenter : 31 % auraient préféré l'échelle

du pôle comme organisateur, 36 % auraient préféré que ce soient les collèges (plus que) et non pas la CME qui soit au cœur du dispositif, 23 % craignent qu'on les oblige à des actions éloignées de leur spécialité, 25 % pensent qu'on les contraint à des actions dirigées vers la baisse des coûts de la santé, 28 % pensent que leurs projets personnels ne sont pas en adéquation avec les objectifs de l'établissement. 71 % quant à eux espèrent pou-

voir continuer une FMC intéressante plutôt qu'un « DPC Maison » et seulement 43 % jugent que l'EPP est intéressante au titre de la FMC ! Enfin, 21 % ne craignent pas les sanctions, du fait de la démographie de leur spécialité.

### IL EST ÉGALEMENT INTÉRESSANT DE SE DEMANDER SI DES PROFILS DIFFÉRENTS ÉMERGENT EN FONCTION DE CERTAINS REGROUPEMENTS.

#### Effet âge ?

Les moins de 40 ans (15 % dont 55 % de femmes) ont des habitudes de FMC très différentes que les plus de 40 ans : 43 % versus 20% ont fait des DU ou des DIU, moins de congrès, moins de formations par l'industrie pharmaceutique et moins d'EPP. Ils ont consacré moins d'argent (2100 € au lieu de 2400) et sont dramatiquement moins informés sur le DPC que les plus de 40 ans : 69 % versus 58 % ne sont pas informés, 91 % versus 84 % ne connaissent pas les recommandations HAS DPC, 78 % versus 69 % ne se sentent pas informés par leur CME, 82 % versus 72 % par leurs organisations professionnelles, et 82 % versus 76% n'ont pas réfléchi à l'avenir de leur formation continue.

#### Effet type d'établissement ?

Le profil est également très différent selon le type d'établissement, CHU ou CH non U. 63% des réponses à cette enquête viennent de CH non U.

Globalement, les PH de CH non U se forment plus qu'en CHU (82 % versus 78 %), vont moins en congrès à l'étranger (17 % versus 30 %), ont moins de dépenses (2220 € versus 2620), et tout cela pour un nombre de jours consacré similaire. Les établissements non universitaires participent davantage financièrement à la FMC que les CHU, qui eux en revanche profitent plus des subsides de l'industrie pharmaceutique, directement ou via les caisses de service.

Les CHU sont bien moins informés que les CH non U (44 % versus 33 %), mais ils sont mieux informés d'une part par leurs organisations professionnelles (29 % versus 24 %) et d'autre part par leurs CME (37 % versus 16 %). Les CHU ont davantage réfléchi à leur DPC individuel, sont mieux informés sur la place de l'ANFH et ont plus confiance dans leur CME en CH non U, alors que les CHU, eux, plébiscitent davantage les collègues de spécialités (43 % versus 32 %).

Il est normal qu'en CH non U, dont la taille permet à plus de PH de participer à la vie de leur établissement via la CME, que celle-ci les ait davantage informés ; ce qui devrait inciter les CHU à réfléchir à des actions spécifiques, « circulation de l'information » et « opération transparence DPC », notamment envers les moins de 40 ans. Mais cela ne doit

pas empêcher de penser que les CH non U sont en mesure de faire mieux encore, au vu justement de la taille de leur établissement, car les résultats, même si moins alarmants qu'en CHU, restent inquiétants !

#### Effet spécialité ?

Pour l'anesthésie-réanimation : les PHAR participent davantage que la moyenne à un congrès annuel en France, moins à un congrès à l'étranger. La somme moyenne consacrée est inférieure (1835 €). Ils semblent mieux informés que la moyenne par leurs organisations professionnelles (33 % versus 28 %), mais moins bien par leur CME ; d'autre part, ils savent mieux que la moyenne le rôle à jouer par leur collègue (28 % versus 16 %).

Pour la médecine d'urgence : le profil est spécifique, puisque 48% se sont formés *via* des DU ou DIU (versus 21 %), aux dépens du congrès national (60 % au lieu de 71 %). 76 % versus 72 % disent ne pas avoir été informés par leurs organisations professionnelles. 45% pensent continuer dans la voie de formation choisie même si celle-ci n'est pas validante (versus 40 %), et ils sont plus nombreux à penser que les actions d'EPP sont intéressantes au titre de la formation continue (55 % versus 43 %).

Les profils des psychiatres, des chirurgiens, des gynécologues obstétriciens, des biologistes, des radiologues, des gériatres et des spécialités médicales confondues sont similaires au profil moyen des réponses, avec notamment la même méconnaissance du dispositif. Les pédiatres dépensent peu (1900 €), les cardiologues dépensent beaucoup (3682 €, avec un fort engagement de l'industrie pharmaceutique, 35 % en totalité), et les pharmaciens sont plutôt bien informés par leurs organisations professionnelles (45 % versus 28 %).

Nicole Smolski, Présidente d'Avenir Hospitalier

La conclusion de cette analyse globale est la sous-information terrible sur ce dispositif obligatoire : dans un contexte de défiance globale vis-à-vis de l'institution, et notamment de la CME, chez des collègues qui semblent pourtant impliqués dans la vie de leur établissement, il y a urgence à simplifier rapidement le processus afin de le rendre plus compréhensible et transparent. Nous qui le connaissons en l'état savons qu'en aucun cas il ne pourra répondre aux habitudes de formations, telles que montrées dans cette enquête : le forfait consacré par PH, de 750 € aux dernières nouvelles, ne pourra pas satisfaire le coût des formations jugées utiles par 80 % des PH et estimé à plus de 2360 €. En effet, si chacun demande sa prise en charge au titre du DPC, les fonds nationaux ne seront pas suffisants. Qui va arbitrer ?

Cette sous-information peut sembler étonnante, au vu des communications multiples des organisations professionnelles diverses : et si la complexité de ce dispositif l'avait rendu incommunicable, et que chacun attendait de manière cynique ce qui va vraiment arriver, notamment en terme de sanction ?

Il faut aussi noter le faible taux d'adhésion à l'EPP comme moyen de formation continue : si ce type d'action semblait être la panacée, car non coûteuse, elle ne rencontre pourtant l'adhésion que de 43 % des PH !

# Le DPC : une préoccupation majeure du CFAR depuis 2009

**P**HAR-E a demandé au Pr Jacque Fusciardi, président du CFAR, de commenter les résultats de l'enquête Avenir Hospitalier et son opinion sur la problématique de l'organisation du DPC tel que définie à ce jour.

**PHAR-E : Que vous inspirent les résultats de cette enquête réalisée par Avenir Hospitalier et la CPH auprès de l'ensemble des PH, toutes spécialités confondues ?**

**J. Fusciardi :** Ces résultats confirment que l'adhésion au DPC est largement partagée par les PH. Ces derniers ont une éthique professionnelle telle, qu'ils savent que la formation est indispensable tout au long de leur carrière.

Il y a eu 5 550 réponses à l'enquête, ce qui est un nombre important, mais qui correspond aux praticiens investis dans le fonctionnement de leur hôpital. Il ne faut pas oublier ceux qui n'ont pas répondu, qui sont dans l'ignorance du DPC. J'ai tendance à penser que l'interrogation face au DPC est ce qui domine dans la communauté des PH. L'organisation du DPC est d'une rare complexité ; alors que l'idée originelle est bonne et simple, mettre en regard de la formation l'évaluation de la pratique. La complexification administrative du processus DPC a malheureusement amoindri son

l'évaluation des pratiques professionnelles, qui n'est pas proposée systématiquement ? Les organisateurs de congrès ont tendance à vouloir se porter ODPC, alors que certains n'ont pas encore la possibilité aujourd'hui d'offrir la partie évaluation des pratiques professionnelles.

Par ailleurs, la structure statutaire d'un ODPC répond à une représentativité précise définie par les instances et ne peut prétendre à aide financière de l'industrie.

**Concernant l'anesthésie-réanimation, le CFAR est aujourd'hui capable d'offrir un programme de DPC complet puisqu'il a mis en place tous les processus d'évaluation et qu'il est en lien avec la SFAR pour l'aspect formation. Ces programmes sont consultables sur son site web et sur le site de l'OG-DPC**

Au total, le financement du DPC de chaque professionnel hospitalier peut se faire soit directement par l'hôpital via l'OG-DPC lorsque l'hôpital n'a pas passé convention avec l'ANFH, soit par le circuit de l'ANFH pour les hôpitaux ayant passé convention. Pour les médecins libéraux, le financement est directement demandé au niveau de l'OG-DPC. Les médecins, qu'ils soient salariés ou libéraux, doivent nécessairement indiquer sur le site de l'OG-DPC ([www.mondpc.fr](http://www.mondpc.fr)) leur inscription au programme de leur choix

## Une complexité d'origine double :

- d'une part, il existe un système différent pour les médecins libéraux et pour les médecins hospitaliers, alors que la communication officielle est la même.
- d'autre part, un problème majeur réside dans le financement de ce DPC. Les organisateurs de DPC qui seront agréés très prochainement devront souvent fonctionner sans avance de trésorerie.

attire aux yeux de certains praticiens. Cela pose un problème en particulier à toutes les sociétés savantes organisatrices de congrès et on peut se demander si elles pourront maintenir leur congrès annuel. En effet, l'ANFH, organisme collecteur de fonds, n'avancera pas la trésorerie aux organismes de DPC. De plus, pour que l'ANFH finance une formation, il faut que celle-ci fasse partie d'un programme de DPC. Tous les congrès assurent certes la partie formation, mais quid de

**PHAR-E : La somme annoncée de 750 € par médecin et par an semble bien en deçà de la réalité. Pouvez-vous nous préciser ce qu'il en est ?**

**J. Fusciardi :** L'enquête montre que la somme de 750 € par médecin et par an est inadéquate étant donné les sommes dépensées par chaque médecin les années précédentes. Cependant, il faut savoir que le financement du DPC a deux origines pour le médecin hospitalier, comme cela est indiqué dans l'article (page 8). La somme par médecin sera donc au total comprise entre 1200 et 1500 € pour les médecins dont l'hôpital est adhérent à l'ANFH, ce qui se rapproche plus de la réalité et permet d'assurer le financement d'une à deux



Le CFAR émet deux fois par an une lettre d'information distribuée aux adhérents du collège.

