

# PHAR<sub>e</sub>

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

## DOSSIER PÉNIBILITÉ

LE POINT SUR

LE SECRET MÉDICAL, SAINT-MALO...  
ET LE RESTE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SNPHAR-E : 10 JANVIER 2014  
APPEL À CANDIDATURES POUR LE RENOUVELLEMENT DES  
ADMINISTRATEURS

<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 claud.wetzel@snphar.fr	Affaires Européennes	Standard : 03 88 12 70 77 / Fax : 70 74 Ligne Directe : 03 88 12 70 77 Portable : 06 60 55 56 16
<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 Saient- Aignan samuel.leroy@ch-belvedere.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Groupe Communication - FaceBook SNPHAR-E - Site web www.snphar.com	Ligne Directe: 02 35 15 62 54 / Fax : 63 63
<b>Dr Pascal MENESTRET - Administrateur</b> Hôpital de Ponchaillou - Rennes pascal.menestret@snphar.fr	Groupe Communication -Comité Rédaction PHAR Observatoire Souffrance au Travail - Veille Syndicale Comité Vie Professionnelle la SFAR - CFAR	Ligne Directe : 02 99 28 90 74 Portable : 06 62 81 87 51
<b>Dr Jacques RAGNI - Administrateur</b> Hôpital Salvator - Marseille jacques.ragni@snphar.fr	Groupe Communication -Site web www.snphar.com Veille Syndicale -Newsletter	Standard : 04 91 74 42 82 Ligne Directe: 04 91 74 42 80 Portable : 06 82 35 77 16
<b>Dr Didier REA - Administrateur</b> Hôpital de la Source - Orléans didier.rea@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Groupe Communication - FEMS	Ligne Directe : 02 38 22 96 08 Fax : 02 38 51 49 50 Portable : 06 75 02 32 23
<b>Dr Wilfrid SAMMUT - Administrateur</b> Centre Hospitalier Général - SAMU SMUR - Le Chesnay wilfrid.sammuto@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (médecine) Conseil de Discipline (médecine) - SAMU-Urgences	Standard : 01 30 84 96 00 / Fax : 96 70 Portable : 06 87 29 83 96
<b>Dr Nicole SMOLSKI - Administrateur</b> Hopital de la croix rousse - Lyon nicole.smolski@gmail.com	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Rédacteur en chef PHAR-E	Ligne Directe : 04 26 10 93 67 Portable : 06 88 07 33 14
<b>Dr Richard TORRIELLI - Administrateur</b> richard.torrielli@snphar.fr	Groupe Communication IADE - Périnatalité - Gouvernance Observatoire Souffrance au Travail	Portable : 06 07 13 75 66

## POINT DE VUE DE L'ACTUALITÉ

À quand les avancées du pacte de confiance .....4

## DOSSIER PÉNIBILITÉ

Pénibilité du travail de nuit des médecins

hospitaliers : vers un nouveau round !.....6

CHSCT : une instance compétente pour s'occuper des conditions de travail des expositions aux risques professionnels .....8

Modifications de l'arrêté de la permanence des soins .....10

Programmation opératoire .....11

## RETRAITE

Une stratégie pour constituer une retraite.....12

## NUMÉRO VERT

Être écouté : ça peut aider ! .....14

## INTERVIEW

Pénibilité : les personnels hospitaliers oubliés... 16

## LU POUR VOUS

La double peine des femmes.....19

## LE POINT SUR

Le secret médical, Saint-Malo... et le reste.....20

## ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Les modalités générales du vote électronique et appel à candidatures .....23

## JURIDIQUE

Loi TEPA : PH perdu ou perdant ? .....24

BILLET D'HUMEUR .....27

PETITES ANNONCES ..... 28

## LE FEU EST PASSÉ AU ROUGE

Paroles, paroles ! Malgré un discours initial rassurant du Ministère de la Santé, en un an et demi, rien n'a changé sur le terrain. Bien au contraire, la situation continue à se dégrader.

Dans les établissements publics de santé, la pénurie de médecins et de paramédicaux s'accroît et les administrations ne peuvent faire face sans transgresser la loi.

Le recrutement d'intérimaires et de contractuels va bon train et met en danger la cohésion des équipes.

Les conditions d'hébergement et de restauration en garde se détériorent. Les restructurations des plateaux techniques conduisent à augmenter les amplitudes horaires d'ouverture pour faire toujours plus.

Qu'importe le temps de travail, puisque bon nombre d'entre nous sont en demi-journées. Que celles-ci fassent quatre ou six heures, elles seront comptabilisées de façon identique et sans l'ombre d'un remerciement ; d'ailleurs, on ne vous demande pas votre avis.

Quand vous travaillez la nuit, c'est encore pire, puisque pour 14 heures travaillées, on ne vous comptabilisera que deux demi-journées dans vos obligations de service.

Lorsque vous avez la chance d'avoir une place, il semble normal que vous soyez entassés à deux ou trois dans huit mètres carrés, parfois en sous-sol ou dans un « *Open Space* », car de bureau, vous n'en n'avez pas besoin, vous ne faites pas partie des têtes pensantes.

Vous ne rencontrez pas souvent votre chef de pôle, les réunions de pôles n'existent pas et à quoi bon, puisque les décisions seront prises sans vous. Le directeur a bien autre chose à faire que de vous rencontrer, sait-il seulement à quoi vous ressemblez ? Cela n'est pas écrit dans son ordre de mission, « retour à l'équilibre en ajustant la ligne budgétaire dédiée au personnel ». De cet équilibre va dépendre sa prime d'intéressement.

Devant ce bilan désastreux, qui fait fi des tensions entre professionnels sur le terrain, pas étonnant que nos jeunes collègues aillent voir ailleurs, en quête d'un meilleur salaire, bien sûr, mais également de plus de sérénité d'exercice et de respect.

La déception est grande, nous espérions une reprise du dialogue, qu'elle soit suivie d'actes concrets en direction des praticiens du terrain. Ceux qui, tous les jours, assurent la continuité et la permanence des soins. Mais de pénibilité, il ne faut pas en parler, le CIP (Compte Individuel Pénibilité) n'est pas pour vous ; en tant que médecins vous bénéficiez des « avantages catégoriels » de la fonction publique. Le CHSCT n'est pas pour vous non plus : vous bénéficiez de la vigilance de votre CME sur vos conditions de travail. Qu'importe si la CME n'est pas représentative du terrain et que le décret CME n'ait rien changé.

À l'hôpital, le terme de « management participatif » est un gros mot. Directeurs et PCME restent seuls maîtres à bord, parfois avec délégation de pouvoir, très encadrée, aux chefs de pôles.

La course à la T2A conduit à des pratiques anti-déontologiques et inacceptables, telles que la violation du secret médical. Le CNG, qui gère votre carrière, gère également celle des directeurs ; en cas de conflit, l'arbitrage ne sera pas neutre. L'histoire récente de Saint-Malo le montre bien.

La ligne rouge est franchie, la patience a ses limites et il se pourrait que l'automne soit chaud, tant le ras-le-bol est intense. La réforme des retraites vient d'être validée à l'Assemblée Nationale et sera discutée au Sénat à partir du 28 Octobre, préparez-vous à vous mobiliser !

Veronique AGAESSE Secrétaire Générale du SNPHAR-E



ISSN : 1285-7254

Président du comité de rédaction :

Le président du SNPHAR-E

Rédacteur en chef : N. Smolski

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

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

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

Éditeur : Ektopic

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

Directeur de publication : C. Mura

Rédaction : S. Sargentini

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

Impression : Imprimerie Léonce Deprez

# À quand les avancées du pacte de confiance ?

À la fois beaucoup de choses en cours, et peu de choses concrètes pour l'instant. Le ministère consulte beaucoup, essaie de décliner les différentes orientations prises lors du Pacte de Confiance, mais les différents lobbies à la manœuvre ne facilitent pas les avancées. Des avancées notamment sur le financement des hôpitaux sont en discussion à l'Assemblée dans le cadre du PLFSS qui seront les premières vraies concrétisations du changement. Côté régression des conséquences délétères de la Loi HPST, nous sommes pour l'instant déçus car c'est là que sont à la manœuvre ceux qui l'ont portée et qui sont toujours aux manettes bureaucratiques.

## NOUVELLES RÉGLEMENTATIONS

Le nouvel arrêté sur les astreintes devrait sortir rapidement et répondre à une partie de nos attentes concernant la prise en compte du temps de déplacement et du temps de trajet dans nos obligations de service. Il persiste des manques notables, que nous allons essayer de faire progresser grâce à la Circulaire d'application et à la réflexion globale sur le décret de la permanence des soins (seuls deux articles ont été traités dans l'urgence pour répondre aux injonctions de la Communauté Européenne que nous avons activée). Les réunions sont en cours et nous vous tenons au courant au fur et à mesure des avancées.

Les nouveaux « décrets CME » sont parus au JO. Certaines prérogatives des CME ont été réintroduites, plus de « consultations » et moins « d'informations ». Mais ce décret nous laisse sur notre faim car la représentation médicale de la CME est toujours aussi peu démocratique, avec surreprésentation des chefs de pôle, eux-mêmes désignés par le Directeur. Donc, une CME avec plus de pouvoir mais toujours aux ordres et sans autonomie de pensée. Ce n'est pas ça qui va changer le fond du dialogue à l'hôpital !

Concomitamment, sont parus les textes sur la Commission Paritaire Régionale (CPR), consacrant dans le même temps la représentativité de notre intersyndicale « Avenir Hospitalier ». Cette instance, dont l'existence réglementaire est pourtant ancienne, va être mise en place dans chaque région. C'est là un moment important pour le dialogue social et notre expression au niveau régional qui, depuis la loi HPST, avaient totalement disparus. Nous serons présents partout et remercions ceux d'entre vous qui ont accepté de s'engager pour représenter les collègues, nous les accompagnerons. La

région sera le niveau propice pour exprimer nos difficultés et nos souhaits, et pouvoir arbitrer les conflits qui ne peuvent se régler en interne.

## DISCUSSION EN COURS AVEC LA DGOS

**La pénibilité du travail de nuit**, dans le cadre de la discussion en cours sur les retraites, est un sujet qui fâche, aucun mandat n'ayant pour l'instant été donné à la DGOS pour y travailler. Pour l'instant nous ne sommes pas inclus dans le dispositif Compte Individuel Pénibilité (CIP), ce qui n'est tout simplement pas admissible. Ce sera le sujet de mobilisation de cet automne, ce que nous vous détaillons dans le dossier pénibilité joint.

**RPS (Risques PsychoSociaux) :** nous avons fait la demande forte que ce sujet soit rajouté aux discussions. L'ouverture du CHSCT aux problèmes des médecins est pour l'instant bloquée, conjointement par les Conférences des Directeurs et Présidents de CME, mais aussi par certaines grandes centrales syndicales ! Pour autant, le problème est là et ses risques aussi, on ne peut en faire l'impasse. La DGOS fait un travail sur la synthèse des travaux scientifiques sur le sujet, un plan de travail nous sera proposé avec probablement une déclinaison régionale du sujet. Restera à trouver le lieu des discussions : local mais où ? Régional au niveau des Commissions Paritaires Régionales ?

Nous allons aussi travailler sur les principes **de la suspension des PH** : actuellement, un certain nombre de collègues sont suspendus pendant des mois, voire plus, sans que personne ne se prononce sur leur réintégration. La réglementation doit être précisée car ces collègues sont dans des positions inacceptables. Nous allons aussi attaquer le chantier des **fin de carrière** et

**cumul emploi retraite** car nous ne pouvons accepter les disparités actuelles régnant sur le territoire, les fins de carrière doivent être attractives pour les collègues qui le désirent.

Pour terminer, le principe d'une **instance consultative nationale pour les PH**, avec échanges sur les enjeux de santé, le dialogue social et les statuts est quasiment acquis. C'est très important car depuis plusieurs années rien n'existait plus. Notre intersyndicale Avenir Hospitalier, désormais pleinement représentative, saura se montrer à la hauteur de cet enjeu.

## INTÉRIM MÉDICAL

Avenir Hospitalier a été auditionnée par la mission dirigée par le député Olivier Véran. Nous avons réaffirmé la nécessité de travailler sur les causes de ce lourd problème qui grève les budgets des hôpitaux et désorganise le travail des nombreux hôpitaux concernés (problème de fond de l'attractivité de l'hôpital en tant que titulaire).

## PÔLES HOSPITALIERS

Concernant l'évaluation du fonctionnement des pôles hospitaliers, les intersyndicales n'ont pas été associées à la mission chargée de ce bilan confiée par la Ministre aux Conférences (Directeurs et Présidents de CME). Nous avons protesté par voie de presse et auprès du ministère contre ce qui nous semble être un conflit d'intérêt et avons refusé d'être auditionnés sur ce sujet. Avec les autres intersyndicales nous avons réalisé notre propre enquête auprès des médecins hospitaliers.

Les résultats sont disponibles sur le site « [www.praticienhospitaliers.com](http://www.praticienhospitaliers.com) ». Ils vont mettre en difficultés le travail de la Commission constituée par la Ministre car ces résultats devront être confrontés aux leurs, sauf que leur enquête n'était adressée qu'aux chefs de pôle et Présidents de CME (on n'est jamais mieux servi que par soi-même). Nous attendons un rendez-vous avec la Ministre pour lui détailler les résultats, notamment l'absence d'amélioration du travail et des organisations, mais le renforcement des couches bureaucratiques et la soumission au directeur.

## DPC

Une mission IGAS est en cours, afin d'éclaircir le fonctionnement de ce dispositif bien compliqué, qui est encore bien loin d'atteindre l'objectif fixé initialement. Là encore, Avenir Hospitalier a été auditionnée. Comme nous l'avions prévu, les collègues se méfient de ce dispositif, ne s'y inscrivent pas. Du coup, les sommes

n'étant pas dépensées, elles vont être en partie consacrées à un budget virtuel de remplacement des PH partis se former. Sauf que, n'étant jamais remplacé quand nous partons en formation, l'argent du DPC va alimenter les caisses de l'hôpital !

## EXTERNALISATION DES DONNÉES MÉDICALES ET SECRET MÉDICAL

Un dossier sur lequel nous travaillons depuis plus de deux ans et qui a été tranché par l'avis formel de la CNIL, qui va désormais enquêter dans les hôpitaux sur le respect de la confidentialité des données. En l'absence de solution favorable pour notre collègue DIM et devant l'obstination de la gouvernance locale de St Malo à nier tout problème, **le SNPHAR-E a décidé de porter plainte contre X pour violation du secret médical**. Pour l'instant, aucune solution n'a été trouvée pour notre collègue lanceur d'alerte qui est toujours placardisé, c'est directement le Cabinet de la Ministre qui gère ce dossier emblématique à portée nationale.

## SÉMINAIRE DU CA DU SNPHARE

Nous avons tenu notre séminaire comme tous les deux ans. Cette année, deux thèmes : quelle protection sociale pour la France ? Et quel management adapté aux médecins hospitaliers ? Débats intenses et animés dont vous allez entendre parler tant c'est explosif !

## ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SNPHAR-E

Notre Assemblée Générale se tiendra le vendredi 10 janvier prochain. Comme chaque année, une partie du conseil d'administration sera renouvelée. **Il y aura 9 postes à pourvoir en anesthésie-réanimation et 2 postes pour les autres spécialités**. Le vote se fera donc par voie électronique, ce qui permet au plus grand nombre de voter. Chacun peut faire acte de candidature en adressant avant le 25 novembre à minuit, à la Secrétaire Générale (Dr Véronique Agaësse), un acte de candidature sur papier libre et une profession de foi avec photo (1 page A4 au maximum). Le Scrutin ouvrira le 4 décembre à 8h et se poursuivra jusqu'au 10 janvier à 14h30.

*Yves Rebufat, Vice-président du SNPHAR-E*



# Pénibilité du travail de nuit des médecins hospitaliers : vers un nouveau round !

La DGOS a organisé dans l'urgence une concertation avec les intersyndicales durant les mois de juin et de juillet, afin de répondre, sur quelques points précis, à l'injonction de la Commission Européenne. Il s'agissait de revoir l'écriture de notre arrêté de 2003 sur la PDS pour encadrer clairement la contractualisation du TTA et pour permettre l'intégration effective, au choix du praticien, du travail en astreinte dans les obligations de service et dans le tableau de service réalisé.

## PÉNIBILITÉ DU TRAVAIL DE NUIT : LE SNPHAR-E POSAIT LE PROBLÈME DÉJÀ EN 2010

Dès 2010, le SNPHAR-E avait été en pointe pour faire émerger le problème de la pénibilité du travail de nuit des médecins hospitaliers, ceux qui toute leur carrière effectuent gardes et astreintes déplacées, engageant en cela leur santé et leur qualité de vie après leur retraite.

Nous réclamions la constitution d'un *curriculum laboris*, relevé de toutes les périodes d'exposition au facteur pénibilité reconnu comme jouant sur la santé (pour nous, travail de nuit et travail en horaires alternants), et des mécanismes de prévention, de suivi et de compensation.

Nous n'avions pas été entendus, comme l'ensemble des salariés, puisque seul un taux d'incapacité au travail permettait dans la loi de 2010 une compensation.

## 2013 : NOUVELLE RÉFORME DES RETRAITES

En 2013, nouvelle réforme des retraites, qui, de l'avis général, ne comporte qu'une amélioration : l'introduction du compte personnel de prévention de la pénibilité ou compte individuel pénibilité, équivalent de notre *curriculum laboris*. Voté à l'Assemblée Nationale, ce projet a pour objectif de rendre le système plus juste pour les salariés qui ont une espérance de vie et donc une durée de retraite réduite. Il permettra de lier prévention et réparation, avec crédit d'un point par trimestre d'exposition au facteur pénibilité, parmi les 10 facteurs définis par la Loi (art D.4121-5 du Code du Travail : port de charges, positions forcées des articulations, vibrations mécaniques, agents chimiques, activité en hyperbarie, températures extrêmes, bruit,

travail de nuit, travail en équipes alternantes et travail répétitif). Est considéré comme travail de nuit (art L 3122-29) tout travail entre 21H et 6H.

Le salarié pourra utiliser ses points soit pour suivre une formation lui permettant d'accéder à un emploi non pénible, soit pour travailler à temps partiel en fin de carrière en conservant sa rémunération, soit pour partir à la retraite jusqu'à deux ans plus tôt que ce que le droit commun lui permettrait.

**Beau programme ! Sauf que ce dispositif n'est ouvert qu'aux salariés sous contrat de droit de travail privé, et pas à la fonction publique, sous l'argument que des dispositifs pour « service actif » existent.** Quant aux médecins hospitaliers : alors que la Ministre s'était engagée oralement à ce que nous puissions disposer de ce dispositif, elle s'est rétractée depuis.

Effectivement, les médecins hospitaliers ne sont pas des agents de droit privé et ne font pas partie de la fonction publique : une fois de plus, nous sommes dans un *no mans land*, une zone de non droit, les oubliés de la République !

**Nous ne pouvons accepter cette exclusion, qui est la négation du travail de nuit des médecins qui accueillent et soignent les patients au sein des hôpitaux publics la nuit, les week-ends et les jours fériés.**

**Nous ne pouvons accepter que cette injustice perdure. On ne peut prétendre établir un Pacte de Confiance avec l'hôpital public et nier ainsi l'engagement des médecins hospitaliers à assurer la continuité du service public au détriment de leur santé.**

**Le SNPHAR-E a donc décidé d'exercer une forte pression sur le Ministère et a posé un préavis de grève pour le 28 novembre.**

L'objectif est que des négociations spécifiques s'engagent avec le Ministère de la Santé, notre ministère de tutelle, sur ce thème très précis de **la reconnaissance du travail de nuit** :

- du dépistage et de la prévention de ses effets nocifs sur notre santé,
- de la constitution d'un compte individuel dès le début de notre engagement dans le travail nocturne à l'hôpital (internat, clinicat puis pour les PH), sur la base de 1 point par trimestre atteignant un seuil de nombre de nuits en travail alternant
- de la possibilité d'un exercice à temps réduit payé temps plein au-delà d'un certain nombre de points cumulés
- de la possibilité de départ en retraite anticipée de pleins droits.

Nous savons que c'est un sujet sensible pour de nombreux collègues épuisés par le rythme de toute leur carrière : faut-il rappeler que le repos de sécurité n'existe que depuis 2003, soit depuis seulement 10 ans ? Que le travail de nuit en astreinte est toujours du travail dissimulé, ne comptant pas dans les obligations de service et n'appelant pas au repos de sécurité ? Si le texte promis sur les astreintes sort comme promis, sous la

contrainte de l'Europe que nous avons sollicitée en dernier recours, combien d'entre nous auront effectué toute leur vie du travail dissimulé qui ne comptera jamais ?

**Quant au travail de nuit : comment peut-on accepter sans broncher que ce temps ne soit pas valorisé humainement ? Que 14 heures de nuit valent en temps la même chose que 10 heures de jour ?**

Nous ne supportons plus ce mépris de notre engagement pour le service public. Le travail de nuit est une nécessité pour une prise en charge de qualité H24 des patients, quels qu'ils soient.

On ne parle pas d'ouvrir un "drugstore" la nuit sur l'autel de la consommation. On parle de la couverture des soins d'urgence sur tout le territoire.

Toutes les spécialités qui travaillent la nuit se reconnaîtront dans ce préavis de grève.

La Ministre, qui avait redonné espoir dans le dialogue, ne peut pas rayer notre engagement nocturne d'un coup de baguette magique.

Nous sommes bien déterminés à nous faire entendre pour que des négociations s'ouvrent sur ce champ bien particulier. Nous ne serons pas les oubliés de la République !

*Nicole Smolski, administratrice du SNPHAR-E*

## Appel à candidatures pour le renouvellement du conseil d'administration du SNPHAR-E lors de l'AG du 10 janvier 2013 à l'HEGP, Paris.

Le SNPHAR-E renouvellera, selon ses statuts, la moitié de son Conseil d'administration lors de l'AG de janvier 2014. Les membres sortants seront Véronique Agaesse, Nathalie Cros-Terraux, Patrick Dassier, Michel Dru, Jean Garric, Bertrand Mas, Pascal Menestret, Nicole Smolski  
Seront à pourvoir :

- 9 postes d'administrateurs Anesthésiste-Réanimateurs
- 2 poste d'administrateur non Anesthésistes-Réanimateurs

Les actes de candidature, accompagnés d'une profession de foi, doivent être adressés au Secrétaire Général par courrier ou email **avant le 25 novembre 2013 (minuit)** :  
Véronique Agaesse CHU - Centre Saint Victor, Service d'Anesthésie Réanimation - 354 Boulevard Beauvillé 80054 Amiens cedex 1 veronique.agaesse@snphar.fr

# Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) : une instance compétente pour s'occuper des conditions de travail et des expositions aux risques professionnels (pénibilité) pour les médecins !

Comme le rappelait François Cochet dans son interview dans le n°64 de PHAR-E, le CHSCT est le lieu où doivent être posées et débattues toutes les questions sur les conditions de travail de tous ceux qui oeuvrent dans un établissement. Les projets importants qui ont un impact sur le travail des personnels doivent y être présentés et le CHSCT doit donner un avis éclairé sur les risques pour la santé des personnels.

## HISTOIRE DU CHSCT

Le CHSCT ou Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail est une instance représentative du personnel. Son origine remonterait au 8 juillet 1890 avec les premières mesures sociales pour les mineurs. Il a cependant été officiellement créé en 1941.

D'abord CHS, s'occupant seulement de l'hygiène et de la sécurité au travail, il a poursuivi son évolution pendant ce dernier siècle, encore plus vite pendant la période d'après-guerre avec la création de la sécurité sociale. Dans le même temps le domaine de ses compétences s'est étendu aux conditions de travail. Les CHS devenant alors les CHSCT que nous connaissons aujourd'hui.

Dans les années 70 les pouvoirs et les prérogatives des CHSCT s'étendront avec l'essor de la médecine du travail et les conditions de travail des salariés seront de plus en plus surveillés.

Dans les années 90 les CHSCT continueront leur développement et s'orienteront vers la surveillance et l'analyse de l'exposition des salariés aux risques liés au travail.

Initialement obligatoire pour les entreprises de plus de 200 salariés, cette instance est aujourd'hui obligatoire dans chaque entreprise publique ou privée comptant au moins 50 salariés.

## LES MISSIONS DU CHSCT SONT DÉFINIES PAR L'ARTICLE L4612-1 DU CODE DU TRAVAIL

- il doit contribuer à la protection de la santé physique et mentale et à la sécurité des travailleurs ;

- il doit contribuer à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tous les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité ;
- il doit aussi veiller que l'observation des prescriptions légales est prise en compte en ces matières.

## FONCTIONNEMENT DU CHSCT

Les CHSCT procèdent à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les travailleurs, à l'analyse des conditions de travail, à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposées les femmes enceintes ainsi qu'à celle de l'exposition des salariés à des facteurs de pénibilité.

Le CHSCT est présidé et animé par le chef d'établissement ou son représentant. Dans la fonction publique hospitalière, les représentants du personnel sont issus des organisations syndicales représentatives, en fonction des résultats obtenus au Comité Technique d'Etablissement (CTE). Un secrétaire du CHSCT est élu parmi ces représentants. Les médecins sont représentés par un médecin (ou plusieurs selon les établissements) issu de la CME et élu désigné par cette dernière. Siègent aussi, mais sans droit de vote, des membres de la direction, la médecine du travail, l'inspecteur du travail...

Le CHSCT se réunit au moins 4 fois par an. Il doit réaliser autant de visites qu'il se réunit.

Les membres du CHSCT peuvent déposer un droit



## ALARME



## RÉSISTANCE



## ÉPUISEMENT.

Copyright Marc Chalvin - <http://chalvin.free.fr/>

CHALVIN -

d'alerte quand un danger grave et imminent est constaté pour les salariés. Le Directeur doit consigner cet avis sur un registre spécial, qui est à la disposition des membres du CHSCT et qui doit pouvoir être consultable à tout moment.

Suite à un dépôt d'un droit d'alerte, s'il y a divergence sur la notion de danger, le Directeur dispose de 24 h pour convoquer un CHSCT extraordinaire.

Toute tentative portant atteinte aux missions, au fonctionnement, à la composition ou au renouvellement du CHSCT, pourra relever du délit d'entrave, défini à l'article L4742-1 du Code du Travail.

Le CHSCT peut demander le recours à une expertise extérieure en cas de risques graves pour la santé des salariés ou d'un projet important de l'employeur modifiant les conditions d'hygiène, de sécurité ou les conditions de travail. L'employeur doit alors prendre en charge les frais liés à cette expertise.

*Yves Rébufat, Vice-Président du SNPHAR-E*

## L'avis du SNPHAR-E

S'il existe une instance compétente pour s'occuper des conditions de travail et des expositions aux risques professionnels (pénibilité), qui possède les moyens juridiques et réglementaires de les contrôler et qui peut obliger l'employeur à mieux prendre en compte ces risques, c'est bien le CHSCT.

Les médecins y sont représentés, mais souvent leur représentant, du fait de sa désignation par la CME, n'a pas la même légitimité que les représentants du personnel. Il ne représente pas les médecins au CHSCT mais représente la CME dans cette instance, avec toute la réserve que cela peut impliquer.

L'aspect de la légitimité démocratique prend ici tout son sens. Certes, les médecins n'aiment pas étaler au grand jour les difficultés de leur exercice car cela brise l'image du travailleur résistant et infatigable qu'ils aiment se donner. Pourtant, on ne peut plus nier la dureté des conditions de travail des médecins dans certains établissements, cela pour des motifs divers, manque d'effectifs, conflits, restrictions budgétaires, de personnels, accroissement de l'activité... Certains craquent, d'autres se révoltent, mais beaucoup se tournent vers les organisations syndicales car ils ne trouvent nulle part ailleurs (et certainement pas dans les CME) une écoute ou un conseil qui leur permette de passer le cap.

C'est parce que nous savons cela, que nous connaissons la souffrance de nos collègues et les conséquences parfois dramatiques que cela peut avoir sur leur vie et celle de leurs proches, que nous militons pour un CHSCT médical. Que ce dernier soit en dedans ou en dehors du CHSCT originel importe peu, mais il faut que les représentants des médecins soient protégés de toute influence, de toute pression, que leur parole soit libre et cela ne peut s'obtenir, pour nous, que par la légitimité des urnes.