La lettre n°35 ne sortira qu'après le 1<sup>er</sup> juillet afin de fournir aux adhérents les dernières actualités concernant le DPC, notamment les informations sur les dépôts administratifs.

actions de DPC. En revanche, lorsque l'hôpital n'est pas adhérent à l'ANFH, la somme allouée tombe effectivement en deçà des 750 € (400 à 500 €/an) et ne pourra permettre qu'une action de DPC/an. Bien sûr, un financement personnel est toujours possible !

On peut déplorer que les démarches de financement hors ANFH soient plus simples. Il suffit d'aller sur le site de l'OGDPC pour préciser le programme choisi et d'en demander à la CME le finan-

cement dans sa globalité ou partiellement. En revanche, lorsque l'ANFH est impliquée, le circuit est plus long et le délai de financement ne paraît pas encore stabilisé.

**PHAR-E : D'après les résultats de l'enquête, le CFAR peut s'enorgueillir que l'anesthésie-réanimation soit la spécialité la mieux informée : quelles en sont les raisons et comment ?**

**J. Fusciardi :** Le CFAR se préoccupe du DPC depuis 2009. C'est un organisme fédérant tous les modes d'exercice, tous les statuts et les grands syndicats de la discipline. Tous ces représentants participent à la gouvernance du collège et ont donc une information régulière à la faveur des réunions du collège.

Le CFAR diffuse les informations relatives aux évolutions du DPC sur son site web et une lettre d'information est diffusée à ses adhérents deux fois par an. Enfin, grâce aux syndicats, l'information arrive au niveau de la base.

*Propos recueillis par le Dr C. Mura*

## AGENDA DU CA

### AVRIL 2013

- 12 Avril** Colloque du CNG
- 19 Avril** Directoire du CFAR
- 23 Avril** Rendez-vous avec Denis Morin, Directeur de cabinet, « Pacte de Confiance »
- 24 Avril** Rendez-vous au cabinet du Ministère de la Santé, « Création d'un DES de réanimation »

### MAI 2013

- 10-11 Mai** Assemblée générale de la FEMS
- 15 Mai** Rendez-vous DGOS « Pacte de Confiance »
- 22 Mai** Rendez-vous DGOS « Pacte de Confiance »

### JUIN 2013

- 5-7 Juin** Permanence SNPHAR-E au congrès de la SFMU
- 10 Juin** Rendez-vous DGOS « Pacte de Confiance »
- 19 Juin** Rendez-vous Emmanuel Loeb, ISNI
- 19 Juin** Rendez-vous DGOS « Féminisation »

### JUILLET 2013

- 1<sup>er</sup> Juillet** Rendez-vous DGOS « Astreintes et temps de travail »
- 2 Juillet** Séminaire HAS : « Qualité de vie au travail : qualité des soins »
- 3 Juillet** Rendez-vous avec le député Olivier VERAN « Intérim médical »

### SEPTEMBRE 2013

- 25 Septembre** Observateur à l'ANFH au CDPCMH
- 18-21 Septembre** Permanence des administrateurs du SNPHAR-E sur le stand professionnel au congrès de la SFAR

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

# Le DPC, un outil pour améliorer la qualité des soins

Pour le Dr Sylvia Benzaken, Vice-présidente de la CME du CHU de Nice, le DPC est un dispositif national obligatoire, dont les modalités doivent être personnalisées en fonction des différentes spécialités et adaptées aux besoins de chaque mode d'exercice et de chaque professionnel avec comme objectif l'amélioration de la qualité des soins.

**PHAR-E : Que vous inspirent les résultats de cette enquête réalisée par Avenir Hospitalier et la CPH auprès de l'ensemble des PH, toutes spécialités confondues ?**

**S. Benzaken :** Ces résultats reflètent la complexité du dispositif et la difficulté à communiquer auprès de nos collègues. L'information est certes diffusée, mais il me semble que celle-ci devrait être plus personnalisée.

Ce dispositif a été mis en place pour l'ensemble des professionnels de santé et, concernant le personnel médical, pour tous les secteurs d'activité. Ainsi, la communication cible à la fois les médecins libéraux et les médecins hospitaliers avec des messages trop globaux qui ne parlent pas à tous, ou plutôt à chaque individu selon son exercice ou son activité.

La diffusion de l'information existe, mais le mode de communication idéal n'a pas été trouvé.

**PHAR-E : Il ressort de cette enquête une déficience en termes d'informations relatives au DPC, alors que les organisations professionnelles communiquent régulièrement sur cette thématique. Quelles solutions les CME peuvent-elles apporter pour une meilleure connaissance du DPC ?**

**S. Benzaken :** La communication et l'accession à la connaissance « administrative » est difficile auprès des professions médicales représentées dans les CME. Parmi les praticiens, on peut dire qu'il y en a un tiers qui sont intéressés par le sujet, un tiers réfractaires à toute nouveauté et un tiers qui ne s'en préoccupent pas.

Les CME peuvent proposer de diffuser les informations, accompagner les praticiens et leur expliquer le DPC avec des messages personnalisés en fonction des spécialités, mais également en fonction du secteur public ou libéral.

Le DPC n'est pas une révolution, mais n'est qu'un dispositif individuel participant au processus d'amélioration de la qualité des soins. Il fait appel à des outils connus des professionnels puisqu'ils ont déjà été utilisés dans le passé (formation « passive » de la

FMC, analyse des pratiques sur le terrain ...).

Par rapport aux anciens dispositifs de FMC et EPP, on doit aujourd'hui partir des besoins des professionnels en se posant la question de l'amélioration de la qualité des soins souhaitée ou souhaitable. La mesure de l'impact sur les pratiques de soins doit pouvoir se mesurer pour tous les programmes de DPC.

L'idée de départ consiste à considérer les CHU comme des organismes officiels de DPC. Les CME, associées aux directions des affaires médicales ou de ressources humaines, impulsent la transition entre FMC et DPC et, avec les responsables de la qualité, entre EPP et DPC. Le dialogue entre tous les responsables arbitré par la CME et son Président assurera le succès du dispositif ou au moins sa diffusion et sa lisibilité.

**PHAR-E : Comment expliquez-vous les différences observées entre les CHU et les CH-non U ?**

**S. Benzaken :** En premier, la taille des établissements n'est pas la même entre un CHU et un CH non-U ce qui peut expliquer en partie ces différences.

Les missions et l'historique des établissements sont différents. Les missions d'enseignement et de recherche, notamment clinique, des CHU offrent des circuits de formation facilités. Le discours officiel d'harmonisation entre tous les professionnels a pu faire craindre des exigences à la baisse pour bon nombre de professionnels des CHU.... D'où l'importance du rôle « pédagogique » des représentants des professionnels médicaux, les CME.

Le but du DPC est d'amener à cette démarche les praticiens qui ne se sentaient pas concernés dans la FMC, ni l'évaluation des pratiques.

*Propos recueillis par le Dr C. Mura*

**Docteur Bertrand Mas**  
Président

**Docteur Yves Rébufat**  
Vice-Président

**Docteur Véronique Agaësse**  
Secrétaire Général

CP 18 06 2013

#### Projet de DES distinct de Réanimation : STOP aux conflits d'intérêts

Suite aux travaux en cours de la CNIPI (Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat), et comme le relate le Quotidien du Médecin dans sa dépêche du 17 juin 2013<sup>1</sup>, le **SNPHAR-E, membre de l'intersyndicale AVENIR HOSPITALIER, condamne tout projet de création d'une filière distincte de formation à la réanimation (ou DES de réanimation médicale)** qui se substituerait à l'actuel DESC de type II et qui compromettrait fortement l'attractivité de l'actuel DES d'Anesthésie et Réanimation.

**Le caractère intégré et polyvalent du métier d'Anesthésiste-Réanimateur garantit la qualité de la filière des soins péri-opératoires et le fonctionnement des services publics.** Près de la moitié des médecins exerçant dans les services de réanimation non chirurgicale sont des anesthésistes-réanimateurs qui assurent le renouvellement des réanimateurs au sein des services, un effectif suffisant pour les tableaux de permanence de soins et le « décloisonnement » des équipes. Les internes du DES d'anesthésie-réanimation représentent la grande majorité des internes actuellement formés dans l'ensemble des services de réanimation (chirurgicale et non chirurgicale). **Cela participe à l'attractivité du métier d'anesthésiste-réanimateur pour les médecins en formation et cela va permettre à notre discipline de surmonter la crise démographique actuelle, réelle mais transitoire.**

De plus, **l'organisation de la formation des réanimateurs en France est en cohérence avec les orientations européennes** qui privilégient une formation complète et unique d'anesthésie et réanimation. En effet, seuls trois des 27 pays de l'Union considèrent la réanimation comme une spécialité médicale distincte devant bénéficier d'un DES distinct. **Anesthésie et Réanimation constituent le même métier** à l'image du métier de Gynécologue-Obstétricien. Qui pourrait comprendre qu'un obstétricien ne soit pas en capacité d'être aussi gynécologue pour effectuer une césarienne en urgence en cas de souffrance fœtale aigüe à l'accouchement ? **De la même façon, peut-on accepter que demain un anesthésiste ne soit plus un réanimateur en capacité de prendre en charge un accident grave imprévu en peropératoire ?**

Ce projet est d'autant plus inacceptable qu'il repose sur **le lobbying forcené de deux personnalités, médecins réanimateurs médicaux, dont le conflit d'intérêt est manifeste.** Les Professeurs **Djillali ANNANE** et **Dominique PERROTIN** profitent de leurs positions d'influence actuelles (respectivement conseiller de la Ministre de la Santé et président de la conférence des Doyens) pour tenter d'imposer sans concertation et à marche forcée une filiarisation de leur discipline<sup>2</sup>.