Nous avons cru voir la porte s'entrouvrir lors du Pacte de Confiance mais il semble aujourd'hui que le pouvoir potentiel de cette instance effraie. De manière tout à fait paradoxale, on parle de plus en plus de nos conditions d'exercice du ministère à l'Assemblée Nationale, des ARS jusque dans certains hôpitaux. Alors, le grand saut, c'est pour maintenant ?

## Modifications de l'arrêté de la permanence des soins : Où en sommes nous ? Qu'est ce qui va changer ? Que reste-t-il à obtenir ?

Les modifications de l'arrêté de la permanence des soins de 2003 obtenues dans l'urgence après que nous en ayons appelé à la Communauté Européenne pour non respect de ses directives sur le temps de travail des médecins hospitaliers, devraient sortir en novembre.

Ce n'est que le début du toilettage de ce texte ; n'ont été traités que les articles 4 et 14 concernés par le rappel à l'ordre de l'Europe. Des concertations devraient suivre sur la globalité de l'arrêté sur la permanence des soins, visant à lui redonner cohérence et simplicité.

- mise en place de registres de temps de travail ;
- rôles de la COPS, de la CME et du service de Santé au Travail.

*Nicole Smolski, administratrice du SNPHAR-E*

### LES GRANDES LIGNES DES MODIFICATIONS ATTENDUES À LA PUBLICATION DE NOVEMBRE 2013 :

- une contractualisation systématique et obligatoire du temps de travail additionnel (que celui-ci soit prévisible ou ponctuel) ;
- garantir toute absence de préjudice en cas de refus du praticien de réaliser du temps de travail additionnel ;
- offrir la possibilité pour le praticien de dénoncer le contrat avec un préavis d'un mois ;
- décompter le temps de travail effectif effectué en astreinte en temps de trajet et temps d'intervention ;
- au choix du praticien, intégrer le temps de travail réalisé en astreinte dans les obligations de service ou le rémunérer sous forme de temps de travail additionnel ;
- garantir le repos quotidien après le dernier déplacement en astreinte ;
- instaurer une règle de conversion pour le décompte en heures du temps d'intervention avec forfaitisation du temps de trajet (2H maximum par nuit, 30 mn aller et 30 mn retour) ;
- réaliser le décompte horaire du temps réalisé au-delà de 48h ;
- prévoir des dispositions de mise sous contrôle du système ;

### L'avis du SNPHAR-E

Pour tous les praticiens travaillant en astreinte, et ils sont nombreux, c'est une grande avancée, puisque désormais le temps de travail sera reconnu comme du temps et plus seulement de l'argent, que le temps de trajet sera lui aussi compté, et que le repos de sécurité après déplacement sera garanti.

La mise en œuvre sera compliquée car de nombreuses interprétations voient déjà le jour : nous travaillons déjà à la rédaction de la Circulaire d'application, et la voulons la plus précise possible, pour éviter les conflits locaux.

En l'état il reste des zones de fragilité à lever. Selon les modes de calcul, le PH peut se retrouver en négatif sur ses obligations de service : s'il a travaillé une demi-journée en deuxième partie de nuit, son repos de sécurité de deux demi-journées, effectuées le lendemain, le mettra en négatif sur ses obligations de service. Rapporté à une année, cela peut causer des problèmes majeurs.

Enfin, il reste dans la suite des discussions à faire valoir que le temps de nuit de 14 heures vaut moins que le temps de jour de 10 heures. C'est une injustice totale qui doit être réparée.

C'est ce que nous allons porter lors des prochaines séances de concertation avec la DGOS.

# Programmation opératoire

Contrairement à ce que pensent beaucoup de médecins et chirurgiens intervenants dans les blocs opératoires, l'organisation, la gouvernance et la programmation opératoire sont très encadrées.

## Références réglementaires

- Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 - Article D. 712-42, abrogé et remplacé par l'article D6124-93 du CSP toujours en vigueur.
- Circulaire du 17 novembre 1998, fixant les priorités en matière de santé publique et d'organisation des soins.
- Circulaire du 16 novembre 1999, relative à la campagne budgétaire pour 2000 des établissements sanitaires financés par dotation globale.
- Circulaire DH/FH/ n° 2000-264 du 19 mai 2000, relative à la mise en place des conseils de bloc opératoire dans les établissements publics de santé.
- Code de Déontologie médicale – Articles R4127-1 et suivant du CSP.
- Recommandations de l'Ordre National des Médecins concernant les relations entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens, autres spécialistes ou professionnels de santé, réactualisées en décembre 2001.
- Recommandations du Conseil National de la Chirurgie, septembre 2005.
- Manuel de certification HAS 2010 – Critère 26a.

Depuis 1994, de nombreuses instances se sont penchées sur cette entité qu'est le bloc, pour en organiser son fonctionnement ; non seulement pour essayer d'y maîtriser les dépenses, mais aussi pour assurer la sécurité des patients. Nous avons souhaité rappeler ces références réglementaires, qui sont bien sûr opposables aux directions hospitalières en cas de dysfonctionnement aigu ou chronique des plateaux techniques. En ces temps incertains où l'on confond efficacité, performance et rentabilité et où la notion de qualité se traduit le plus souvent par un exercice parfois périlleux de communication à l'égard des patients et des usagers, il nous a semblé bon de rappeler ces règles qui font le plus souvent appel au bon sens, lui aussi de plus en plus souvent oublié.

## EN RÉSUMÉ

- Le conseil de bloc est obligatoire dans les EPS. Il doit y en avoir un par bloc existant et sa composition est fixée par la circulaire du 19 mai 2000.
- Le directeur arrête la composition du conseil. Un

chirurgien et un anesthésiste sont désignés sur proposition de la CME. Les membres sont désignés pour une durée de trois ans renouvelable.

- Le responsable du secteur opératoire est un cadre supérieur de santé ou à défaut un cadre de santé.
- Le président du conseil de bloc opératoire est le responsable de l'organisation du secteur opératoire.
- Cette instance doit se réunir au moins une fois par mois.
- Les missions du conseil de bloc opératoire doivent permettre la mise en place d'une organisation rationnelle du travail en tenant compte des moyens humains et matériels, de la réglementation relative au temps de travail, à l'exercice professionnel et aux règles de sécurité sanitaire et anesthésiques.
- La rédaction d'une charte de fonctionnement et d'organisation interne du bloc opératoire est obligatoire. Elle porte sur les 5 points de fonctionnement de l'équipe : la consultation d'anesthésie, le programme opératoire, le réveil anesthésique, les soins intensifs et la réanimation chirurgicale et l'hospitalisation.
- Le programme opératoire est réalisé conjointement par les chirurgiens, les spécialistes, les anesthésistes-réanimateurs et les responsables du bloc opératoire, en tenant compte des disponibilités de chacun.
- La programmation doit tenir compte du type d'intervention et des caractéristiques des patients.
- On ne peut imposer au médecin anesthésiste-réanimateur d'entreprendre plusieurs anesthésies simultanément.
- La gestion de ces urgences doit être définie à l'avance dans l'organisation générale du fonctionnement de l'établissement et du bloc opératoire

*Yves Rébufat, Vice-Président du SNPHAR-E*

# Une stratégie pour constituer une retraite

Les récentes propositions 2013 reformant les fondamentaux de la retraite nous imposent une réflexion pour proposer une stratégie différenciée en fonction des tranches d'âge.

Les principaux amendements proposés aux régimes des retraites :

- maintien du départ à la retraite à 62 ans ;
- allongement d'un trimestre tous les 3 ans pour les générations au-delà de 1956 ;
- pour atteindre une durée de cotisations de 43ans en 2035 ;
- la création d'un compte pénibilité inaccessible au PH ;
- fiscalisation du bonus de retraite pour les familles nombreuses ;
- augmentation des cotisations de 0,15 % pour les part salariales et employeurs.

Le SNPHAR-E n'a pas à juger de l'opportunité des réformes, **hormis le fait que le compte pénibilité ne s'applique pas à nous au motif que la fonction publique bénéficie déjà de mesures antérieures sur la prise en compte de la pénibilité...** Cette rectitude gouvernementale est un de nos motifs pour déposer un préavis de grève pour le 28 novembre 2013.

La stratégie que nous exposons ne présente une robustesse que si les fondements de notre système de retraite par répartition reste pérenne. Notre raisonnement repose en grande partie sur l'utilisation à bon escient du Compte Epargne Temps, des jours RTT et de leurs éventuelles monaitions....

## POUR LES GÉNÉRATIONS DE PH LES PLUS JEUNES ENTRE 35 ET 45 ANS

La stratégie usuellement préconisée pour cet intervalle générationnel est avant tout :

- l'acquisition d'une résidence principale, ce qui engage à un effort d'épargne car cet achat ne peut se réaliser sans l'obtention d'un prêt. La résolution du financement de la résidence principale est un atout majeur au moment de la retraite ;
- l'utilisation des jours RTT pour le rachat de trimestres de SS peut s'avérer utile pour atténuer la nouvelle durée de 43 ans de cotisations qui

concernera les générations nées en 1973. Le rachat de trimestres est conditionné par l'âge et le type de rachat. À 35 ans le rachat d'un trimestre se monte à 3499 euros, soit l'équivalent de 11 jours de RTT, de 4080 euros à 40 ans, soit 13,5 jours de RTT et à l'âge de 45 ans la valeur de rachat est de 4674 euros. Ce rachat est entièrement déductible du montant des revenus imposables ;

- la monétisation des jours RTT peut être utilisée sous la forme d'un PER (Plan Epargne Retraite).

Pour cette génération la capitalisation des RTT au-delà des 20 jours obligatoires, n'a ici aucun intérêt.

## POUR LES GÉNÉRATIONS ENTRE 45 ET 55 ANS

Pour cette génération les niveaux de levier sont multiples :

- outre l'acquisition de sa résidence principale ;
- l'utilisation des jours de CET, au-delà du 20<sup>e</sup> jour peut faire l'objet d'une indemnisation à 300 euros (article R. 6152-807-3 du Code de la Santé Publique), pour être investis :
  - soit dans un plan retraite par capitalisation de type Préfon. Le montant capitalisé par an est entièrement défiscalisable. Mais la Préfon a comme inconvénient un faible niveau de rendement annuel et une obligation de sortie sous la forme d'une rente,
  - soit dans un PER Populaire, dont le plafond disponible de capitalisation est défini par l'avis d'imposition de l'année précédente. Cette épargne est déductible des revenus imposables. Pour les PER, les taux de rendements sont compris entre 3 et 4,1 % par an. La sortie se fait sous la forme d'une rente viagère et/ou sous la forme d'un capital dont le montant ne peut excéder 20 % des sommes investies.

Pour cette génération, **l'objectif de la constitution d'un complément par une retraite par capitalisation est essentiel.**

## POUR LES GÉNÉRATIONS ENTRE 55 ET 65 ANS

Pour les générations entre 55 et 65 ans, (générations 1958-1948) il convient à notre avis de privilégier la qualité de la fin de carrière, car notre profession présente un haut degré de pénibilité :

- d'où la stratégie de se servir du compte épargne temps. Il est astucieux d'avoir capitalisé un maximum de jours (208 jours) pour pouvoir bénéficier d'une longue période de congés préalable à la cessation complète d'activité ;
- une autre solution serait d'anticiper 2 ans avant votre départ, une demande d'exercer votre activité sous la forme d'un mi-temps tout en continuant à recevoir un salaire de plein temps ;
- si votre compte épargne temps capitalise déjà 208 jours, les 19 jours de RTT pourront être pris au fil de l'eau (pour lisser la pénibilité), ou il peut être astucieux de demander qu'ils soient indemnisés à la hauteur de 300 euros. Le capital ainsi récupéré peut être investi :
  - sous la forme d'un PER (plan épargne retraite) permettant une défiscalisation complète des sommes

investies. Il n'y a aucune part patronale qui viendra abonder ce PER *a contrario* des universitaires.

- sous la forme d'une assurance vie, mais il n'y a aucun bénéfice fiscal lors de la déclaration sur le revenu.

Pour cette génération l'utilisation au titre de congés des jours capitalisés sur le CET est le principal levier pour diminuer le niveau de pénibilité de notre profession.

Enfin, il convient de ne pas oublier la possibilité de demander d'une retraite progressive (Article R6152-94 Code de la Santé publique ) qui reste tout de même pénalisante par la baisse de 30 % du niveau de cotisation à la tranche B d'Ircantec. Le départ à l'âge légal de la retraite est définitif à 62 ans.

Quelle que soit votre situation et la date de votre départ en retraite, le niveau de pension se doit d'être anticipé pour ne pas être déçu.

*Patrick Dassier, Didier Réa, administrateurs du SNPHAR-E*

## AGENDA DU CA

Dépôt d'un préavis de grève des soins pour le 28 novembre

### SEPTEMBRE 2013

<b>6 Septembre</b>	Conseil d'Administration du SNPHAR-E
<b>17 Septembre</b>	Avenir Hospitalier auditionné par la mission sur l'intérim médical à l'Assemblée Nationale
<b>18-21 Septembre</b>	Permanence des administrateurs du SNPHAR-E sur le stand professionnel au congrès de la SFAR
<b>19 Septembre</b>	Rendez-vous Avenir Hospitalier avec Marisol Touraine
<b>23 Septembre</b>	Présence à la présentation de la stratégie nationale de santé au ministère
<b>25 Septembre</b>	Observateur à l'ANFH au CDPCMH

### OCTOBRE 2013

<b>6-9 Octobre</b>	Séminaire du Conseil d'Administration
--------------------	---------------------------------------

### NOVEMBRE 2013

<b>21 Novembre</b>	Réunion Avenir Hospitalier à la DGOS
<b>25 Novembre</b>	Réunion de négociation à la DGOS
<b>27 Novembre</b>	Participation colloque EHSP sur dialogue social au ministère santé
<b>29 Novembre</b>	Journée sécurité anesthésique : « Dormez, nous veillons sur vous » conjointement avec le Ministère de la Santé et la SFAR. le SNPHAR-E appelle à participer à cette journée dans les établissements.

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

# Être écouté : ça peut aider ! Un Numéro vert à la disposition des anesthésistes réanimateurs

**P**our tous les professionnels de l'anesthésie réanimation 24 h / 24 (Médecins et IADE) le CFAR ([www.cfar.org](http://www.cfar.org)) offre un nouveau service depuis le 1<sup>er</sup> octobre : le numéro vert . En effet, comme leurs confrères d'autres spécialités, les anesthésistes réanimateurs peuvent rencontrer des difficultés d'ordre ou à retentissement psychologique : épuisement professionnel, troubles anxio-dépressifs, conduites addictives, situations de harcèlement, perturbations dans la sphère privée,... Le déni collectif et des pratiques d'automédication pour faire face retardent une prise en charge adaptée et efficace et majorent l'isolement.

**N°Vert 0 800 00 69 62**

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE



Certains événements peuvent altérer votre bien-être, votre qualité de vie et votre exercice professionnel.

Si vous rencontrez des difficultés professionnelles ou personnelles (épuisement professionnel, conduites addictives, idées noires, isolement, situations de harcèlement, crises, perturbations dans la sphère privée...).

Un professionnel de l'écoute

(psychologue clinicien diplômé soumis au code de déontologie de la profession) vous répond de manière entièrement anonyme et confidentielle.

## Le mot du Président du CFAR

Le CFAR se réjouit de cette avancée qui apparaît comme d'utilité certaine, dans le prolongement des constatations révélées par l'enquête nationale de 2010. Si l'esprit collégial qui anime notre communauté, ainsi que la commission Santé des Médecins Anesthésistes Réanimateurs au Travail, ont pu favoriser l'accomplissement de la mission initialement confiée en 2009 par Annick Steib, nous en sommes fiers et ravis. Ce travail étant accompli, il reste à faire : notamment développer au-delà du numéro vert les autres éléments du plan d'action. La commission SMART caresse aussi l'idée d'un pont jeté entre la vocation DPC du Collège et la thématique des risques psychosociaux. Ce qui est d'ores et déjà clair, c'est que travailler à la qualité des soins et à l'amélioration des pratiques suppose en préalable le maintien en santé des professionnels.

Jacques Fusciardi, Président du CFAR

## Le mot du Président du SNPHAR-E

LA PRÉOCCUPATION DU SNPHAR-E POUR LA SANTÉ AU TRAVAIL EST CONNUE DE LONGUE DATE. C'est pourquoi, en 2009, nous avons salué la création de la commission SMART par le CFAR qui a su mobiliser toutes les composantes de la spécialité autour d'un projet qui aboutit aujourd'hui. À présent, grâce à la mise en place d'un numéro vert et des ressources qui lui sont associées sur le site du Collège, les professionnels de l'anesthésie réanimation, médecins ou IADE, du secteur public et du secteur libéral, peuvent appeler gratuitement, avec garantie d'anonymat, un professionnel compétent, formé à l'écoute, lorsqu'ils se trouvent isolés dans une souffrance psychologique. Ce service, également ouvert à leurs proches, apparaît alors comme une véritable action de santé publique quant on sait la fréquence des témoignages de souffrance et de pathologies non dites par défaut de lieux d'écoute et les conduites suicidaires parfois abouties quand l'entourage s'est trouvé impuissant à les prévenir.

LE SNPHAR-E APPORTERA SON CONCOURS POUR LA DIFFUSION LARGE DE CE SERVICE.

Le SNPHAR-E se félicite de cette initiative fédératrice pour la spécialité puisqu'il en va du mieux-être professionnel. Cependant, comme l'ont d'ailleurs plusieurs fois souligné ses concepteurs eux-mêmes, il ne saurait être question de trouver là un moyen facile pour se dédouaner à bon compte. L'amélioration des conditions de travail, les efforts d'organisation et de promotion de la santé professionnelle, le soutien social, l'humanisation des relations au travail et l'information des acteurs, souvent insuffisante en ce domaine, sont toujours de vraies priorités et des enjeux pour toute organisation syndicale. Le SNPHAR-E entend poursuivre ce chemin. Elargir l'accès à ce type de services qui devrait logiquement concerner l'ensemble des spécialités semble une nécessité avec la création, à terme, d'un véritable programme national d'aide et de soutien aux professionnels de santé. Il faut, en la matière, combler le retard français et, comme toujours, la spécialité apportera ses idées et son énergie. Dans cette attente, si le Numéro Vert et les ressources associées, aujourd'hui intégralement financés par le Collège, s'adressent à tous les professionnels de l'anesthésie réanimation et, pour cette raison, à eux seuls, l'Observatoire de la Souffrance au Travail mis en place depuis trois ans sur le site du SNPHAR-E continuera de répondre aux demandes des autres spécialistes, membres du syndicat.

Bertrand Mas, Président du SNPHAR-E



## Interview de Max-André Doppia, Vice Président du CFAR, secrétaire général adjoint du SNPHAR-E

**PHAR-E : Le N° Vert a été mis en place par le Collège : pourquoi parlez-vous d'un service « intégré » ?**

**MA Doppia :** En parcourant les pages SMART VIE-PRO, dédiées à ce nouveau service intégré sur le site du CFAR ([www.cfar.org](http://www.cfar.org)), on comprend qu'il ne faut pas réduire cette initiative à la seule ligne téléphonique. Au contraire, il s'agit d'un ensemble de ressources associées dont le but est d'apporter une aide sous des formes multiples (soutien, orientation) et d'accroître l'information des professionnels de l'AR sur l'épuisement professionnel, les consommations abusives, les moyens de trouver des solutions, par exemple, avec le réseau d'addictologie qui se constitue. C'est exactement ce qui se fait dans d'autres pays où l'objectif est de rompre le silence de ceux qui sont en difficulté ou en souffrance. Notre approche pragmatique nous a aussi incités à ouvrir l'accès à l'entourage. Notre collaboration avec la société prestataire PSYA est efficace.

**PHAR-E : Faciliter la parole ?**

**MA Doppia :** Le recours direct à un soutien psychologique comporte une première dimension individuelle. En effet, vis-à-vis des autres, dans un bloc, une réa ou un service d'urgence, il n'est culturellement pas simple et il peut même être risqué pour un professionnel de se montrer affaibli, fatigué physiquement et, à plus forte raison, en cas de difficultés psychologiques. Cette souffrance enferme. Permettre de se reconnaître tel et se donner les moyens de l'exprimer anonymement, pour s'autoriser ensuite à consulter est important. L'autre dimension est plus collective : partager un numéro vert, c'est aussi implicitement reconnaître que l'autre existe et a le droit à considération et soutien. C'est aussi pouvoir regarder différemment des difficultés qu'on rencontre et qui impliquent le collectif pour dégager des pistes d'amélioration. On pense ici à l'organisation des rythmes de travail, à ce que d'aucuns nomment la justice organisationnelle dans la répartition des tâches, des pauses ou des gardes, par exemple. Mais il peut aussi s'agir d'une absence de communication dans une équipe ou de conduites inappropriées dont on sait aujourd'hui qu'elles sont clairement en cause dans la survenue de troubles de la santé dont le *burn-out* n'est qu'un parmi d'autres. Pour les managers ou les leaders d'équipe, les ressources que nous mettrons progressivement en ligne permettront de mieux comprendre et d'expliquer des dysfonctionnements dans une approche plus systémique et donc plus efficace. Enfin, nous souhaitons promouvoir le recours aux services de santé au travail car, comme vous le savez, seuls 40% des PH s'y rendent. Quant aux libéraux, c'est bien pire puisqu'ils n'y ont pas du tout accès...

**PHAR-E : Vous proposez des autotests, pourquoi ?**

**MA Doppia :** C'est un moyen de faire le point lorsqu'on s'interroge sur ses consommations, sa fatigue, son sommeil, etc. Le test de Maslach (MBI) sur le *burnout* permettra, espérons-le, à la majorité d'entre nous de constater qu'ils n'en sont pas affectés (60 %). Et puis, dans une équipe, ces tests peuvent être une occasion de faire un bilan et de se poser ensemble de bonnes questions. Progressivement, le site sera enrichi de documents très didactiques qui compléteront les recherches bibliographiques que nous proposons déjà sur la thématique de la santé des professionnels.

**PHAR-E : Pensez vous pouvoir aller plus loin ?**

**MA Doppia :** Bien entendu ! En quatre ans, un gros travail a déjà été fait par la commission SMART que j'anime et je tiens ici à lui rendre particulièrement hommage. Nous avons travaillé dans un très bon esprit d'équipe et ça devrait continuer. Que faire en cas d'accident médical grave qui est toujours un traumatisme énorme pour celui qui est impliqué en première ligne et pour l'équipe ? Une réflexion urgente s'impose aussi sur le suicide et sa prévention ou, hélas, sur ce qu'il convient de mettre en place au sein de l'équipe lorsque ce drame survient... Nous travaillerons avec les médecins du travail pour définir une sorte de Carnet de Santé Professionnelle en anesthésie. Est-il normal de ne pas mieux bénéficier d'un dépistage des troubles sensoriels, de troubles CV ou du sommeil etc. pour une spécialité comme la nôtre avec ses contraintes propres ? Il s'agit là typiquement d'une réflexion collégiale que nous devons avoir. Toutes les forces de la spécialité doivent s'y atteler.

**PHAR-E : La commission SMART semble accorder une attention particulière aux plus jeunes, pourquoi ?**

**MA Doppia :** Il est démontré que 30 % des internes vivent un épisode dépressif avéré durant leur Internat. 12 % ont, ou auront, des idées suicidaires. Or, cette population jeune est en situation de fragilité particulière (déracinement de sa région, parfois rupture affective, plongée dans un milieu clos où les egos sont très forts, le travail très intense, souvent émotionnellement et physiquement épuisant) avec finalement assez peu de moyens pour se dire en difficulté et surtout, trouver de l'aide. Le numéro vert est aussi fait pour eux et nous comptons mener une campagne spécifique d'information par divers canaux dont les coordonnateurs du DES et des organisations propres aux Internes. La rédaction d'un livret d'information spécifique est une évidence car il faut informer tôt et entretenir les connaissances sur les mécanismes du débordement ...

**PHAR-E : Alors, bientôt un DPC « RPS » en anesthésie réanimation ?**

**MA Doppia :** Oui, c'est aussi un projet. Nous avons encore du pain sur la planche. Des contacts sont d'ores et déjà pris pour commencer à travailler avec les personnes et les institutions ressources dans ce domaine. La spécialité n'en manque pas, que ce soit au CFAR, à la SFAR, à la Collégiale ou au cœur des organisations syndicales du public ou du libéral. Tout le monde a à gagner à ce que la santé au travail soit mieux prise en compte. On sait bien que les coûts sociaux augmentent et que la qualité des soins baisse lorsqu'on néglige ces aspects. On ne soigne bien que lorsqu'on est soi-même bien soigné ...

**PHAR-E : Des débuts prometteurs...**

**MA Doppia :** Chacun peut être fier de ce que notre spécialité met en place. Le fait que nous soyons associés aux IADE avec le SNIA est un bel exemple de coopération. Une belle reconnaissance aussi : le PAMQ(\*) et le PAIMM(\*\*) nous ont déjà apportés leurs encouragements et nous sommes prêts à envisager l'élargissement de ce service à d'autres spécialités : des contacts sont d'ailleurs déjà en cours.

(\*) <http://www.pamq.org>

(\*\*) <http://paimm.fgaleata.org>

# Pénibilité : les personnels hospitaliers oubliés ?

La pénibilité du travail est un débat actuel, notamment par rapport aux retraites et à l'espérance de vie qui augmente chaque année. Plusieurs secteurs d'activité en France méritent attention quant à la réorganisation de leurs horaires et de leur temps de travail. Serge Volkoff, ergonomiste au Centre d'Etudes de l'Emploi, spécialiste de la pénibilité (Directeur de recherches associé au Centre d'Etudes de l'Emploi et membre du Centre de Recherches sur l'Expérience, l'âge et les populations au travail), a accepté de répondre à nos questions, afin de tenter de définir la place des praticiens hospitaliers au sein de ces secteurs « pénibles ».

**PHAR-E : Etes-vous surpris que les médecins mettent en avant la pénibilité de leur métier, là où auparavant celle-ci faisait partie d'une considération sociale qu'ils revendiquaient d'ailleurs ?**

**Serge Volkoff :** Je ne suis pas surpris par ce changement. La gestion des médecins, des soignants et de la pénibilité de leurs métiers, a récemment été mise en avant dans nos sociétés, alors qu'en France, pendant une partie du XX<sup>e</sup> siècle, de nombreux conflits sociaux, parfois au niveau international, ont incité à une législation de plus en plus favorable à la qualité de vie des salariés.

Les réformes ont d'abord porté sur la durée quotidienne (limitée à 10 heures à Paris et à 11 heures en province en mars 1848), puis hebdomadaire (le repos hebdomadaire obligatoire date de 1906). À partir de 1936, le législateur a visé la généralisation des congés payés, ainsi que l'instauration de la semaine de 40 heures. Ces lois n'ont pas toujours été bien appliquées. Mais, si la durée annuelle du travail était en moyenne de 3 000 heures pendant les premières décennies du XIX<sup>e</sup> siècle, elle n'était plus que de 1 600 heures par an vers 1990 et, conséquence des Lois Aubry sur la RTT en 1998 et 2000, elle avoisine à présent les 1 550 heures. Pour autant, on ne peut pas dire que l'emprise du temps travaillé sur la santé et la qualité de vie des salariés s'est réduite de moitié.

De tout cela les médecins n'ont jamais pu jouir. Cette « considération sociale » a insisté sur les disparités que cette évolution recouvre. Dans certains métiers hospitaliers et de la santé en général, les durées longues restent présentes : les médecins hospitaliers et les infirmières frôlent très souvent les 2 200 heures de travail. Encore qu'il s'agisse là de durées officielles.

Dans certains emplois, les dépassements sont courants : globalement, en 2010, 19 % des salariés français déclaraient travailler « tous les jours » ou « souvent » au-delà de l'horaire prévu, et ce sans compensation en repos (ni en salaire, d'ailleurs). Or, au terme d'une longue période travaillée, la fatigue s'accumule et les risques d'accident s'accroissent.

**PHAR-E : En définitive, pour les praticiens hospitaliers, mesurer leur temps de travail n'est-il pas devenu le seul moyen de réaffirmer une autonomie professionnelle mise à mal ces dernières années ?**

**Serge Volkoff :** C'est effectivement devenu un moyen de s'exprimer et de revendiquer de « simples » droits. Avant de réaffirmer une autonomie professionnelle, il faudrait déjà qu'elle existe réellement, qu'elle soit basée sur l'amélioration des conditions de travail et le respect de la réglementation des horaires. Comme je l'ai dit, certains praticiens hospitaliers explosent les chiffres, avec des heures de travail bien trop importantes et mal réparties.