**Le SNPHAR-E plaide en faveur du maintien d'un DESC de réanimation médicale. À défaut, la création d'une filière de formation commune et unique pour l'anesthésie et la réanimation serait la seule solution envisageable. En l'absence de prise en compte de ces arguments, le SNPHAR-E appelle l'ensemble des praticiens Anesthésistes-Réanimateurs à se tenir prêt pour un mouvement de protestation majeure pour défendre la qualité de leurs formations initiale et continue.**

<sup>1</sup> <http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/formation/troisieme-cycle-des-etudes-le-grand-chambardement?ku=Dzww9EAX-ByCB-EBax-v8aC->

<sup>2</sup> Ces derniers sont auteurs ou cités dans un article et un éditorial récents sans ambiguïtés parus dans la Revue Réanimation (2013) : *Démographie et structures des services de réanimation français (hors réanimation chirurgicale) : état des lieux*, DOI 10.1007/s13546-013-0647-6 & *Le futur diplôme d'études spécialisées (DES) de réanimation en questions-réponses*, DOI 10.1007/s13546-013-0683-x

# Le regard sur l'hôpital des jeunes médecins

PHAR-E s'est entretenu avec Julien Adam, chef de Clinique et président de l'intersyndicat national des chefs de clinique assistants des hôpitaux de Ville de Faculté (INSCCA), Emmanuel Loeb, interne en psychiatrie à Caen et président de l'Inter Syndicat National des Internes (ISNI), Pierre Catoire, étudiant à Lille en DCEM2 et président de l'Association Nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF).

**PHAR-E : En tant que représentants syndicaux et futurs ou jeunes médecins, quelle est votre vision de l'hôpital idéal de demain ?**

**Emmanuel Loeb :** Pour l'ISNI, il semble important de développer 4 axes pour répondre à cette question : la diminution de la charge administrative des médecins, l'exercice médical, la gouvernance hospitalière et la modularité des carrières.

Les deux premiers axes sont très liés.

En effet, la diminution de la charge administrative permettra de recentrer le travail des médecins sur le cœur de leur métier, à savoir le temps médical. Nous pensons que libérer du temps médical est un bras de levier fort pour améliorer l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins à l'hôpital.

La réorganisation des services nécessite

une remise en cause quotidienne, une ouverture d'esprit et l'utilisation des moyens et des personnes à bon escient ; en faisant de plus en plus appel aux fonctions support comme par exemple le secrétariat médical. Tout cela doit être assorti du développement des technologies de l'information et de la communication (NPIC).

Un hôpital serein est soutenu par la répartition équitable de la charge de travail entre tous les praticiens du service avec des praticiens qui travailleraient dans un environnement satisfaisant qu'il s'agisse de la restauration, des bureaux ou de la chambre de garde.

Tout cela implique une réorganisation de l'hôpital public et la mise en place d'une gouvernance hospitalière stable, une gouvernance des managers capable d'instaurer une cohésion d'équipe autour de valeurs communes.

De plus, la gouvernance hospitalière doit être humaine et de proximité, en mesure de se rendre sur le terrain.

En effet, les conditions de concertation de la loi HPST sont à l'origine d'insatisfactions et de défiance de la part des praticiens hospitaliers. Les PH qui ne sont pas chefs de pôle ou responsables de structures internes, et c'est la grande majorité, ne sont consultés en rien, ce

qui aboutit parfois à leur démotivation. Le sentiment global d'inertie de la gouvernance est également un facteur de démotivation des jeunes médecins, ce qui contribue à leur fuite de l'hôpital public.

Il faudrait enfin favoriser les réseaux ville-hôpital et les coopérations inter-hospitalières à l'initiative des CHU et des CHG, ce qui nous semble indispensable pour revitaliser certains services « moribonds » des hôpitaux périphériques.

Quant au dernier axe, l'ISNI souhaiterait décloisonner les carrières universitaires et managériales. En effet, à l'heure actuelle un nombre important de praticiens hospitaliers participe activement aux trois missions (enseignement, recherche, management), sans reconnaissance statutaire ou financière de celles-ci. Il faudrait également homogénéiser les statuts de PH en

supprimant les contrats « bâtards », de type praticien contractuel, et en harmonisant les statuts de PH temps plein et temps partiel. Enfin, une réflexion sur les reconversions tout au long de la carrière semble indispensable, avec des systèmes de validation des acquis et de l'expérience.

**Pierre Catoire :** J'ai peu de choses à ajouter si ce n'est qu'en effet, les praticiens hospitaliers de demain auront besoin d'un système stable et hiérarchisé. Actuellement, l'hôpital ne peut pas garantir les conditions de travail adéquates aux modes de vie des futurs médecins.

L'inscription dans le territoire devra être le résultat d'une vraie politique globale de santé, qui serait assez efficace pour gérer la situation alarmante des petits hôpitaux que nous connaissons tous.

J'insisterai sur le fait de décloisonner l'hôpital et favoriser la coopération entre les hôpitaux.

Aujourd'hui, peu d'étudiants ont une vision arrêtée sur le choix entre une carrière hospitalière ou libérale. Ils ont la volonté de pouvoir avoir une mobilité de carrière ce qu'un hôpital décloisonné ne pourrait leur offrir.

Les étudiants en médecine souhaitent un hôpital dyna-

“ La gouvernance hospitalière doit être humaine, de proximité, capable de se rendre sur le terrain... ”

mique qui permette l'utilisation des compétences au travers de l'évolution des carrières.

L'enseignement d'aujourd'hui est davantage accompli par les internes, les chefs de clinique et les praticiens hospitaliers que par les PUPH ; cela est très certainement la conséquence du nombre insuffisant de PUPH pour l'exercice de cette triple mission (enseignement, recherche, management). Il est sans doute nécessaire aujourd'hui de décloisonner ces différentes missions pour les praticiens afin d'instaurer une reconnaissance et une valorisation de ces différentes missions, qu'ils exercent de fait.

Enfin, je terminerai sur la pérennité de l'hôpital. Actuellement, peu de futurs soignants envisagent comment construire l'hôpital de demain puisqu'ils ne sont pas suffisamment impliqués dans la politique globale de l'établissement et pas davantage dans les réflexions sur l'évolution de leur futur métier. Pour ce faire, il faudrait déjà inscrire les médecins dans le projet de leur établissement pour construire l'hôpital de demain, en impliquant les jeunes pour construire l'hôpital d'après-demain

**Julien Adam :** Tout dépend du point de vue que l'on prend. En tant que médecin, l'hôpital idéal de demain devrait avant tout être capable d'assurer une prise en charge optimale au patient avant tout. Je reste persuadé qu'il doit être au cœur des préoccupations de tout le monde.

Cet hôpital prendrait vraiment en compte la difficulté des carrières des professionnels de santé et leur gestion. Les médecins doivent être capables de s'épanouir dans leur lieu de travail et de ce point de vue les choses

sont de plus en plus difficiles. Nous représentons les jeunes médecins entre leur fin de formation et leur début de carrière de titulaire à l'hôpital, ce sont des années importantes dans l'orientation des carrières mais aussi pour la vie personnelle, la vie familiale se développant. Les futurs médecins et assistants des hôpitaux ont une destinée hospitalière et extra-hospitalière. Ce qui implique des attentes assez fortes quant à l'hôpital de demain.

De nombreux jeunes médecins ne font pas le choix de rester à l'hôpital à l'issue du post-internat. Il serait bon de réfléchir aux obstacles que nous rencontrons aujourd'hui pour qu'à l'avenir on puisse gérer l'hôpital comme il se doit.

**PHAR-E :** Pourriez-vous citer les raisons qui, selon vous, découragent les étudiants à embrasser une carrière à l'hôpital ?

**Julien Adam :** Une première chose : la précarité de la

période du post-internat, avec des statuts qui sont extrêmement divers, très peu valorisés et très peu valorisants. Ce sont des contrats d'un an ou de six mois renouvelables pour certains. Tout cela dans un contexte où l'hôpital a de plus en plus de difficultés à assurer une lisibilité des structures (les remaniements incessants entre les pôles, les services et les centres hospitaliers eux-mêmes) et une lisibilité de l'activité médicale. Je crois que les difficultés sont apparues à la suite d'HPST avec la question du pouvoir à l'hôpital. C'est central, entre le pouvoir administratif et le corps médical tout cela a fait qu'on a perdu beaucoup dans ce qui faisait le projet médical. Il y a selon nous une certaine perte de sens qui a découlé de ces restructurations, de la perte d'influence et du pouvoir du corps médical. Concernant la place du projet médical, je pense que nous partageons les mêmes préoccupations que les syndicats hospitaliers tels que le SNPHAR-E, dans la manière d'organiser l'activité dans un établissement. C'est la manière dont on travaille qui importe, c'est une question de tra-

jectoire de carrière : il y a très peu de postes et il est très difficile de créer une activité. Il faut parler également de l'articulation entre la vie professionnelle et personnelle. Les médecins d'aujourd'hui ne sont pas les médecins d'il y a 30 ans. C'est un changement générationnel global. De nos jours les contraintes d'ordre administratif sont plus importantes, mais il y a également plus d'attentes en termes de qualité de vie évidemment. Pour finir, la grille de rémunération actuelle des PH est assez faible pour les médecins en

début de carrière. Le début de carrière est laborieux et difficile. Les jeunes médecins attendent que leur rémunération soit moins liée à l'ancienneté, ils se sentiraient ainsi plus valorisés.

**Emmanuel Loeb :** Il est très difficile de conjuguer vie professionnelle et personnelle pour tout médecin. L'évolution sociétale impose aujourd'hui de prendre en compte cet équilibre entre le travail et la vie, particulièrement chez les jeunes. La féminisation du métier doit également être considérée car c'est un atout pour l'hôpital mais cela implique la possibilité d'aménagements du temps de travail et par exemple, un accès à la crèche, aujourd'hui réservée au personnel paramédical. De plus, le fait même d'être enceinte est souvent mal vu à l'hôpital, que ce soit pendant l'externat, l'internat ou le post-internat, ce qui est à l'origine, pour les jeunes femmes, de difficultés importantes pour fonder une famille et s'épanouir dans leur vie personnelle.

“ Actuellement, peu de futurs médecins peuvent envisager comment construire l'hôpital de demain, car ils ne sont pas impliqués dans les réflexions sur la politique globale de l'établissement. ”

Les infrastructures hospitalières non modernisées et les plateaux techniques vétustes de certains hôpitaux peuvent aussi décourager les jeunes, et ce d'autant plus que certains décrivent des conditions de travail difficiles et non avantageuses. Il devient donc urgent de moderniser les structures hospitalières. Une coopération interhospitalière conduite à bon escient pourrait permettre d'atteindre cet objectif dans certains hôpitaux périphériques, avec le développement d'une activité médicale programmée de haut niveau et la constitution d'équipes de taille suffisante pour attirer les nouveaux professionnels.

Il est également nécessaire de combattre les idées reçues sur le différentiel des revenus entre le public et le privé. Les jeunes doivent être informés sur l'évolution de carrière, la protection sociale et la retraite des praticiens hospitaliers. Cependant, il est nécessaire de gommer la différence de revenus entre privé et hôpital à charge de travail équivalente, notamment en début de carrière. Cela conduirait, entre autres, à la suppression de la période probatoire après le concours de PH pour les médecins ayant déjà exercé dans l'établissement.

Dernier point, la pénibilité. Il serait nécessaire de partager plus équitablement la charge de travail relative à la permanence des soins entre les praticiens sur un territoire de santé, en incluant les médecins hospitaliers et ceux du privé pour l'ensemble des spécialités. Les indemnités de gardes et d'astreintes doivent être revalorisées eu égard à leur pénibilité. Enfin, les différentiels de revenus lors du passage d'un statut de CCU-AH à celui de AHU et à celui de PH sont à effacer en rapport à la rémunération relative à la continuité des soins.

**Pierre Catoire :** Les étudiants de premier et deuxième cycles ont une image négative de l'hôpital. Ils n'entendent parler que de « survie » de l'hôpital, ce qui n'a rien d'attrayant. Le travail est vu, au travers des conditions de travail des médecins des établissements, comme une souffrance, alors qu'il devrait être un secteur de développement personnel. Tout cela fait que la carrière de PH ne donne pas envie aux étudiants de l'embrasser. De plus, les étudiants subissent les dysfonctionnements fréquents de l'hôpital pendant leurs études. L'hôpital est une structure bancaire où on se sert des vocations des médecins et des futurs médecins pour tenir les lignes budgétaires.

Comme le disait Emmanuel, le rapport au travail chez les jeunes a changé. Le travail ne peut pas être vécu comme une souffrance et ne peut pas prendre une place prépondérante dans la vie d'une personne. Le travail doit être envisagé comme un secteur de développement personnel et peu de choses sont proposées à l'hôpital

dans ce domaine, notamment en termes de missions temporaires (recherche, enseignement...). Pourtant, les missions temporaires avaient déjà été proposées en 1944 par Robert Debré, mais abrogées ensuite.

**PHAR-E :** Finalement, le nombre de PUPH est-il trop restreint ? Ou le PUPH porte-t-il trop de casquettes à la fois ? Ne faut-il pas tout simplement instaurer un statut de PH avec la possibilité d'exceller dans tel ou tel domaine, de façon évolutive ?

**Pierre Catoire :** Je ne sais pas si la bonne solution serait de diviser les missions car une des forces de l'hôpital est précisément leur réunification.

Ce qui pose problème à mon avis c'est que seuls certains acteurs de l'hôpital assument toutes les responsabilités. Nous pensons qu'ils devraient être plus soutenus et secondés par certains de leurs collègues.

**Emmanuel Loeb :** Tout à fait, nous partageons cette position il faut maintenir la triple mission de soins ainsi

que la double appartenance hospitalière et universitaire qui est garante d'une formation médicale de haut niveau. Il faut toutefois mener une réflexion quant à la place des activités de gestion et de coordination dévolues aux PUPH. Est-il légitime de les accaparer par ces missions au détriment des activités universitaires ? Le cumul des responsabilités devrait être limité car il aboutit au manque de

temps pour développer des projets et à la méconnaissance des dossiers. Les modules de carrière centrés sur deux ou trois missions pendant une période limitée dans le temps pourraient être proposés aux praticiens non universitaires afin de soutenir l'activité des PUPH et de permettre aux praticiens de s'épanouir dans leur travail tout au long de leur carrière.

**Julien Adam :** Ce que j'ai pu constater en étant étudiant et jusqu'à maintenant, c'est que le PH s'implique dans l'enseignement de manière spontanée. L'affaire de l'enseignement est l'affaire de tout le monde en médecine. C'est essentiellement du compagnonage avec les plus jeunes, pour moi c'est quelque chose d'évident. La recherche suit les traces de l'enseignement. Aujourd'hui la recherche clinique nécessite la participation de tout le monde, c'est pour cela que je suis plus nuancé sur ce sujet.

**PHAR-E :** Au total, quel serait l'élément principal à prendre en compte pour que les jeunes restent à l'hôpital ?

**Pierre Catoire :** Pour les étudiants de premier et deuxième

“  
Les statuts et les modes  
d'organisation doivent  
évoluer pour mieux  
répondre aux aspirations  
des jeunes médecins.  
”

cycles, je dirais qu'il faut avant tout les informer. Contrairement à ce qu'on peut croire ils sont très mal renseignés sur la carrière de PH. Le visage qu'on leur montre n'est pas forcément le meilleur qui soit, on en revient à la pénibilité du travail, aux difficultés de management. On ne va pas demander au PH d'embellir volontairement leurs carrières pour attirer les jeunes, mais ces étudiants devraient simplement pouvoir connaître cette carrière. De plus, ils côtoient essentiellement les praticiens hospitaliers de CHU et connaissent assez mal le travail d'un PH en centre hospitalier non universitaire.

Mais le point le plus important serait de leur donner des projets et leur permettre de prendre des initiatives pendant leurs études en étant, bien entendu, accompagnés par les plus anciens. La notion de tutorat est en train de faire son chemin.

**Julien Adam :** Il y a deux éléments principaux pour moi, le premier : faire évoluer les statuts et les modes d'organisation pour mieux répondre aux aspirations générationnelles des jeunes médecins. Pour les retenir il faut redonner tout son sens à l'exercice médical. Actuellement certains collègues ne savent pas si ils travaillent pour remplir cet objectif.

Le deuxième : la reconnaissance, tant au niveau individuel, par les statuts et les carrières, en permettant au

médecin d'adapter son exercice aux contraintes d'ordre personnel, qu'au niveau de la rémunération. Mais encore, les gestionnaires sont tellement contraints par des impératifs économiques qu'ils en oublient de donner une part d'initiative aux jeunes médecins. C'est quelque chose qui me marque beaucoup. C'est aussi une forme de reconnaissance importante.

**Emmanuel Loeb :** Je vais reprendre une idée forte développée plus tôt : le souhait d'être impliqué dans l'institution. Nous pensons qu'il faut impliquer les jeunes le plus tôt possible dès l'internat, voire dès l'externat, et à leur mesure dans le fonctionnement de l'hôpital public. L'apprentissage est centré sur la pathologie alors qu'il devrait également concerner le mode d'exercice et le fonctionnement de l'institution, en particulier le système de santé en général. Les jeunes doivent être acteurs à part entière du système de santé. On ne fait pas de si longues études pour subir, mais plus pour construire l'hôpital public de demain. Il faut valoriser l'implication des personnes et des équipes.

Le mépris et la maltraitance pendant l'externat, l'internat et le post-internat n'incitent pas les jeunes à embrasser une carrière à l'hôpital public.

*Propos recueillis par Saveria Sargentini*

## Témoignage : L'hôpital public peut-il encore attirer les jeunes médecins ? L'étonnant parcours d'un ancien PH reconverti.

*« Après quelques années d'activité en tant que PH, j'ai choisi de repasser l'Internat pour devenir anesthésiste. Cela signifie onze années d'études. Aujourd'hui, étant donné la responsabilité qui nous est confiée, les études difficiles que nous devons effectuer, je peux dire clairement que l'hôpital public n'est pas un projet de carrière viable pour moi.*

*Pour l'instant, qu'il s'agisse des salaires ou des conditions de travail, rien ne pourrait me convenir. Chacun estime son potentiel comme il l'entend.*

*Je vais vous donner un exemple concret : actuellement on me propose des postes un peu partout dans les hôpitaux parisiens, mais il m'est impossible de les accepter car je ne pourrais pas subvenir à mes besoins en vivant à proximité de Paris.*

*En revanche, on nous propose des postes de « praticien clinicien » : ce sont des contrats de 2 ou 3 ans avec différents objectifs : d'enseignement, d'organisation. Ces postes sont plus intéressants et bien mieux rémunérés que les postes de praticiens hospitaliers, mais ils concernent seulement les CHU et sont distribués au compte goutte.*

*L'hôpital ne nous offre pas les perspectives bâties durant notre cursus et au niveau du recrutement je pense qu'il devrait exister une entente collégiale entre le chef de service et le directeur. En vérité, tous les jeunes praticiens comme moi, trouvent que la notion de « chef de service » est plutôt archaïque et injuste. Notamment, car la plupart des praticiens hospitaliers que nous connaissons n'accèdent quasiment jamais à ce genre de postes. Ils sont seulement là pour les remplacer. Quant aux personnels médicaux et paramédicaux, ils ont eux aussi leur rôle à jouer. On oublie trop souvent qu'ils sont autant que nous les acteurs de l'hôpital. Le système est clairement obsolète.*

*Pour le moment, malgré tout, je ne ferme aucune porte. Je ne suis pas contre l'hôpital public au contraire, je serais pour la création d'une agence nationale des médecins remplaçants. Il serait ainsi possible de travailler dans différents hôpitaux et faire un choix de carrière en connaissance de cause en choisissant un établissement qui nous conviendrait. Moi-même, je mets actuellement en place un blog avec l'aide d'un autre médecin. L'idée est de créer un site internet qui permettrait aux jeunes médecins de consulter les profils des hôpitaux, leur attractivité en fonction de leur parcours ! Une sorte d'évaluation de chaque service d'anesthésie, nous y travaillons depuis plusieurs mois. J'espère que le projet aboutira prochainement, car la situation devient de plus en plus urgente. »*

# Nouveaux média, formation obsolète...



Lequel d'entre nous, qu'il soit généraliste ou spécialiste, ne s'est jamais trouvé en difficulté face aux questions posées par un patient ? Que ce soit par l'absence de réponse claire possible, par souci d'humanité avant de dévoiler un pronostic fâcheux, par défaut de communication satisfaisante, ou toute autre raison, en général intriquées... Le sentiment d'être démuni, ou maladroit, ou insuffisant devant la souffrance, quels que soient son type et son intensité, guettent chaque médecin devant un patient inquiet.

De son côté, le patient, dominé par l'inquiétude, part en quête d'un supplément de certitude : mon docteur m'a-t-il tout dit ? Ne se trompe-t-il pas ? Est-il vraiment compétent ? Quel est mon avenir ? Quelle est cette menace confuse créée par des explications obscures, oubliées avant même d'être comprises, qui m'étreint en sortant de consultation ?