Une accélération de la demande et l'intensification des travaux doivent être prises en compte.

L'hôpital public est lui aussi devenu une entreprise qui se doit d'être rentable et tous les employés sont concernés par cela. De ce fait, leurs actions pour faire entendre leurs voix doivent être concrètes et crédibles.

Il y a évidemment différents moyens de s'exprimer ; via les syndicats et les délégués du personnel par exemple, mais compter ses heures de travail constitue une preuve quasi irréfutable du labeur effectué. De plus en plus de personnels hospitaliers sont en situation d'isolement, c'est-à-dire que lorsque la col-

lectivité est inexistante, les employés vont tout simplement faire cavalier seul, dans l'espoir d'obtenir quelque chose plus rapidement.

**PHAR-E : Plutôt que la durée du travail, n'est-ce pas son contenu et le rapport que l'on entretient aujourd'hui avec la prescription du travail qui sont en question ?**

**Serge Volkoff :** La pénibilité a de multiples facettes et elle dépend de nombreux facteurs. La durée de travail ne peut être la seule piste explorée. La définition la plus simple de la pénibilité pourrait être « tout ce qui fait qu'un travail est vécu comme pénible par celui qui l'exerce ». C'est une définition très vaste, qui renvoie aux sensations et aux perceptions de la personne qui se trouve au travail, dans toutes les dimensions : physiques, mentales, psychiques, relationnelles, etc. On peut également considérer la pénibilité par rapport aux problèmes de santé ou aux déficiences des salariés dues ou non à leur vie professionnelle. Cette approche renvoie directement à la santé de chacun et aux dispositifs d'aménagement de postes, à la compatibilité des tâches, voire aux cas d'inaptitude.

Enfin, la troisième voie est celle dont on a beaucoup parlé lors du débat sur les retraites et qui peut donner droit à un départ anticipé pour cause d'exposition à des facteurs de pénibilité tout au long de sa vie personnelle. Dans ce cas, la pénibilité ne dépend pas de la situation du moment, mais de ce qui a été vécu au travail depuis le début de sa carrière professionnelle.

Il existe également des facteurs surplombants, qui sont au-dessus du contexte local. Cela peut être le caractère extrêmement mouvant des conditions de travail : avec l'idéologie du changement et la croyance dans le fait qu'il serait toujours bon, mais également l'idée que la « hâte au travail » est forcément positive. Nous pouvons réfléchir à ces facteurs « surplombants » et les remettre en cause comme nous le faisons en ergonomie : à l'intérieur même de ces contraintes, on va essayer de voir ce qu'il est possible d'aménager. Nous savons par exemple qu'il y a des conséquences à long terme du travail de nuit et, en même temps, nous savons l'aménager.

**PHAR-E : Autrefois, la notion de pénibilité du travail de nuit était exclusivement accolée aux métiers des secteurs de production industrielle. Les méde-**

**cins n'en parlaient jamais. Comment expliquer que la pénibilité du travail de nuit soit toujours aussi mal prise en compte pour les PH alors qu'elle est une évidence ?**

**Serge Volkoff :** Les métiers industriels, ou métiers « à la chaîne », sont vus comme des métiers pénibles dans le sens où ils demandent un effort physique non négligeable. Le travail de nuit apparaît donc plus pénible dans cette situation. Ils apparaissent également comme une torture psychologique dans la répétition perpétuelle des gestes effectués tous les jours. Dans l'imaginaire populaire, les médecins, eux, «

peuvent » travailler presque vingt-quatre heures sur vingt-quatre, comme des surhumains. La réalité des personnels hospitaliers est très abstraite pour ceux qui y sont étrangers. C'est pourquoi certains métiers qui demandent un engagement total devraient être les premiers concernés par un remaniement de l'organisation du travail et l'allègement des horaires de nuit continus, particu-

lièrement en milieu hospitalier, puisqu'il s'agit de soigner et de sauver des vies. C'est une activité qui demande une concentration sans faille et le repos est primordial dans ces cas-là.

Le manque d'effectif n'arrange rien, surtout lorsqu'il s'agit du travail de nuit. Très souvent, le même médecin assure des gardes de nuit enchaînées. Pourquoi ? Peut-être parce qu'il est le seul, ou du moins un des seuls, spécialisé dans le domaine en question. Le travail de nuit est une question réglementée pour à peu près tous les corps de métiers ; les médecins et le personnel soignant ont véritablement une activité à part qui demande un dévouement absolu. On en arrive à « oublier » de les considérer comme appartenant à un milieu touché par ce problème, alors qu'il est primordial de le signaler et de l'analyser, afin d'assurer une protection et un rythme sain aux personnels.

Un salarié, embauché dans une entreprise qui doit fonctionner 24h/24h et sept jours sur sept, comme c'est le cas dans les hôpitaux, sera confronté à des horaires de nuit et au travail le week-end. Et il vient un âge où cette flexibilité des horaires pèse sur la santé. Dans ces conditions, il peut se reconverter sur un poste avec des horaires diurnes réguliers, sans perdre de qualification, mais ce n'est pas toujours le cas. Il faut donc trouver des moyens d'accompagnement. S'il a eu accès à une formation efficace, c'est certainement ce qui lui permettra de se reconverter.

« Plusieurs types de contraintes existent de longue date ; ce qui est nouveau, c'est leur enchevêtrement. »

**PHAR-E : Peut-on imaginer maîtriser le transfert aveugle des méthodes de management issues du secteur industriel en milieu hospitalier ?**

**Serge Volkoff :** Le travail est une des causes de la souffrance... Et non pas « la » seule cause. Les travailleurs peuvent avoir leurs fragilités personnelles, leurs bonheurs et leurs malheurs extraprofessionnels, leur histoire, leur formation, leur santé... Toutefois, nous pouvons identifier certaines caractéristiques pathogènes du travail qui se retrouvent dans quasiment tous les types d'environnements, mais qui n'affectent pas tout le monde ou tout le monde en même temps.

Les connaissances scientifiques ne permettent pas de trancher entre parcours « pénibles » ou « non pénibles », mais jalonnent des démarches d'évaluation, nécessaires pour concevoir des dispositifs de compensation justifiables. Ainsi, on pourrait dire que le transfert des méthodes de management devrait être personnalisé selon les secteurs. Les mesures à prendre ne seront très certainement pas les mêmes en fonction du secteur, mais la démarche compréhensive des supérieurs hiérarchiques sera entendue par les salariés.

**PHAR-E : Vous avez démontré l'intensification du travail du milieu industriel ou des services : l'hôpital pourra-t-il supporter encore longtemps ce modèle de développement régressif ?**

**Serge Volkoff :** Pour les unités de travail hospitalier, on constate une intensification particulière. Au sein de ces services prévalent souvent des contraintes « domestiques ». Chacun est tenu de fournir des efforts pour ne pas pénaliser ses collègues, pour les aider, ou pour échapper à des jugements défavorables de leur part. On ne va pas dire « non » au collègue, au supérieur, voire au subordonné, qui demande qu'on reste un peu ou qu'on interrompe son travail pour lui donner un coup de main. Ces sollicitations ont pris de l'ampleur, même dans de grands hôpitaux, où de multiples efforts visent à responsabiliser les équipes en manque d'effectifs.

Plusieurs types de contraintes existent de longue date dans le monde du travail. Ce qui est nouveau, c'est l'enchevêtrement de ces contraintes. Or, elles sont parfois inconciliables et la hiérarchie ne peut pas les maîtriser correctement.

La gestion des contradictions est décentralisée, directement sur le poste de travail, ce qui explique partiellement l'intensification du travail.

L'hôpital en tant que structure pourra sûrement tenir bon quelques temps encore mais les salariés, eux,

seront, pour la plupart, dans des cas de souffrance extrême, due à la pénibilité non reconnue de leur profession.

Quant à leur vie hors travail, elle peut certes s'avérer délicate à organiser, du fait entre autres du besoin de sommeil, ou encore de l'habitude à prendre les repas à des heures irrégulières, anormales, ou, tout simplement, du fait d'une difficulté à être disponible au même moment que leurs proches, leurs amis, les membres d'un réseau social auquel ils appartiennent. Mais parfois, le temps libéré, lorsqu'on travaille « hors normes », facilite par exemple la prise en charge de certaines tâches domestiques. Face à ces aspirations multiples et disparates, il faut savoir apprécier alors les effets des systèmes d'horaires sur la santé et en débattre clairement, sainement, au sein des unités médicales hospitalières.

*Propos recueillis par Saveria Sargentini*

# « La double peine des femmes »

Plus de la moitié de nos confrères sont ... des consoeurs qui travaillent souvent à temps partiel et ont de fréquentes interruptions de carrière liées à l'éducation des enfants. Au moment de la retraite, ces différences de parcours professionnels amplifient les niveaux de pensions.

Christiane Marty, travaille depuis plusieurs années sur cette problématique de la féminisation et des retraites. Elle a publié cet automne deux ouvrages aux Editions Syllepse (en collaboration avec le conseil scientifique d'Attac).

Pour une synthèse efficace de ces deux livres nous recommandons l'article « La Double peine des femmes » paru dans le Monde Diplomatique en septembre 2013. Christiane Marty y explique que, dans notre modèle de protection sociale, les droits « complémentaires » d'épouse - mère au foyer, sont peu avantageux par rapport aux droits « directs » de l'homme qui travaille à temps plein.

Plusieurs rapports (Commission Européenne, Conseil d'Orientation des Retraites, rapport Moreau ; pour ne citer que ceux parus en 2013) montrent que l'évolution du mode de calcul des retraites, comme la prise en compte des vingt-cinq meilleures années (au lieu des dix auparavant) et l'allongement régulier de la durée de cotisation, pénalise particulièrement les carrières courtes ou incomplètes. La décote imputée aux trimestres de cotisation manquants touche plus les femmes que les hommes alors que les « trimestres gratuits » pour grossesse (majoration de durée d'assurance) ont été réduits dans le public comme dans le privé.

La France est au 6<sup>ème</sup> rang des pays Européens ayant l'écart de pensions le plus élevé entre hommes et femmes. Cet écart s'est encore aggravé de +10 % en cinq ans.

Les réformes menées depuis vingt ans ont augmenté la « contributivité » du système (poids des cotisations directes) en laissant toujours plus de place à la capitalisation et en faisant reculer les retraites par répartition. Les systèmes de comptes par points (comme l'Ircantec des PH) ou les comptes-notionnels à la Suédoise, participent à l'acceptation de cette contributivité croissante.

La part des mécanismes « redistributifs » (dispositifs familiaux, reversion au conjoint) a proportionnellement diminué ce qui désavantage surtout les retraités les plus modestes et en majorité les femmes.

Paradoxalement, explique Christiane Marty, certaines



mesures familiales (comme la bonification de 10 % des pensions pour parents de trois enfants) profitent surtout aux salaires élevés (donc aux hommes) et pérennisent l'assignation sociale des femmes aux tâches parentales.

La disparition du modèle familial « patriarcal » implique de renforcer les droits directs des femmes à une pension de retraite afin de garantir leur autonomie. Pour C. Marty et ses co-auteurs du conseil scientifique d'Attac, la retraite doit être un salaire « continué » plutôt qu'un salaire « différé ».

Des propositions techniques sont formulées (annulations des mesures antérieures défavorables ; proportionnalité des meilleurs années de salaire par rapport à la durée de carrière ; sur-cotisation patronale sur les temps partiels) visant d'une manière générale, à limiter le temps partiel « contraint » et stopper l'augmentation des durées de cotisation, au profit d'une réduction générale du temps de travail. Les politiques publiques doivent par ailleurs œuvrer à rééquilibrer la vie familiale et prendre en charge plus efficacement la petite enfance.

Autant de pistes à explorer pour favoriser l'égalité des carrières médicales hospitalières...

*Raphaël Briot, administrateur du SNPHAR-E*

## POUR EN SAVOIR PLUS

- 1 - Christiane Marty ; Le Féminisme pour changer la société, Attac - Fondation Copernic, Syllepse, 2013.
- 2 - Jean-Marie Harribey ; Christiane Marty ; Retraites, l'alternative cachée, Attac - Fondation Copernic, Syllepse, Paris, 2013.
- 3 - Christiane Marty ; « La double peine des femmes » ; Le Monde Diplomatique septembre 2013

# Le secret médical, Saint-Malo... et le reste...

Depuis l'instauration dans les établissements de soins du financement à l'activité par la T2A (Tarification A l'Activité), le recueil de cette activité constitue un enjeu de taille pour ces établissements publics et privés, puisque leurs budgets de fonctionnement en dépendent. Diverses stratégies ont été mises en place par les gouvernances locales, allant de la réorientation des activités vers les plus lucratives, à d'autres qui, à force de flirter avec la Loi ou la morale, conduisent à s'interroger sur des pratiques déviantes, sur ce qui les sous-tend et sur leurs conséquences.

## L'affaire de Saint-Malo

Le Dr Jean-Jacques Tanquerel a été évincé de son poste de médecin responsable du DIM au centre hospitalier de Saint-Malo, en dépit de ses compétences professionnelles et sans s'être rendu coupable d'aucune faute. Il contestait auprès de l'Ordre des médecins, du Sou médical et de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) l'autorisation donnée par la direction à une société extérieure d'accéder aux fichiers de résumés de sorties standardisées (RSS), non anonymisés, pour en vérifier le codage depuis décembre 2012.

Le recueil d'activité est sous la responsabilité de médecins spécialisés dans l'Information Médicale (médecins DIM), dont le rôle est de transformer l'activité en budget via un codage des actes, selon une nomenclature nationale, mais avec des différences d'appréciation qui sont le fait de toutes activités humaines. Ces différences d'appréciation peuvent être aplanies par des dispositifs dits d'optimisation du codage. Certains établissements ont choisi de renforcer leur équipe DIM en interne, en leur donnant les moyens de fonctionner. D'autres ont choisi d'externaliser à des officines privées l'ensemble de la fonction de codage ou uniquement l'optimisation de celui-ci.