Jadis, les plus angoissés d'entre les patients, les hypochondriaques ou ceux qui voulaient simplement en savoir davantage, avaient recours à un gros dictionnaire. Au frontispice de sa page de garde, une allégorie féminine surgissait derrière un L majuscule et soufflait sur l'aigrette d'un petit fruit sec, rond et aérien, celui du pissenlit, pour en faciliter la dissémination en affirmant : « Je sème à tout vent ».

Aujourd'hui, la plupart d'entre eux cèdent au « réflexe internet » : chercher sur la toile d'un coup de clavier un diagnostic confirmé, un éclaircissement du discours médical, la vérité d'un pronostic, voire la possibilité d'apporter la contradiction à son « docteur ». On ne saurait les en blâmer : les « professionnels de la profession » eux-mêmes surfent allègrement sur internet pour combler un oubli, voire une ignorance, ou tout simplement se documenter, mettre à jour leurs connaissances. Dans le maquis du web, les médecins sont censés faire la part du bon grain et de l'ivraie. Ce n'est pas le cas d'un patient,

rendu fébrile par l'angoisse de voir ses craintes fondées, ou dans la hargne de coincer son « docteur » coupable d'une erreur.

Internet est à la médecine ce que la pornographie est à l'érotisme. De la pornographie il a la crudité, la cruauté, la blafardise, la violence etc. Il donne à voir une représentation triviale, simpliste, réductrice de l'être humain et de son destin face aux aléas de sa santé. Dans un tableau sans nuance livré tout à trac à domicile, comment discerner chaque cas au sein de ce qui est – au

mieux – une ingrate question d'internat ? Sans parler des « forums » où se déversent les rancœurs, les échecs ressentis, plus ou moins à juste titre, de prises en charge discutables ou hâtives, où se décrivent avec véhémence les errements diagnostiques, les complications des maladies, les effets délétères des traitements. Face à une représentation aussi douteuse des troubles de l'être humain que celle du sexe par les films X, comment chacun de nous ne verrait son angoisse majorée ?

Entre la connaissance universelle et la façon de l'appliquer à son cas singulier, que signifie la quête de celui qui consulte ? Vous aurez remarqué qu'on dit consulter le dictionnaire comme on dit consulter un médecin...

Le phantasme de l'accès à la connaissance universelle grâce à internet a pris la place de la diffusion du savoir à la façon des petites sphères de pissenlit sur lesquelles soufflent les petits enfants. Un malade avéré ou potentiel ne s'en retrouve pas moins seul devant son destin. À moins qu'un acteur prenne place entre lui et son vécu, entre l'être et son destin, entre le réel de son corps, ses phantasmes, ses angoisses et ses interrogations. À moins que quelqu'un tienne ce rôle d'entre-deux, de « médiateur », de passeur... Rôle certes tenu en première ligne par le médecin généraliste. Les apparences déniaient aux spécialités médicales les plus techniques, les moins « humaines », cette place de médiation, de passage. Il n'en est rien. Tous les médecins, de toutes les spécialités, sont tenus d'assurer, chacun avec son expérience propre, ce passage. Il ne suffit pas au radiologue de décrypter pour le patient l'image codée de ses organes ; il ne suffit pas au chirurgien de décrire pas à pas sa technique opératoire ; il ne suffit pas à l'anesthésiste d'explicitier la pharmacologie des drogues qu'il va injecter ou le lieu exact de l'anatomie où vont se planter les aiguilles de locorégionale.

L'objectif n'est pas de rassurer, ni de partager la



# L'évaluation, arme de destruction

Le *benchmarking*, nouvelle technique managériale qui envahit aussi les hôpitaux, consiste à « évaluer dans une optique concurrentielle pour s'améliorer », dans un but de compétitivité bien sûr. C'est l'objectivation d'une performance, la preuve d'un meilleur résultat enregistré ailleurs.

Outil pour les entreprises depuis 1980, le benchmarking a aussi envahi le champ de l'Etat et de tous les services publics.

Via les indicateurs de performance, variables quantitatives que les agents doivent renseigner eux-mêmes, un classement permet d'identifier les bons élèves et les moins bons, en vue de distribuer primes et sanctions.

S'appuyant sur la bonne volonté de chacun, cette technique impose une domination managériale exercée par une élite dont le cercle se resserre, sans pour autant qu'ils ne se l'appliquent à eux mêmes.

Le *benchmarking* a rencontré l'opposition de certains agents : médecins, magistrats, professeurs etc, choqués que ce type d'évaluation comparative et gestionnaire se substitue au jugement par les pairs. En revanche, d'autres agents moins bien placés dans l'échelle sociale y ont vu l'opportunité de valoriser leur position et se sont alliés avec les managers, permettant ainsi d'imposer au secteur public ce type de management.

Mais équité et objectivité n'ont pas toujours été tenues et les agents de tous niveaux ont vu s'abattre sur eux une pression psychologique énorme ainsi qu'un manque de clarté et de stabilité dans les objectifs à atteindre. De plus, des

effets pervers se sont fait sentir, tels que l'augmentation du taux de retour des patients après passage trop rapide aux urgences !

Les agents ont ainsi appris à « faire du chiffre », à présenter les chiffres pour se mettre en avantage afin de défendre leurs intérêts.

Qui parmi vous ne peut pas dire que cette technique de management n'a pas envahi les hôpitaux ? Comparaison des hôpitaux, des services, voire de l'activité de chaque médecin ? Qui parmi vous peut dire quelle en a été l'utilité ?

**Le 4 septembre, le tribunal de Grande Instance de Lyon a estimé que la mise en concurrence des salariés de la Caisse d'Epargne suscitait un stress permanent nuisant à leur santé, et a interdit à la banque de fonder son organisation sur le *benchmarking* : ce jugement sans précédent ouvre la voie à de nombreux recours...**

<http://www.wk-rh.fr/actualites/upload/TGI-Lyon-CE.pdf>

Nicole Smolski

Isabelle Bruno et Emmanuel Didier. Le Monde Diplomatique mai 2013.

<http://www.monde-diplomatique.fr/2013/05/BRUNO/49089>



## Nouveaux média, formation obsolète... (suite)

souffrance. « Médier », « médiciner » – si j'ose dire – c'est la tâche, difficile, de mettre chacun de nous en face de lui-même, sans brutalité, sans échappatoire, quand le fragile équilibre humain est menacé par les désordres de la santé. Ce n'est pas informer. Ce n'est pas contractualiser. Ce n'est pas protocoliser. Bien que ces trois actions aient leur place dans nos professions, il n'est pas question de se décharger, au sens de transférer la charge de la responsabilité du médecin vers le patient la charge de l'angoisse du patient vers le médecin. Ces charges, responsabilités et angoisses se partagent dans des proportions variables selon les individus en présence, la nature d'une équipe médicale, l'entourage amical et familial du malade. Je dirais plutôt « décharger » au sens de ce qui se dit d'une statue africaine dépouillée de sa magie. Le médiateur, en l'occurrence, fait intervenir un accord entre les parties adverses : entre le patient et sa maladie (ou son mal-être) et non entre sa personne de médecin et son malade. Il régit

le conflit entre le corps et l'esprit du patient, entre le patient et son agresseur, la « maladie ». Il s'agit bien de « magie » quand le médecin est un « passeur » : il tient la main pour franchir l'obstacle, pour passer le pont entre deux états (bonne santé/maladie) parfois pour franchir le Styx...

Il est fort dommage qu'à l'heure où est débattue la formation initiale des médecins, leur formation continue et autres DPC (Développement Professionnel Continu) dans un dédale d'acronymes, on ne puisse que constater l'indigence, quand ce n'est pas l'absence, de la formation à la relation médecin-malade dans nos facultés et autres raouts universitaires.

Reste à chacun de nous à en assumer la problématique et à progresser au fil de sa propre expérience dans le face à face au patient, en ne cessant de s'interroger sur le sens des paroles qu'il profère...

Docteur Richard Torrielli, Administrateur du SNPHAR-E

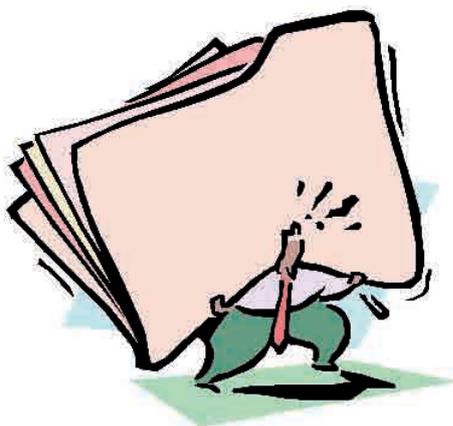
# Les médecins hospitaliers bénéficient-ils de la protection fonctionnelle de leur hôpital ?

Les médecins hospitaliers ne sont pas des fonctionnaires au sens de la Loi 83-634 du 13 juillet 1983, portant sur le statut général des fonctionnaires ; ils n'en sont pas moins considérés comme des agents publics car ils sont au service d'un établissement public de santé pour y exercer leur art médical et ce en toute indépendance. Le statut (obligations et droits) qui leur est applicable et opposable dépend uniquement d'articles du code de la santé publique, de décrets et d'arrêtés qui le modifient.

Mais à bien y chercher, dans le silence du statut, aucune disposition légale ou réglementaire ne précise les conditions dans lesquelles un médecin hospitalier, agressé dans l'exercice de ses obligations de service ou poursuivi en justice du fait d'une faute personnelle non détachable du service, peut bénéficier d'une protection de son administration locale, ni même de son administration nationale, qui a toute autorité hiérarchique dans sa nomination et son licenciement (CNG).

Les personnels médicaux posent dès lors un problème bien particulier. Un arrêté du Conseil d'État (référé) du 8 juillet 2005 décidait que les articles 6-quinquies et 11 du Titre Ier, sur le statut général des fonctionnaires réprimant, par exemple, le harcèlement moral et assurant la protection des fonctionnaires, ne pouvaient bénéficier aux personnels médicaux. Dans le suivi de cette affaire, un nouvel arrêté du 14 janvier 2011 (N° 319062) confirmait l'inapplicabilité directe de la protection fonctionnelle aux praticiens hospitaliers (personnels médicaux), sans exclure formellement l'existence éventuelle du principe général du droit à la protection dont doivent également bénéficier les personnels médicaux.