**Quelle que soit la solution choisie, nos collègues médecins de l'information, qui subissent de très fortes pressions de leur administration, sont tenus par le Code de Santé Publique (Art R6113-5) au respect du secret médical et à la confidentialité des données qui peuvent sortir de l'hôpital.**

Dès juin 2011, certains médecins DIM, relayés par notre organisation syndicale et intersyndicale se sont

insurgés auprès de la CNIL et du Conseil de l'Ordre des Médecins contre les pratiques de certaines officines qui, sous contrat avec leur établissement, pratiquent une optimisation du codage au prix de la rupture du secret médical, le re-codage s'effectuant après intrusion dans les dossiers médicaux non anonymisés. Avec un objectif hautement inflationniste et un intérêt majeur à surcoder, ces officines sont rémunérées sur un pourcentage des sommes ainsi récupérées par l'établissement, et versées par l'Assurance Maladie (dans le cadre d'un budget global, l'ONDAM).

Cette rupture du secret médical, dénoncée fermement par le Conseil National de l'Ordre, a hélas perduré jusqu'à ce que la CNIL ne décide d'aller visiter les établissements pour vérifier que la confidentialité des données médicales soit bien respectée et rendre ainsi (enfin !) un avis très ferme. Avec au passage un énorme gâchis humain pour les médecins DIM, authentiques lanceurs d'alerte considérés comme gêneurs, et qui n'ont trouvé que leur syndicat pour les défendre.

L'affaire de Saint-Malo embarrasse fortement, par ses enjeux et ses conséquences, la CNIL qui a mis beaucoup de temps à rendre son avis, le ministère, qui vient de se saisir du dossier et entend le traiter au fond, ainsi que la communauté des directeurs d'établissements, qui ont recours en nombre à ces officines.

## LES EFFETS PERVERS DES RÉFORMES DE LA SANTÉ

Nous allons voir que cette affaire met crûment en lumière les conséquences et les effets pervers, voire délétères, des réformes de la santé. En effet, la rup-



ture de la confidentialité des données médicales, dressant vent debout les médecins DIM contre leur administration pour faire respecter le secret médical, représente la face cachée de l'iceberg. Il est nécessaire d'en décortiquer les tenants et les aboutissants.

### LA COURSE AU PLAN DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE DES ÉTABLISSEMENTS À TOUT PRIX

La réforme du financement des hôpitaux les a enfoncés dans des déficits artificiels, les services publics n'ayant pas pour fondement d'être rentables. Juger les directeurs des établissements publics de santé et indexer leur carrière sur leur capacité à parvenir à l'équilibre financier est un levier puissant. Mais ces déficits structurels ou historiques ont conduit certains directeurs à des options potentiellement déviantes, y compris le contournement de la Loi.

**Demander à des sociétés privées de fouiller dans les dossiers médicaux pour y découvrir le moyen de surcoder est une conduite à risque judiciaire.**

C'est aussi la stratégie du coucou, à savoir prendre aux autres sans souci des conséquences. Dans le cadre d'un budget national global contraint par l'ONDAM, chercher à gagner plus pour son hôpital, c'est diminuer ce qui reste pour les autres : stratégie individuelle d'une direction acculée à trouver de l'argent à tout prix !

### OPTIMISATION DU CODAGE OUI, SUR-CODAGE NON !

Certains collègues DIM ont pour consigne de fermer les yeux sur des cotations frauduleuses et contraires à leurs bonnes pratiques. Coder sous contrainte en soins palliatifs des patients qui n'en bénéficient aucunement, coder sous contrainte en néonatalogie tous les enfants de moins de 120 jours quel que soit leur service d'hospitalisation, coder sous contrainte en infection grave des patients qui présentent des infections banales, coder toutes les appendicites en péritonites, sont des exemples choquants de surcodage qui, pratiqués à l'échelle nationale, seraient d'insupportables insultes à l'Assurance Maladie.

On peut relever dans cette affaire de Saint-Malo une grande absente, pour l'instant en tout cas : la CNAM. Car enfin ces pratiques de surcodage, devraient être repérées par les audits de la CNAM. Pourquoi ne le sont-elles pas ? Comment peut-on hospitaliser 97 % des enfants en néonatalogie sans que cela ne se

remarque ? Comment peut on avoir autant de sépsis graves, avec un taux de guérison bien meilleur que dans un grand CHU ?

### LE NON RESPECT DE L'ÉTHIQUE ET DE LA DÉONTOLOGIE MÉDICALE

Il est intéressant de noter la rapidité et la fermeté avec laquelle le Conseil de l'Ordre a donné son avis sur les obligations juridiques du respect du secret médical alors que d'ordinaire il s'intéresse assez peu aux aspects hospitaliers de la profession...

### L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS

Notre identité, nos valeurs fondamentales de médecin qui, pour pouvoir prendre la bonne décision médicale, ne doivent pas être soumises à des pressions contradictoires notamment financières, sont fortement ébranlées par le problème global de la tarification à l'activité seul moyen de mesure de l'activité médicale. En effet, les médecins doivent désormais rentrer dans le cadre fixé comme rentable et subissent des pressions sans fin pour diriger leurs décisions vers le « performant », « l'efficace » et le mieux valorisé financièrement. Les pressions peuvent aller jusqu'à des mises au placard ou des obligations de changer d'activité professionnelle contre leur volonté. Défendre l'indépendance professionnelle des médecins n'est pas une réaction corporatiste, mais bien le reflet d'une construction historique nécessaire, car seule cette indépendance dans les décisions permet aux patients d'être sûrs qu'ils bénéficieront du « juste soin » et pas de celui prescrit par des gestionnaires.

### LA SOUMISSION DES CARRIÈRES MÉDICALES AU BON VOULOIR DU DIRECTEUR D'HÔPITAL ET À UNE GOUVERNANCE MÉDICO-ÉCONOMIQUE INFÉODÉE À CE TYPE DE MANAGEMENT

De plus en plus certains directeurs abusent des pouvoirs que leur ont conférés les dernières réformes. Désormais, quand un praticien est jugé gênant pour la stratégie interne de l'établissement, il est placardisé, harcelé, voire muté contre son avis sur des activités autres que son champ de compétence, ou mis à disposition d'autres établissements. Force est de constater que les tutelles administratives régionales et nationales prennent fait et cause pour les choix du directeur, sans que jamais le collègue ne puisse se défendre. On entend désormais que, seul le directeur

ayant pouvoir d'affectation, il peut décider du lieu où il fait travailler les médecins, sans aucun contre pouvoir autre que syndical, et ce même en dehors de leur champ de compétence. La « nouvelle gouvernance » lie les chefs de pôle, nommés par le directeur et les membres de droit des Commissions Médicales d'Établissements ; ils participent fortement à l'élection du Président de CME, peu autonome de fait puisque élu par des pairs nommés par ce même directeur !

Cette nouvelle gouvernance entièrement aux ordres d'un directeur, évalué sur ses capacités à faire vivre le plan de retour à l'équilibre financier, est une des conséquences de la Loi HPST. **C'est la consécration de l'alliance médico-économique au sein de certains hôpitaux ayant perdu de vue le vrai sens de l'hôpital public, à savoir soigner.** Ce sont désormais alliances et jeux de pouvoir, bien éloignés du Serment d'Hippocrate qui ont force de Loi, l'objectif principal étant le retour à l'équilibre financier à n'importe quel prix.

**Le métier de médecin DIM est un excellent reflet de ces contradictions :** travaillant sous la responsabilité du directeur, il est obligé s'il ne veut pas se voir renvoyé dans un poste où il ne désire pas exercer, de se soumettre aux injonctions, même contraires à son éthique ou sa déontologie. Il est absolument nécessaire que ce métier devienne une vraie spécialité, avec ses valeurs propres, son référentiel de bonnes pratiques et de morale, muni des moyens locaux de travailler correctement et d'une réelle indépendance vis-à-vis de la direction. Et pour y parvenir, une formation diplômante.

## L'ABSENCE DE RÉFLEXION AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PUBLICS OU PRIVÉS SUR LA GARANTIE DU SECRET MÉDICAL

L'informatisation des dossiers médicaux à grande vitesse, souvent menée par des informaticiens plus au fait des logiciels informatiques que des enjeux de société est un vrai problème.

Dans certains hôpitaux, l'édition des « journaux de connexion » est édifiante, quand on voit qui se connecte sur les dossiers des patients, sur quelle partie des dossiers et quels patients intéressent les pirates voyeurs. Les réunions régionales inter-établissements de « *benchmarking* », où les dossiers présentés ne sont pas anonymisés, ne sont pas moins problé-

matiques. C'est un vrai problème, qui n'a pas été anticipé.

**Il a fallu qu'un médecin DIM de St Malo, véritable lanceur d'alerte, soit sanctionné sans n'avoir jamais pu s'expliquer, en dehors de l'écoute et de la défense de son syndicat et heureusement de certains élus, pour que le dossier s'envenime, que la CNIL réagisse enfin et que tous ces problèmes arrivent sur la place publique, pour que la gravité des événements soit enfin perçue par les pouvoirs publics.**

Laissons l'administration centrale faire respecter la Loi, certes de façon tardive (nous alertons depuis juin 2011), mais faisons lui confiance. En revanche, notre collègue sanctionné doit pouvoir réintégrer son travail, et les autres ne subir aucune sanction pour avoir pris des positions courageuses et respectueuses de leur déontologie.

*Nicole Smolski, Président d'Avenir Hospitalier*

Cette affaire reflète fondamentalement la contradiction, que nous vivons au quotidien, entre nos missions de médecin et les conséquences des réformes de l'hôpital que celui-ci a subit depuis plus de 10 ans.

Ces réformes ont toutes eu pour objectif de mettre l'hôpital et la santé sur le domaine de la marchandisation, de la rentabilité et de la concurrence, *via* un management ciblé sur cet objectif.

Ces contradictions que vivent en ce moment au premier chef les médecins DIM, sont celles que tous les soignants ressentent.

Au-delà de la protection des lanceurs d'alerte, c'est l'ensemble des conséquences des réformes de la santé de ces 10 dernières années qui doivent être revues.

Le Pacte de Confiance qu'a lancé le Ministre est une belle idée, mais elle doit se concrétiser rapidement, sans quoi d'autres foyers semblables à celui-ci s'embrancheront.

# LES MODALITÉS GÉNÉRALES DU VOTE ÉLECTRONIQUE POUR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SNPHAR-E LE 10 JANVIER 2014

**D**epuis 2013, le renouvellement des administrateurs à l'Assemblée Générale se fait par vote électronique. Cette nouvelle méthode de vote fut un succès en janvier 2013 avec une grande participation des mandants du SNPHAR-E. Cette élection est accessible à tous, par internet (au domicile ou à l'hôpital), voire par l'intermédiaire d'un smartphone. Cette méthodologie de vote permet le vote par correspondance numérique et le vote par procuration classique le jour de l'AG (pas plus de 30 pouvoirs électroniques).

## Les modalités du vote

Ce vote électronique est utilisé lors de l'Assemblée Générale (AG), des Assemblées Ordinaires et Extraordinaires du SNPHAR-E pour l'élection des administrateurs du SNPHAR-E, l'approbation de modifications du statut du SNPHAR-E, l'approbation d'une modification du montant de la cotisation annuelle au SNPHAR-RE, et l'approbation d'éventuelles motions présentées par le CA du SNPHAR-E à la future AG.

**Pour l'AG 2014, il n'y a plus qu'un collège d'électeurs. Onze postes sont à pourvoir pour les neuf sortants anesthésistes-réanimateurs et deux postes pour les mandants des autres spécialités.**

**L'appel à candidatures pour le renouvellement des administrateurs est effectif à partir de début novembre 2013, soit plus 10 semaines avant le jour de l'AG du SNPHAR-E qui se déroulera le 10 janvier 2014 à l'HEGP.**

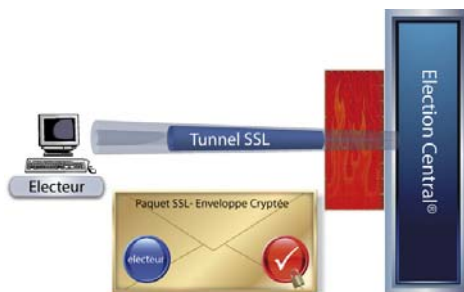
**Les candidatures (une page A4 avec photo) doivent être adressées au plus tard le 25 novembre 2013 (minuit) à la Secrétaire Générale du SNPHAR-E : Véronique AGAESSE**

**Les élections seront ouvertes le 4 décembre 2013 à 8H. La clôture du scrutin s'effectue à 14H30 le 10 janvier 2014 jour de l'AG.**

Le dépouillement de l'urne électronique se déroule immédiatement et les résultats sont communiqués sur le site du SNPHAR-E.

Le matériel de vote (identifiant et mot de passe) est communiqué aux mandants à jour de leur cotisation, par **courriel**. Pour les mandants qui cotisent entre le moment de l'ouverture des élections et la clôture du scrutin, ils reçoivent par courriel leur identifiant et leur code.

Les mandants se mettant à jour de leur cotisation le jour de l'AG reçoivent par **SMS** leur identifiant et leur code ; ils peuvent voter instantanément.



**Le vote s'effectue jusqu'à la clôture du scrutin (14H30 le jour de l'AG) par voie électronique depuis un ordinateur (personnel ou professionnel) ou par le biais de son téléphone mobile (smartphone). Une fois le vote effectué, le bulletin rejoint une urne scellée.**

## Les procurations sont toujours possibles.

Une procuration est possible en transmettant à une personne de confiance de son choix son identifiant et son code.

Un même mandant cotisant peut représenter **au maximum 30 mandants**, qui régularisent leur cotisation le jour de l'AG. Il recevra par SMS les identifiants et les codes concernés.

Une commission électorale, composée de deux administrateurs non candidats aux élections, suivra le bon déroulement du vote, du cahier d'émargement et de l'envoi en ligne du matériel électronique. La société prestataire assurera une assistance technique. En cas de perte du matériel de vote (l'identifiant et le code), celui-ci sera retransmis **par SMS ou par courriel** à l'intéressé.

**Lire page 17 les conditions de l'appel à candidatures**

# Loi TEPA : PH perdu ou perdant ?

Lorsque les débats parlementaires éclaireront le JUGE, la prescription quadriennale sur le dégrèvement d'office ou de restitution des impositions qui n'étaient pas dues aura agi. Histoire à feuilleton d'un mensonge d'État ? NON ! Une suite de réponses et de décisions incomplètes ? OUI.

Depuis bientôt sept ans\*, une question se pose toujours aux praticiens : la Loi du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat, abrégée « loi TEPA » peut-elle s'appliquer aux indemnités versées au titre du temps de travail additionnel effectif et réalisé au-delà de leurs obligations de service ?