Après avoir vécu cette insécurité juridique de 2005 à 2011, un courrier de la DGOS au SNPHAR-E, en date du 11 avril 2011, rappelait la validité de ce droit et, d'autre part, le Conseil d'État du 26 juillet 2011 précisait, par sa décision et de façon définitive, que les médecins hospitaliers, même s'ils ne sont pas des agents fonctionnaires, avaient droit à la protection fonctionnelle prévue par les statuts généraux de la fonction publique (article 11 de la Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant sur les droits et les obligations des fonctionnaires). La jurisprudence désigne l'ensemble des décisions de justice rendues.



La protection fonctionnelle (ou juridique) est donc due, en application d'un Principe Général du Droit, aux personnels médicaux des établissements publics de santé. Elle permet à tous les personnels médicaux de demander à leur administration de :

- les protéger contre les menaces, violences, injures, diffamations ou outrages dont ils sont l'objet dans l'exercice de leur obligations de service ;
- les protéger dans les cas de poursuites ordinaires, civiles ou pénales, sauf s'ils ont commis une faute personnelle non liée au service et (faute) qui serait reconnue définitivement comme telle ;
- prendre en charge les frais d'avocats engagés par les médecins et les indemnités dues lors des condamnations civiles ou administratives prononcées contre eux, et cela uniquement dans la mesure où la faute personnelle est reconnue comme étant liée au service.

**Ainsi, l'administration d'un établissement public de santé ne peut pas refuser la protection fonctionnelle à un praticien hospitalier qui en fait la demande pour des motifs recevables et la mise en œuvre de la procédure de protection fait suite à une demande formelle du médecin hospitalier.**

**Toutefois, il serait juste et courageux que le Premier Ministre fasse voter une loi par la représentation nationale pour inscrire clairement ce droit aux règles des praticiens et pas (juste rattachés) se contenter de le rattacher à l'article 25 de la loi !**

*Pascal campominosi, Nicole smolski*



Centre Hospitalier Intercommunal  
Robert Ballanger



# LE CENTRE HOSPITALIER ROBERT BALLANGER

93600 Aulnay sous Bois (Station RER, 30mn du Chatelet)  
**Recherche pour son service d'anesthésie-réanimation**

## DEUX MÉDECINS ANESTHÉSISTES (TEMPS PLEIN)

(Pour un des postes, possibilité de ne pas participer au tour de garde)

### Le service d'anesthésie :

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

### Activités :

- Pôle médico-chirurgical : chirurgie viscérale, orthopédique, urologique spécialités tête et cou, gastro-entérologie.
- Pôle Femme-enfant : gynécologie, obstétrique 2500 accouchements - niveau 2B, chirurgie pédiatrique.

### Personne à contacter :

Monsieur le Docteur ZARKA - Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger - Bd Robert Ballanger  
93602 Aulnay sous Bois Cedex

**01 49 36 73 30 - daniel.zarka@ch-aulnay.fr**



Un des plus importants établissements publics d'Ile-de-France,  
avec 1200 lits ouverts et 3500 professionnels recherche  
pour son service des urgences adultes

## SON CHEF DE SERVICE TEMPS PLEIN URGENCES

### Votre mission :

Dans le cadre de vos activités, vous aurez à animer les équipes médicales des urgences, à organiser la prise en charge des malades aux urgences adultes (50000 passages annuels). Vous avez un rôle clé dans le management des ressources humaines et matérielles dans un objectif de qualité et d'efficacité. Vous participez au projet architectural de reconstruction des urgences. La prise en compte de la gestion des risques associés aux soins fait partie de vos objectifs. En fonction du profil du candidat, ce dernier sera amené à prendre la responsabilité, en préhospitalier des 3 équipes de SMUR, en collaboration avec la SAMU (4500 interventions annuelles).

### Votre profil :

Praticien hospitalier urgentiste rompu à la pratique des urgences, votre sens de l'organisation et du management ainsi que vos aptitudes à gérer une équipe et appréhender les problèmes médicaux et organisationnels posés par les structures d'urgence sont de véritables atouts. Une expérience de gestion de médecins d'urgence et de management d'équipe et de service est très souhaitable. Votre capacité à mener des travaux cliniques et d'évaluation des pratiques seront un complément à votre implication dans la qualité des soins.

### Candidature à adresser à :

Monsieur le Directeur  
du Centre Hospitalier Intercommunal  
de Poissy-Saint-Germain-en-Laye (CHIPS)  
CS 73082 - 78303 - Poissy Cedex

### Pour tout renseignement contacter :

Monsieur le Docteur Jan HAYON  
Chef de pôle Urgences Réanimation  
01 39 27 52 02 / 52 05  
jhayon@chi-poissy-st-germain.fr

**La fiche de structure du service et le profil  
de poste peuvent être transmis aux  
candidats sur demande.**

▶ Région Ile-de-France




**LE CENTRE HOSPITALIER DE MONTEREAU (77)  
RECHERCHE**

**www.ville-montereau.fr**

**ANESTHESISTES REANIMATEURS en CDI - Temps plein / Temps partiel**

Poste PH recrutement prioritaire disponible  
 Activité polyvalente  
 Maternité niveau 1 (750 accouchements par an)  
 Garde sur place (temps de repos de sécurité)  
 IADE sur place

**Situation géographique :**  
 Le Centre Hospitalier se situe à proximité du centre ville et de la gare SNCF.  
 A titre indicatif : Montereau - Paris Gare de Lyon = 50 mn  
 La ville de Montereau se situe à 20 km de Fontainebleau (ville animée, château, nombreux restaurants, cinéma...)

**Contacts :**  
 Dr Danièle GORGET, Responsable de service  
 Tél : 06 72 80 91 49 - danièle.gorget@ch-montereau.fr

Mme Dominique LAINE, Affectée aux affaires médicales  
 Tél : 01 64 31 65 10 - dominique.laine@ch-montereau.fr

▶ Région Centre




**LE CENTRE HOSPITALIER DE CHATEAUROUX**

Recherche  
**MEDECIN ANESTHESISTE**  
 A TEMPS PLEIN pour son équipe médicale de 9 E.T.P.

**Descriptif :**  
 Le centre hospitalier de CHATEAUROUX (Indre - 36) est situé à 2 heures de PARIS par le train, 1 heure 30 de TOURS, LIMOGES et POITIERS par voiture.  
 Etablissement M.C.O - S.S.R - psychiatrie de 755 lits et places.

**Plateau technique et équipements (500 lits environ) :**  
 Scanner, IRM, radiologie conventionnelle avec six salles, 1 mammographie, 5 échographes, 6 salles au bloc opératoire, 1 bloc obstétrical, 1 hélicoptère, 1 service de réanimation avec garde séparée (mais possibilité de prendre quelques gardes en réa), 1 service de soins continus, 1 service de soins intensifs cardiologiques.

**Activité variée (hospitalisation complète et service d'ambulatoire) :**  
 Orthopédie, traumatologie, ORL, stomatologie, viscéral et digestif, gynécologique, obstétrique (1600 accht), vasculaire (artères (aorte et carotides) et veines).

**Equipements récents et entretenus :**  
 Monitoring et ventilateurs, stations AIVOC, 1 échographe pour ALR et abord vasc, moniteur BIS, récupérateur de sang, PCA, PCEA.

**Organisation :**  
 1 médecin de garde pour 24h, 4 MAR au bloc opératoire, 2 MAR en consultations.  
 Temps de travail décompté en heures.

**Contact :**  
 Vous pouvez répondre adresser les candidatures (C.V. + lettre de motivation) à :  
 Centre hospitalier de CHATEAUROUX, direction 216, avenue de Verdun, BP 585  
 36019 CHATEAUROUX  
 Téléphone : 02 54 29 65 14  
 Fax : 02 54 29 60 40  
 Mail : direction@ch-chateauroux.fr  
 Site internet de l'établissement : www.ch-chateauroux.fr

▶ Région Basse-Normandie



**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' Dominique de RAUCOURT, sous-directeur chargé des affaires médicales, d.de.raucourt@baclesse.unicancer.fr
- D' 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

▶ Région Provence-Alpes-Côte d'Azur




**LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE FRÉJUS SAINT-RAPHAËL**

**Recrute**

**UN PRATICIEN CONTRACTUEL TEMPS PLEIN**  
 (Rémunération au 4ème échelon avec paiement des gardes en permanence sur place)

Pour l'unité d'anesthésiologie qui dispose d'un bloc central récent et d'une activité de chirurgie ambulatoire couvrant les activités de : chirurgie ambulatoire, gynécologique, orthopédique, obstétricale, ophtalmologique, traumatologique urologique et viscérale.

**Pédiatrie à partir de 3 ans :** 1650 accouchements - 70% de péridurale - Temps additionnel - Equipe au complet de 11 praticiens  
 Inscription (ou en cours d'inscription) au Conseil de L'Ordre français

**Adresser candidature et curriculum vitae à :**  
 Monsieur CROISY, directeur Adjoint DRH/DAM et à Madame le Docteur REYNAUD, responsable de l'Unité  
 240, avenue de Saint-Lambert - BP110 - 83608 Frejus cedex.

**LE CENTRE HOSPITALIER DE MULHOUSE (HAUT RHIN-68) en Alsace**  
**A proximité de la Suisse (Bâle) et de l'Allemagne (Fribourg)**  
**avec aéroport commun à 15 min et deux lignes TGV et une TER à 5min**



**RECRUTE UN PRATICIEN HOSPITALIER OU ASSISTANT SPECIALISTE ANESTHESISTE REANIMATEUR à temps plein**

**Pour les unités fonctionnelles d'Anesthésie (2 salles d'opération) et Réanimation (4 lits) en Chirurgie Cardiaque et Thoracique.**

Une formation déjà acquise et une expérience dans ce domaine sont bienvenues. Une formation sur place est possible. Ce médecin rejoindra une équipe de 3 praticiens. Ce service assure la prise en charge anesthésique 24 heures sur 24, 5 jours sur 7 de tout type d'intervention et la surveillance continue post opératoire de la chirurgie cardiaque et thoracique.

**Explorations réalisées dans le service\* :**

- Exploration hémodynamique invasive.
- Echocardiographie trans-thoracique cardiaque et pulmonaire.
- Echographie trans-oesophagienne.
- Fibroscopie bronchique.

\*L'hémodialyse est réalisée en réanimation médicale.

**Gardes et astreintes :**

1 garde sur place par semaine et 7 jours d'astreinte par mois.