Qu'y lit-on à l'article 81 quater : « *Sont exonérés de l'impôt sur le revenu : (...) 5° Les éléments de rémunération versés aux agents publics titulaires ou non titulaires au titre, selon des modalités prévues par décret, des heures supplémentaires qu'ils réalisent ou du temps de travail additionnel effectif ; (...)* ».

**Sont donc exonérées de l'impôt les indemnités qui ont été versées aux agents publics non titulaires au titre d'un temps de travail additionnel effectif et qui sont précisées selon les modalités prises par décret du premier ministre.**

## Qui a de tels éléments de rémunération en France (dits indemnités de temps de travail additionnel rémunérant des « plages » de temps de travail additionnel effectif) ? :

Les praticiens exerçant en établissements publics de santé, et uniquement.

## Que recouvre le temps de travail additionnel effectif ?

C'est un travail effectivement réalisé, constaté et arrêté par le directeur de l'établissement comme effectué au-delà des obligations de dix demi-journées hebdomadaires si le praticien est en demi-journées (c'est parfois bien au-delà des 48 heures hebdomadaires moyennées sur quatre mois) et si le praticien est en dérogation horaire et en temps continu, un temps de travail réalisé au-delà de 48 heures, durée maximale hebdomadaire définie par la directive 2003/88/CE (durée maximale que seuls en France les praticiens dépassent « volontairement »).

L'absence de plafonnement du gain fiscal peut être problématique en conduisant à des avantages pouvant être jugés disproportionnés, surtout dans des situations où le nombre d'heures supplémentaires n'aurait pas réellement augmenté (ce qui n'est pas le cas des praticiens).

Ainsi, la députée Valérie Boyer a posé au Gouvernement une

question écrite en juillet 2010 [2] relative à l'application de la mesure aux professeurs des classes préparatoires. « *Le dispositif de la loi TEPA leur permet de défiscaliser 30 000 euros sur un revenu annuel de 85 000 euros* », sans que le nombre d'heures supplémentaires ait été augmenté. » .

La réponse ministérielle n'infirme ni ne confirme ces chiffres. Elle s'est conclue par ces deux phrases : « *La loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat avait comme objectif d'instaurer une incitation forte à l'accomplissement d'heures supplémentaires. Même si elle a pu se traduire, dans certains cas, par des effets d'aubaine significatifs, le Gouvernement n'envisage pas actuellement de mettre en œuvre des mesures diminuant cette incitation.* »<sup>[1]</sup>

## Pouvons-nous douter que cette disposition de la LOI a été rédigée spécifiquement pour les personnels médicaux ?

**NON, nous ne doutons pas !** Il est à lire les rapports<sup>[2,3]</sup> éclairants des débats parlementaires de 2007 sur la Loi dite TEPA qui ont défini les éléments de rémunération versés aux agents publics au titre des heures supplémentaires ou du temps de travail additionnel effectif. Il est rapporté que : « *Comme on le sait, la notion d'agent public non titulaire n'a pas de définition légale et est essentiellement jurisprudentielle. (...) La notion de « temps de travail additionnel effectif » couvre le cas d'agents publics dont la durée de travail est organisée selon des périodes de temps ne reposant pas sur un décompte horaire, ce qui est le cas, en particulier, des praticiens hospitaliers. Ainsi, par exemple, et conformément à l'article R. 6152-27 du Code de la Santé publique, le service hebdomadaire des praticiens hospitaliers à temps plein est fixé à dix demi-journées, le praticien pouvant accomplir, sur la base du volontariat au-delà de ses obligations de service hebdomadaires, un temps de travail additionnel donnant lieu soit à récupération, soit à indemnisation.*»<sup>[2]</sup> et que « *La notion de « temps de travail additionnel effectif » couvre le cas d'agents publics dont la durée de travail est organisée selon des périodes de temps ne reposant pas sur un décompte horaire, ce qui est le cas, en particulier, des praticiens hospitaliers* »<sup>[3]</sup>.

\* « Rendez-vous dans dix ans » ou « Rendez-vous dans un autre monde ou dans une autre vie ... » Dans une récente décision du Conseil d'État du 10 janvier 2007 (Madame MARTINEZ, n°280217), le Conseil d'État juge que l'erreur de l'administration est sans incidence sur la légalité de la décision par laquelle un Ministre oppose la prescription quadriennale à la réclamation d'un administré.

**Pouvons-nous douter que les praticiens hospitaliers, personnels mentionnés à l'article L.6152-1 du Code de la santé publique exerçant leurs fonctions dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, et les personnels médicaux réglementés par l'article R.6152-1 et suivants du Code de la Santé publique soient des agents publics non titulaires (de la fonction publique) ?**

**NON, nous ne doutons pas !** Dans ces mêmes rapports sus nommés et en principe du droit, les personnels médicaux ont toujours été (jurisprudence constante du Conseil d'État) et sont définis (en référence, par exemple à la norme N4DS de la DADS-U, applicable depuis janvier 2012), avec le Code population d'emploi du salarié ou de l'agent : « **agents non fonctionnaires bénéficiant d'un contrat de droit public** » (personnel médical hospitalier), et sont donc considérés comme des agents publics sous statut spécifique et national d'emploi, non titulaire ... de la fonction publique.

**Pouvons-nous douter que l'absence de décret spécifique fait à leur statut spécifique ou que les dites indemnités n'aient été listées dans les éléments de rémunération du décret n°2007-1430 du 4 octobre 2007 appliquant aux agents publics l'article 1<sup>er</sup> de la Loi TEPA 2007-1223 du 31 août 2007, puissent valablement et légalement exclure ces revenus des personnels médicaux sus nommés du droit à exonération « TEPA » ?**

**OUI, nous doutons !** Une Loi n'a pas besoin d'un décret (fut-il précisé dans les dispositions de la Loi) pour prendre effet. Mais l'absence de textes réglementaires sur les modalités d'application de la Loi créera sans nul doute une insécurité juridique préjudiciable aux ayants-droit. Il est notamment incontestable que ces périodes de temps additionnel répondent à la condition fixée par l'article 2 du décret n°2007-1430 du 4 octobre 2007 concernant la mise en œuvre de moyens de contrôle permettant de comptabiliser de façon exacte le temps additionnel effectivement accompli.

**Pouvons-nous douter qu'un premier ministre puisse « naïvement » oublier de bien faire le dit décret d'application ?**

**NON, nous ne doutons pas !** légalement, il ne s'y risquerait pas. L'article 21 de la constitution de 1958 lui impose d'assurer l'exécution des lois. Mais par suite de la décision « absurde » de ne pas bien faire un décret, trois juges à Lyon ont considéré qu'il « *ne pouvait revenir sur le principe d'exonération ainsi défini par le législateur* »<sup>[4]</sup>.

**Pouvons-nous douter que la décision du premier ministre de ne pas publier légalement le dit décret puisse être interprétée par le juge suprême comme un acte « négatif et autonome » qui va au-delà de son pouvoir et qui n'est de son domaine de compétence ?**

**NON, nous ne doutons pas !** L'article 34 de la Constitution de 1958 liste les matières où seule la Loi dispose ; et la loi fixe les règles concernant : (...) l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement des impositions de toutes natures ; (...). Pour toutes autres matières, le premier ministre a un pouvoir dit « autonome » réglementaire et qui, en particulier, lui est donné par l'article 37 de la Constitution de 1958 et qui dispose que « les matières autres que celles qui sont du domaine de la loi ont un caractère réglementaire ». **Le Conseil d'État saisi par le Ministre de l'économie interprètera-t-il l'absence de décret légal fait par le premier ministre, lui même président du dit conseil, comme une faute de l'exécutif et ce lorsque, pendant cinq années, cette absence de publication du dit décret fit subir un préjudice financier aux ayants-droit ?\***

**Que fait un premier ministre qui « oublie » d'assurer l'exécution des lois ?**

Il commet une illégalité à la Constitution du 4 Octobre 1958 et porte seul la responsabilité du préjudice subi par les ayants-droit ; mais surtout, politiquement, il fait perdre définitivement la confiance en un État de droit.

**Que fait un Ministre de la Fonction Publique qui, répondant (tardivement) à une question écrite posée par un parlementaire (N° 3501 et N° 29069), parlementaire, qui lui-même a publié la Loi dite « TEPA » et en a lui-même débattu au sein de l'hémicycle pour en fixer la finalité et en limiter le périmètre, et qui lui affirme\*\*\* que les indemnités de temps de travail additionnel effectivement réalisé par les**

\*Le Conseil d'État annule pour incompétence les dispositions réglementaires intervenues dans le domaine de la loi (CE, Ass., 9 juillet 1971, Conseil national de l'ordre des pharmaciens, n° 76922), à moins qu'elles n'aient été prises sur le fondement d'une habilitation législative précise, dont il se refuse à contrôler la constitutionnalité. Depuis le 1er mars 2010, il peut toutefois être saisi d'une question prioritaire de constitutionnalité, sur le fondement de l'article 61-1 de la Constitution et de la loi organique n° 2009-1523 du 10 décembre 2009 prise pour son application, qu'il lui appartiendra de renvoyer au Conseil constitutionnel, si « l'incompétence négative » du législateur est de nature à porter atteinte aux droits et libertés garantis par la Constitution et si les conditions de renvoi posées par la loi organique sont satisfaites.

\*\*\* « La loi n° 2007-1223 du 31 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat, dite loi « TEPA », a créé, par son article 1er, l'article 81 quater du code général des impôts qui, dans son I-5° précise que sont exonérés de l'impôt sur le revenu les « éléments de rémunération versés aux agents publics titulaires ou non titulaires au titre (...) des heures supplémentaires qu'ils réalisent ou du temps de travail additionnel effectif ». L'expression « temps additionnel » concerne usuellement le temps réalisé par les praticiens hospitaliers au-delà de la limite de durée de travail hebdomadaire de 48 heures accompli par dérogation aux dispositions de la directive européenne sur la base du volontariat. Quant au décret n° 2007-1430 du 4 octobre 2007 modifié (...) Toutefois, il n'est pas fait mention, dans les vises de ce décret, des statuts des personnels médicaux hospitaliers, pris en application de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique et qui ne relèvent ni du titre I ni du titre IV du statut général des fonctionnaires. En conséquence, et dans la mesure où l'expression « les professionnels du secteur » désignerait cette catégorie de personnels, les dispositions de la loi du 31 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat ne s'appliquent pas aux périodes de temps de travail additionnel effectuées par les praticiens hospitaliers. ».



**personnels médicaux au-delà des obligations de service établi à partir d'un tableau de service arrêté par le directeur de l'Hôpital, et perçues par les praticiens au titre des articles R.6152-27, R.6152-23 et D.6152-23-1 du Code de la Santé publique, ne sont pas des revenus non imposables au titre de l'article 1° de Loi « TEPA », et lui-même article de la Loi se combinant (?) à l'article 1° incomplet du décret 2007-1430 pris en application de la dite Loi ?**

Un mensonge ? NON ! Il lui fait une réponse incomplète ou il démissionne.

### **Que fait un Ministre de l'économie en charge depuis mai 2012 des Finances Publiques ?**

Il les protège. Il utilise toutes les possibilités que lui offre le droit national pour limiter les conséquences financières sur les comptes de l'État d'une « erreur » (d'interprétation du droit) dans la doctrine fiscale en vigueur (sans décret publié ou « oublié » ou même incomplet, une Loi en vigueur produit son effet). Il peut demander, au Conseil d'État, la cassation de la décision N°12LY00065 de CAA de Lyon, car les conditions sont réunies pour que le Conseil d'État transmette le dossier pour avis au Conseil constitutionnel et ce dès lors que le champ d'application de l'article 81 quater I-5° du code général des impôts constitue une question de droit nouvelle présentant une difficulté sérieuse en raison de la contradiction existant entre l'article 1er du décret du 4 octobre 2007 et les débats parlementaires et se posant dans de nombreux litiges. Mais prudemment, le Ministre de l'économie a considéré que concernant la demande d'avis, le Conseil constitutionnel avait déjà jugé les dispositions conformes à la Constitution (N°2007-555 DC, 16 août 2007) et qu'il n'est sans doute pas nécessaire d'éclairer ce Conseil (garant de la Constitution) des agissements « douteux » de l'Administration .

### **Et enfin que fera le Juge suprême saisi ?**

« Eclairés des débats parlementaires », le Conseil d'État dira définitivement le droit des praticiens et ayants-droit lésés et fera ainsi jurisprudence.

La doctrine fiscale en la matière sera nouvelle avec une possibilité de rétroactivité pour les années de 2009 à 2012, à la condition stricte d'une demande expresse à son centre des impôts avant la date du 31 décembre 2013, au-delà de laquelle aucune réclamation ne sera possible. Il **sera nécessaire** d'avoir reçu explicitement un rejet ou une Décision Implicite de Rejet dans les deux mois suivants la réclamation.

### **La confiance ne se décrète pas, mais un décret aurait suffi, à lui seul, à la rétablir.**

*Pascal Campominosi*

#### REFERENCES

- [1] N° 3615 ASSEMBLÉE NATIONALE / CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958 / TREIZIÈME LÉGISLATURE / Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 30 juin 2011 / RAPPORT D'INFORMATION fait au nom du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation des dispositifs de promotion des heures supplémentaires prévus par l'article premier de la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat, dite loi « Tèpa » par MM. Jean-Pierre GORGES et Jean MALLLOT, Députés.
- [2] Rapports n°62 Carrez des débats parlementaires de 2007 sur la Loi dite TEPA
- [3] Rapport n°404 Marini des débats parlementaires de 2007 sur la Loi dite TEPA
- [4] Cour administrative d'appel de Lyon - 2ème chambre - formation à 3, 24/09/2013, N° 12LY00065

## Message important pour tous ceux qui ont fait du temps de travail additionnel (TTA) de 2009 à 2012

### TTA, défiscalisation et Loi TEPA : encore un épisode au feuilleton

Depuis la sortie de la Loi TEPA (abrogée depuis), permettant de défiscaliser les indemnités liées aux heures supplémentaires, nous vous informons que les différents avis juridiques convergent pour dire que le temps de travail additionnel des PH en est exclu, et que, bien que ce soit une injustice notoire, faire entrer les heures supplémentaires des PH dans cette Loi était risqué. Effectivement, plusieurs collègues ont subi des redressements fiscaux.