**Consultations :**

Une après midi par semaine.

Les CHU voisins sont Strasbourg, Besançon et Nancy.

**Pour tous renseignements concernant l'activité du service, contacter :**

Le Dr Philippe Lallemand, Responsable d'UF  
 Email : lallemand.philippe@ch-mulhouse.fr  
 Tel : 03 89 64 70 52 (secrétariat)

**Les candidatures et CV détaillés sont à adresser à :**

Mme la Directrice du Centre Hospitalier  
 87, Avenue d'Altkirch - BP 1070 - 68051 Mulhouse Cedex

**Site web : <http://www.ch-mulhouse.fr>**



**LE CENTRE HOSPITALIER DE WISSEMBOURG RECHERCHE :**

**UN PRATICIEN QUALIFIÉ (H/F)**

**à temps plein pour la structure des urgences**

La CAMU, le DESC d'urgences ou une expérience dans un service des urgences est requise. Un temps partagé au sein du pôle est envisageable (Urgences, SMUR, USJC). Le service des urgences : 24 heures/24 et 7 jours /7 bénéficie d'un plateau technique complet (Imagerie, biologie, bloc opératoire).

**Chef de pôle : M. le Dr BODOT, tél. : 03 88 54 11 11, poste 11900.**

**Candidature à adresser à :**

Madame la Directrice du Centre Hospitalier  
 24 Route de Weller - 67160 WISSEMBOURG



**CENTRE HOSPITALIER D'AUXERRE (89)**  
**RECRUTE**

**PRATICIENS HOSPITALIERS TEMPS PLEIN**

**Service d'anesthésiologie-réanimation chirurgicale, équipe de 11 ETP**  
 Bloc central astreinte opérationnelle, bloc gynécologie obstétrique garde  
**Renseignement Docteur MILLER chef de service - cmiller@ch-auxerre.fr**

**SAU/SAMU 89 C15 SMUR**

Pour activité SAMU/SMUR/Accueil urgences adultes

**Renseignements Docteur DUCHE-TAILLIEZ chef de service - mduche@ch-auxerre.fr**

430 lits MCO 80 lits SSR  
 SMUR terrestre et hélicopté  
 Réanimation médico-chirurgicale (10 lits Réa - 4 lits USC)  
 Cardiologie interventionnelle (24 lits cardio - 8 lits USJC) Néonatalogie niveau 2B  
 Urgences pédiatriques  
 Radiologie conventionnelle - scanner - IRM  
 Chirurgie générale, viscérale et digestive, orthop. & traumatologique, vasculaire, urologie.

**Respect de la réglementation sur le temps de travail (repos de sécurité, TTA indemnisé)**

**Pour toute candidature :**

Responsable : Annick DUPONT, adjoint au directeur des ressources humaines et des affaires médicales  
 03 86 48 47 47 - adupont@ch-auxerre.fr



## LE CENTRE HOSPITALIER SUD GIRONDE



A 30 min de Bordeaux par l'autoroute, 1 heure de l'océan, Bassin d'Arcachon/Cap Ferret à proximité des Pyrénées, de l'axe Bordeaux-Toulouse.

### Recrute

## 1 MEDECIN ANESTHESISTE REANIMATEUR TEMPS PLEIN

Pour remplacer un départ à la retraite et compléter son équipe de 6 Praticiens Hospitaliers.

(Surveillance continue, maternité, bloc opératoire activité de chirurgie orthopédique, vasculaire, gynécologique, digestive et endoscopies).

#### Pour tout renseignement, contacter :

Dr Mohamed CHOURBAGI, Chef de service Secrétariat  
Tel : 05 56 76 57 45

#### Adresser CV et lettre de candidature à :

France BERETERBIDE, Directrice Affaires Médicales Secrétariat  
Tel : 05 56 76 57 46 - Mail : france.bereterbide@ch-langon.fr



## LE CENTRE HOSPITALIER D'AGEN

(Région Sud-Ouest - Aquitaine - 1h15 de Toulouse et Bordeaux).

Gare TGV - Aéroport - Autoroute - Facultés - Chef lieu de département, 716 lits et places.

Disposant d'un plateau technique complet : I.R.M. - Scanner - Médecine Nucléaire - Réanimation.

### RECRUTE

**UN MÉDECIN ANESTHÉSISTE**, pour compléter une équipe de 7 praticiens.

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

**UN MÉDECIN URGENTISTE**

• Postes à pourvoir à partir de juin 2013.

#### Pour tout renseignement :

- Dr J.M. FAUCHEUX, président de la CME : 05 53 69 70 18 - fauchauxjm@ch-agen.fr
- Dr R. GRELLIER, chef de pôle médico-chirurgical et anesthésiologie : 05 53 69 70 24 - grellier@ch-agen.fr
- Dr L. MAILLARD, chef de département : 05 53 69 70 93 - maillardl@ch-agen.fr
- Dr F. PLOUVIER, chef de pôle filière urgences réanimation psychiatrie : 05 53 69 70 92 - plouvierf@ch-agen.fr

Centre Hospitalier d'Agen - 47923 AGEN CEDEX 9

[www.ch-agen.fr](http://www.ch-agen.fr)



## Le Centre Hospitalier Universitaire de Reims

- Etablissement de référence et de recours pour toute la région Champagne-Ardenne (1 340 000 habitants) à 40 minutes de Paris.
- 2 389 lits répartis sur 10 établissements au sein de l'agglomération rémoise.
- Blocs opératoires multidisciplinaires (29 salles d'opération) : cardiologie interventionnelle et rythmologie, chirurgie bariatrique, cardio-thoracique, gynécologique, orthopédique-traumatologique, vasculaire, viscérale, chirurgie infantile...
- Unité de chirurgie ambulatoire.
- Maternité de niveau 3 : 1 900 naissances par an.

### RECRUTE

## DEUX PRATICIENS EN ANESTHÉSIE-RÉANIMATION À TEMPS PLEIN



#### Missions :

- Assurer la continuité des soins en anesthésie : consultation, bloc opératoire, soins péri-opératoires.
- Participer à la permanence des soins.
- Contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

#### Renseignements & candidatures :

Direction des Affaires Médicales - Hôpital Maison Blanche  
45, rue Cognacq-Jay 51 092 REIMS CEDEX

03 26 78 74 44 - [adupont@chu-reims.fr](mailto:adupont@chu-reims.fr)

## LE CENTRE HOSPITALIER DE TROYES (AUBE)

Recrute, pour son pôle Urgences (Urgences-SAMU-SMUR-Réa-Consultations)



## 3 PRATICIENS HOSPITALIERS URGENTISTES

#### Conditions :

- Être titulaire de la CAMU ou en cours de validation.
- Être inscrit au conseil de l'Ordre des médecins.

Dans le cadre de nos équipements d'activités :

Urgences - SAMU - SMUR (30 000 passages/an et 3000 primaires).  
Équipe dynamique, activités diversifiées.

Unité neurovasculaire unique en cours de création actuellement télé-médecine avec le CHU de REIMS.

Possibilité d'activité spécifique Urgences ou à temps partagé avec le SAMU-SMUR.

Plateau technique complet et conséquents 24h/24



#### Pour tous renseignements, contacter :

MM les docteurs DR. HORICHT et BOURGAIN  
03 26 75 52 10

#### Adresser candidature détaillée à :

Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier de Troyes  
101 avenue Aristote France 10 000 TROYES CEDEX

## Le Centre Hospitalier de Cornouaille Quimper-Concarneau RECRUTE DEUX PRATICIENS EN ANESTHÉSIE (praticien hospitalier ou assistant)



Etablissement de référence du territoire avec un plateau technique complet (1400 lits), le Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille dessert une population de plus de 300 000 habitants. L'activité d'anesthésie est réalisée sur Quimper et Douarnenez.

L'équipe d'anesthésie est composée de 17,5 ETP de médecins et intervient au sein d'un bloc opératoire doté de 12 salles. Avec une activité de plus de 11 000 actes par an et 6 500 consultations externes, l'activité d'anesthésie est variée : orthopédie, viscéral, urologie, ORL, gynéco-obstétrique (maternité 3000 naissances par an). Double garde sur place.

### Les candidats intéressés peuvent contacter :

Annie-Cécile RICHARD, Directrice des Affaires Médicales (Bureau : Avenue de VOGUE, Chef de service d'Anesthésie)  
Tel : 02 98 92 65 43 Tel : 02 98 94 42 18 (pour renseignements) 02 98 92 65 43  
Courriel : ac.richard@ch-cornouaille.fr Courriel : anesthésie@ch-cornouaille.fr



## LE CENTRE HOSPITALIER DU CENTRE BRETAGNE

Kério - BP 70023 - 56306 PONTIVY Cedex

Postes à pourvoir

### 1 À 2 POSTES D'ANESTHÉSISTES - RÉANIMATEURS

- Etablissement pôle de son territoire de santé (130 000 habitants) près de 1000 lits et places dont un hôpital neuf de 400 lits.
- Plateau technique complet et moderne présentant la majorité des spécialités médicales et chirurgicales.
- Bloc opératoire avec activité chirurgicale multidisciplinaire : chirurgie viscérale, gynécologie, orthopédie, rachis, urologie, ORL, endoscopies digestives et bronchiques, chirurgie ambulatoire.
- Activité obstétricale avec une maternité de niveau 2 A (1 100 accouchements)
- Unité de surveillance continue médico-chirurgicale (5 lits) sous la responsabilité des anesthésistes-réanimateurs
- une garde sur place (bloc, maternité, USC).
- Possibilité de gardes réduites en cas d'affectation principale sur l'USC.
- Équipe composée de 6 médecins anesthésistes- réanimateurs.
- Possibilité de recrutement sous statut d'assistant ou d'attaché associé.
- Logement T1 proposé à titre provisoire.



### INFORMATIONS DE CONTACT

Monsieur André ZARRELLA  
Directeur Adjoint en charge des Affaires Médicales  
02 97 79 00 67 - andre.zarella@ch-centre-bretagne.fr



Pôle Santé  
SARTHE ET LOIR

*Vous recherchez un établissement public de santé de taille humaine en région Pays de Loire*

**Le Pôle Santé Sarthe et Loir  
situé à 35 minutes d'Angers et Le Mans  
1 h 05 de Paris en TGV**

### Contact :

Direction des ressources humaines et des affaires médicales  
Madame Annie-Laure DESPREZ  
Pôle Santé Sarthe et Loir  
BP 10129 LE BAILLEUL - 72205 LA FLECHE cédex  
Tel : 02 44 71 30 41 - Mail : stouchard@pole-sssl.fr

Docteur Mohammed TOUIL, chef du service Urgences-SMUR  
Tél : 02 44 71 33 12 - Mail : mtouil@pole-sssl.fr

### RECRUTE

## UN PRATICIEN HOSPITALIER TEMPS PLEIN

Pour son service URGENCES et SMUR  
Titulaire de la CAMU ou DESC d'urgence



## LE CENTRE HOSPITALIER DE CHOLET

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

### RECRUTE



### DÉS ANESTHÉSISTES RÉANIMATEURS 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 ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR OU UN RÉANIMATEUR MÉDICAL

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  
Tour Manojou, 49325 CHOLET CEDIX  
02 41 49 66 97  
Mail : affaires.med@cholet.chc.fr

Chef du service d'anesthésie :  
Monsieur Dr BARRIERE AGUILERA - 02 41 49 66 94

Chef du service de réanimation :  
M. le Dr MESSAO - 02 41 49 63 98

Site web : [www.ch-cholet.fr](http://www.ch-cholet.fr)



# HÔPITAUX DU PAYS DU MONT-BLANC

Site de Sallanches (25 km de Chamonix, 12 km de Megève, 50 km de Genève)  
RECRUTENT

## MEDECIN ANESTHESISTE

(Praticien Hospitalier, Praticien Hospitalier Contractuel ou assistant spécialiste)  
Inscription à l'ordre obligatoire

**Pour toute information sur le poste contacter :**  
Madame le Docteur CAGNIN  
s.cagnin@ch-sallanches-chamonix.fr - 04 50 47 30 51

**Candidature à envoyer :**  
Monsieur MASSARD - directeur Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc  
380 Rue de l'Hôpital - 74700 SALLANCHES  
04 50 47 30 00 (touche 4) - 04 50 47 30 73 - hmb@ch-sallanches-chamonix.fr



## LE CENTRE HOSPITALIER DE MONTRISON RECHERCHE MEDECIN ANESTHESISTE REANIMATEUR

### »»» ACTIVITES

#### Soins Intensifs Polyvalents :

6 lits de Soins Intensifs et 2 lits de Soins Continus  
1 anesthésiste réanimateur 24h/24  
En temps continu 48h/semaine  
Le poste est à pourvoir pour le service d'anesthésie mais tous les anesthésistes peuvent participer à l'activité des Soins Intensifs Polyvalents

#### Anesthésie :

Chirurgie viscérale, orthopédique, gynécologique, ORL  
Endoscopie  
Obstétrique (1000 accouchements/an - 60 % de péridurale)  
Chirurgie d'urgence (28 000 passages/an)  
2 anesthésistes en permanence le jour pour le bloc opératoire et visite dans les services de chirurgie  
1 anesthésiste dédié aux consultations programmées  
1 garde sur place consacrée à l'anesthésie  
En temps continu, 48h/semaine, temps additionnel rémunéré ou récupéré au-delà  
Repos compensateur après la garde



#### CENTRE HOSPITALIER DU FOREZ :

30 km de Saint Etienne (CHU)  
100 km de Lyon  
Fusion de 2 hôpitaux à 20 minutes de distance  
**Feurs et Montbrison**  
Poste à pourvoir sur le site de Montbrison

Contacts : Docteur Chaussinand - chef de service - j.chaussinand@ch-montbrison.fr - Tél. 04 77 96 78 00  
Madame Cuzin - Affaires médicales - andree.cuzin@ch-forez.fr - Tél. 04 77 96 78 88



## Le Centre Hospitalier ALPES LEMAN (Haute-Savoie)

D'une capacité de 445 lits MCO proche Genève, permettant les communications internationales (aéroport), à proximité de CHAMONIX, dans un cadre agréable, proche important Centre hospitalo-universitaire.

#### Recrute :

### UN ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR TEMPS PLEIN

Pour compléter une équipe de 13 ETP  
Service de 16 lits de réa. + 8 lits de soins continus - Garde séparée en anesthésie et réanimation - Temps médical continu  
Urgences et SMUR gérés par les médecins urgentistes

Dr TRESCH : 04 50 82 26 65 - ktresch@ch-alpes-leman.fr  
Centre Hospitalier Alpes Léman 558, route de findrol - BP20500 - 74130 CONTAMINE SUR ARVE



## LE CENTRE HOSPITALIER DE BOURGOIN-JALLIEU(38)

### ► RECRUTE DES ANESTHESISTES-REANIMATEURS À TEMPS PLEIN PH, PHC OU ASSISTANT SPÉCIALISTE

Temps continu, repos de sécurité, garde sur place distincte réanimation/anesthésie + maternité. Hôpital neuf, très spacieux de 3 salles : + 1 casernement + SSP 12 lits, équipement au % neuf avec matériel Philips et Daigep.

Établissement de 400 lits MCO pivot d 1 bassin de 200 000 hab : USC 12 lits, réanimation 8 lits, unités de jour et de nuit, HBL, Accueil, maternité niv2, 1100 accouchements/an, bloc de bloc, de biographie pour ALU.

Chirurgie (6000 actes) : viscérale, endocrinologique et thoracique, orthopédique et traumatologique, ORL, ophtalmologie, vasculaire, gynécologique et obstétrique, néonologie. + Endoscopie digestive et pédiatrique.

*Porte des Alpes : sortie 7 A43,  
30 min Lyon, 40 min Grenoble  
et Chambéry, 7 h stations de ski.*

#### Contacts :

Dr. Dominique PLAWESKI, responsable de structure  
04 69 15 72 60 - dplaweski@ch-bourgoin.fr  
Direction des affaires médicales - 04 69 15 70 65  
recrutementpm@ch-bourgoin.fr

## ► Rhône-Alpes



**Le Centre Hospitalier Intercommunal Sud Léman Valserine,  
à Saint-Julien-en-Genève (Haute-Savoie)**

# RECRUTE UN MEDECIN ANESTHESISTE

*Situé dans un cadre de vie agréable, entre lacs et montagnes et se situe à proximité de pôles culturels.  
(Genève 10 min, Annecy, 30 min, Lyon et Grenoble 1h20)*

**CONTACTS**  
Dr Saliha RAMRANI - Responsable de structure - (poste 1610 - [saliha.ramrani@ch-st-julien.fr](mailto:saliha.ramrani@ch-st-julien.fr))  
Dr Savine COSSARDEAUX - Chef de pôle médico-technique (04 50 49 67 59 - [savine.cossardeaux@ch-st-julien.fr](mailto:savine.cossardeaux@ch-st-julien.fr))  
Pascale Collet - Directrice des affaires médicales - (04 50 63 62 23 - [pcollet1@ch-annecy.fr](mailto:pcollet1@ch-annecy.fr))

## ► Région Midi-Pyrénées



**Centre Hospitalier d'Auch  
EN GASCOGNE**  
Soigner & prendre Soins

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

Recherche Pour son Bloc Opératoire (6 salles)

# UN MEDECIN ANESTHESISTE (H/F)

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

**Contact : 05.62.61.31.02**  
**Email : [direction\\_generale.secretariat@ch-auch.fr](mailto:direction_generale.secretariat@ch-auch.fr)**  
**Courrier : Allée Marie Clarac BP382 32008 AUCH Cedex**

## ► Région Lorraine



**L'HÔPITAL ROBERT-PAX  
CENTRE HOSPITALIER DE SARREGUEMINES – FRANCE  
RECRUTE**

# DEUX PRATICIENS CONTRACTUELS À TEMPS PLEIN POUR SON SERVICE DES URGENCES

**AFIN DE RENFORCER L'EFFECTIF MÉDICAL DU SERVICE.**  
Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins indispensable.  
Rémunération au 4ème échelon de la carrière des praticiens hospitaliers à temps plein majorée de 10 %.  
Hôpital public récent ouvert en 2009, bien positionné dans son territoire de santé et en plein développement de son activité (médecine - chirurgie - obstétrique - hospitalisation de jour - chirurgie ambulatoire - scanner - I. R. M.).  
Situé à côté de SARREBRUCK (Sarre) et à proximité de STRASBOURG et NANCY.

**Adresser candidature et CV à :**  
Monsieur Pascal SCHMIT  
Directeur-Adjoint des Hôpitaux de SARREGUEMINES  
Centre hospitalier Robert-Pax  
2 rue René-François Jolly  
57211 SARREGUEMINES Cedex  
**03 87 27 98 40 - [pascal.schmit@chs-sarreguemines.fr](mailto:pascal.schmit@chs-sarreguemines.fr)**

## ► Guyane



**Le CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE (Guyane)**  
Recherche, pour son Pôle Soins Continus

# 2 PRATICIENS URGENTISTES (URGENCES/SAMU/SMUR) 2 ANESTHÉSISTES

**Conditions de recrutement :**

- Rémunération intéressante + majoration de 40% (dite indemnité de cherté de vie).
- Prise en charge du billet d'avion et prise en charge du déménagement selon statut.
- Mise à disposition d'un logement et d'un véhicule pendant 1 mois.
- Congés bonifiés pour les PH.
- Dispositif de FMC dynamique.

**Pour tout contact :**  
Merci de contacter la Direction des Affaires Médicales :  
[afm@ch-cayenne.fr](mailto:afm@ch-cayenne.fr) - 05 94 39 51 26  
ou par voie postale : rue des Flamboyants - BP 6006 - 97306 CAYENNE CEDEX.  
Dr Thierry Le Guen - Chef de pôle : [thierry.le-guen@ch-cayenne.fr](mailto:thierry.le-guen@ch-cayenne.fr) - 05 94 39 48 01

<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 Widal - Saint-Lazare - Paris laurent.heyer@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Comité Rédaction PHAR - Groupe Communication Observatoire Souffrance au Travail - Veille syndicale	Portable : 06 31 18 57 61 Fax : 01 49 95 91 32
<b>Dr Samuel LEROY - Secrétaire Général Adjoint</b> Hôpital du BELVEDERE - Mont Saïant- Aignan samuel.leroy@ch-belvedere.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Groupe Communication - FaceBook SNPHAR-E - Site web www.snphar.com	Ligne Directe: 02 35 15 62 54 / Fax : 63 63
<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