Un jugement très récent (COUR ADMINISTRATIVE D'APPEL DE LYON, 2ème chambre - formation à 3, 24/09/2013, 12LY00065 ) risque de tout changer.

En effet, ce jugement ouvre la porte à une défiscalisation possible pour les années 2009 à 2012, à la condition stricte qu'une demande expresse à son centre des impôts **AVANT la date du 31 décembre 2013**, au-delà de laquelle aucune réclamation ne sera acceptée.

Attention, il n'est pas sûr que cette disposition soit appliquée, le Ministère pouvant se pourvoir en cassation.

Nous avons alerté immédiatement le Ministère de la Santé, qui attend des consignes du Ministère de l'Economie.

Mais dès maintenant nous invitons les collègues qui ont perçu des indemnités de TTA pour cette période, à écrire rapidement à leur centre des impôts. Nous avons rédigé pour vous une lettre type (à télécharger sur le site du Snpahr-E). Ainsi vous prendrez date si le jugement de la CAA de Lyon est maintenu. Si vous n'envoyez pas de courrier d'ici fin décembre, vous ne pourrez y prétendre.



## Et si la bonne nouvelle n'était pas celle que l'on croit ?

« La bonne nouvelle » de l'allongement de l'espérance de vie est l'antienne (ou « élément de langage » en novlangue) que nous répêtent tels des perroquets les défenseurs des projets de loi qui se succèdent au fil des alternances politiques sur la réforme des retraites.

D'une part le calcul de l'espérance de vie est une moyenne prenant en compte la mortalité à tous les âges de la vie, et ce depuis la naissance. L'espérance de vie est une donnée statistique qui n'a de valeur qu'en terme démographique, et aucunement pour chaque individu, au parcours de vie singulier, soumis aux aléas génétiques, socio-économiques psychologiques, et à une plus ou moins grande pénibilité au travail.

Une forte mortalité infantile comme celle rencontrée dans les pays les moins développés fait chuter brutalement l'espérance de vie ; il n'est pourtant pas si rare de rencontrer de grands vieillards dans ces contrées.

À l'inverse, la qualité des soins périnataux des dernières décennies dans notre pays et ceux d'Europe de l'ouest, ont fait spectaculairement chuter la mortalité infantile et ont « boosté » les chiffres de l'espérance de vie vers le haut. Bien sûr il ne faut pas nier l'amélioration parallèle de la médecine pour les personnes à l'autre bout de l'existence.

À ce propos, comment comparer la QUALITÉ de vie entre 60 et 65, pendant laquelle (et même au-delà) nous serions contraints de travailler, avec celle d'une période d'espérance de vie (éventuellement) gagnée entre 80 et 85 ans, où nous jouirions (si nous y parvenions) d'un repos bien mérité sur un fauteuil roulant ou derrière un déambulateur ?

On sait aujourd'hui que la survie en bonne santé ne dépasse pas en moyenne 63/64 ans. Au-delà, l'autonomie de chacun ne fait que décroître, tandis que les contraintes des maladies et autres handicaps s'accroissent. Ces années « gagnées » au-delà de 80 ans n'auront jamais la même saveur que celles perdues comme jeunes sexagénaires...

Quand bien même, en admettant une durée de « survie » égale pour les générations futures à celles arrivant aujourd'hui à la retraite, il est fallacieux



d'affirmer que le décalage des années vers la vieillesse est une « bonne nouvelle ».

En revanche, la génération des papy-boomers qui alourdit aujourd'hui les caisses de retraite va massivement disparaître dans une quinzaine d'années : n'est-ce pas là la vraie « bonne nouvelle » ?

A-t-elle été correctement prise en compte? Pourrions-nous avoir un argumentaire digne de ce nom plutôt que d'être mis en face de soi-disant évidences prétendument adoucies par la « bonne nouvelle » de l'allongement de l'espérance de vie qui reste en tout état de cause hypothétique dans notre monde chaotique ?

*Richard Torrielli, Administrateur du SNPHAR-E*



## 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**

UNICANCER



## L'INSTITUT JEAN-GODINOT, CENTRE RÉGIONAL DE LUTTE CONTRE LE CANCER

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

(78 lits, 20 places en ambulatoire, 32 000 consultations/an - 2 blocs opératoires  
4 salles (1 IADE par salle) - dossier d'anesthésie informatisé)

RECRUTE

### UN PRATICIEN SPÉCIALISTE EN ANESTHÉSIE-RÉANIMATION



**Poste à pourvoir immédiatement**

**Contacts :**

- Direction Générale - Institut Jean-GODINOT - 1 rue du Général Koenig - BP 171 - 51056 REIMS CEDEX - 33 (0)3 26 50 44 87
- Dr Brigitte MAGET - Chef de service - 33 (0)3 26 50 44 22 - brigitte.maget@reims.unicancer.fr
- Mme HOLMES - DRH - 33 (0)3 26 50 44 67 - anne.holmes@reims.unicancer.fr

# CHUCaen

## Le CHU de Caen (Calvados)

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

RECHERCHE

4 MEDECINS

ANESTHESISTES REANIMATEURS

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



► pour le secteur de **CHIRURGIE VISCÉRALE ET ORTHOPÉDIQUE**

► pour le secteur **NEUROCHIRURGIE – ORL – CMF**

► pour le secteur de **GYNÉCOLOGIE – OBSTÉTRIQUE**

► pour le secteur **RÉANIMATION CHIRURGICALE**

**Candidature à adresser à :**

**Mathilde ESTOUR MASSON,**

Directeur des Personnels Médicaux

Tél : 02 31 06 30 16

Courriel : estourmasson-m@chu-caen.fr

**Pour tout renseignement,**

**contacter le Professeur Jean-Luc HANOZ**

Chef du Pôle « Réanimations - Anesthésie - SAMU - SMUR »

Tél : 02 31 06 47 36

Courriel : hanouz-jl@chu-caen.fr

## Necker - Enfants-Malades

L'hôpital universitaire Necker-Enfants malades (Paris 15ème)

### recrute des médecins anesthésistes-réanimateurs.

**Pour le secteur adulte.**

Le Pôle Adultes spécialisé (100 lits) est orienté vers les activités suivantes :

- réanimation polyvalente avec une expertise en hématologie et transplantation rénale, ainsi qu'une expertise innovante sur la prise en charge des arrêts cardiaques et la pose d'ECMO,
- expertise de la pose des différents types de cathéters centraux adultes.

**Pour rejoindre un établissement à la pointe de l'innovation, merci d'adresser votre candidature (CV + lettre de motivation) à :**

✉ e-mail : [secretariat.pcarli@nck.aphp.fr](mailto:secretariat.pcarli@nck.aphp.fr)

🌐 [www.recrutement-anesthesiste-neckers.aphp.fr](http://www.recrutement-anesthesiste-neckers.aphp.fr)



## Necker - Enfants-Malades

L'hôpital universitaire Necker-Enfants malades (Paris 15ème)

### recrute des médecins anesthésistes-réanimateurs.

Pour la maternité et le secteur d'anesthésie pédiatrique de son pôle mère-enfant en chirurgie pédiatrique spécialisée et en réanimation et surveillance continue chirurgicale.

**Pour rejoindre un établissement à la pointe de l'innovation, merci d'adresser votre candidature (CV + lettre de motivation) à :**

✉ e-mail : [secretariat.pcarli@nck.aphp.fr](mailto:secretariat.pcarli@nck.aphp.fr)

🌐 [www.recrutement-anesthesiste-neckers.aphp.fr](http://www.recrutement-anesthesiste-neckers.aphp.fr)



## CENTRE HOSPITALIER DE MEAUX (77)

50 km de PARIS - accès autoroute A4 - gare SNCF

RECRUTE POUR SON SERVICE D'ANESTHESIE

**1 Praticien Contractuel ou Praticien Hospitalier par voie de mutation**

à temps plein ou temps partiel

Poste à pourvoir rapidement

#### Présentation de l'équipe et du service :

Equipe de 16 anesthésistes réanimateurs.

Une garde de chirurgie de chirurgie générale et une garde obstétrique - SSPI ouverte H24.

#### Principaux segments d'activité identifiés en anesthésie :

- Bloc opératoire central : chirurgie viscérale, vasculaire, thoracique, orthopédique, ORL, stomatologie, OPH, gynécologie, urgences viscérales et traumatologiques, écho-endoscopies voie haute.
- Bloc obstétrical : urgences obstétricales et prises en charge de l'analgésie péridurale obstétricale.
- Anesthésie ambulatoire.
- Anesthésie en dehors du bloc : imagerie médicale pour actes diagnostiques ou thérapeutiques - endoscopies digestives.
- SSPI 24H/24.

Service en temps continu avec décompte horaire des obligations de service et respect du repos de sécurité les lendemains de gardes.

#### Adresser candidature avec C.V. à :

• M. le Dr Bruno GUILMIN - Chef du service d'anesthésie

e-mail : [b-guilmin@ch-meaux.fr](mailto:b-guilmin@ch-meaux.fr)

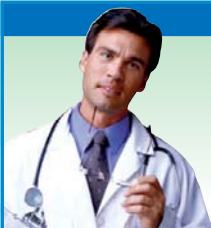
• Mme Nathalie GLAIN - Responsable des Ressources Médicales

E-mail : [n-glain@ch-meaux.fr](mailto:n-glain@ch-meaux.fr) - Tél 01 64 35 39 03 - Fax 01 78 71 41 28

C. H. de MEAUX - 6-8, rue Saint-Fiacre - B.P. 218 - 77104 MEAUX Cedex



au cœur de vos ambitions...



## LE CENTRE CHIRURGICAL MARIE LANNELONGUE

Établissement de Santé Privé d'Intérêt  
Collectif (ESPIC),  
hautement spécialisé dans le traitement  
des pathologies  
THORACIQUES et CARDIO-VASCULAIRES

recherche h/f :

## Médecin Anesthésiste Réanimateur

### Temps plein

- Activité de chirurgie thoracique, chirurgie cardiaque et vasculaire, chirurgie des cardiopathies congénitales, radiologie et cardiologie interventionnelle.
- Planning attractif, formation assurée.

Adresser lettre de motivation et C.V. au :

**Centre Chirurgical MARIE LANNELONGUE**  
**Mme CARPENTIER**

Direction des Ressources Humaines

133 avenue de la Résistance  
92350 Le Plessis Robinson

Tél : 01.40.94.87.95

E-mail : [recrutement@ccml.fr](mailto:recrutement@ccml.fr)



Marie Lannelongue  
CENTRE CHIRURGICAL

photos.fr

Pour mieux nous connaître : [www.ccml.fr](http://www.ccml.fr)



La clinique de l'Abbaye, établissement basé à Fécamp en Haute Normandie.

## ➔ Recherche un anesthésiste suite à départ en retraite.

L'établissement dispose de 69 lits MCO et 6 lits d'ambulatoire. Etablissement dynamique certifié sans réserve ni recommandation.

Doté d'un bloc opératoire de 6 salles d'interventions, la clinique réalise plus de 6000 interventions par an.

Spécialités : Chirurgie Viscérale - chirurgie bariatrique - chirurgie orthopédique - chirurgie ophtalmologique - chirurgie ORL - stomatologie - gastro-entérologie  
11 postes SSPI

Statut : praticien libéral - pas de droit d'entrée demandé - facilité d'installation (secrétariat - cabinet de consultation...)

Merci de contacter Sidonie COUTARD - Tel : 02 35 10 27 74 - Adresse mail : [direction@clinique-abbaye.fr](mailto:direction@clinique-abbaye.fr) - 104, avenue François Mitterrand 76400 FECAMP



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

## 2 ANESTHESISTES TEMPS PLEIN

au sein d'une équipe de 10 anesthésistes temps plein

Le CHI Elbeuf-Louviers est l'un des 5 établissements de référence de la région Haute-Normandie, situé à 20 mn de Rouen et 1h de Paris, disposant d'un plateau technique complet (2 scanners, 1 IRM, 7 salles de bloc opératoire et plus de 7000 actes opératoires annuels, 63 000 passages aux urgences) et toutes les principales disciplines médicales et chirurgicales.

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

Pour tout contact et  
candidatures :

- Aurélien DELAS - directeur des affaires médicales - 02 32 96 34 78 - [aurelien.delas@chi-elbeuf-louviers.fr](mailto:aurelien.delas@chi-elbeuf-louviers.fr)
- Dr Patrick MORIN - responsable du service d'anesthésie - 02 32 96 35 00 - [patrick.morin@chi-elbeuf-louviers.fr](mailto:patrick.morin@chi-elbeuf-louviers.fr)
- Rue du Dr Villers - St Aubin les Elbeuf BP 310 - 76503 ELBEUF



**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)



# Recherchons Anesthésistes en mal de mer



Situé sur le bassin de vie du littoral de la région Nord-Pas de Calais, le CH de Boulogne-sur-mer recherche ses **10<sup>ème</sup> et 11<sup>ème</sup> anesthésistes** dans le cadre de son nouveau bloc opératoire (14 salles)

Le Centre Hospitalier dispose de :  
1080 lits et places  
d'un service d'urgences  
d'un SMUR, d'une UHCD  
Une unité de chirurgie ambulatoire  
USIC, UNV, USIN, USC  
Réanimation polyvalente  
Plateau technique performant :  
2 scanners  
2 IRM (3ème en cours)



**Centre Hospitalier**  
Boulogne sur Mer

Merci de contacter  
la Direction des Affaires Médicales  
au 03 21 99 39 04  
dam@ch-boulogne.fr  
www.ch-boulogne.fr



Fondation **HOPALE**

[www.fondation-hopale.org](http://www.fondation-hopale.org)



## FONDATION HOPALE

Reconnue d'utilité publique - 1100 lits et places - 2500 salariés  
recherche pour L'INSTITUT CALOT de berck sur mer (62)  
département de chirurgie de 120 lits

### 2 MEDECINS ANESTHESISTES

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

#### Postes à pourvoir rapidement

##### Activité :

Chirurgie orthopédique membres supérieurs et inférieurs.  
Chirurgie rachidienne y compris infantile, chirurgie du handicap.  
Chirurgie ambulatoire stomatologie, endoscopie, ophtalmo.

##### 2 Blocs opératoires :

6 salles hyper aseptiques - 2 salles septiques.  
Plateau technique performant (IRM, scanner, gamma caméra, EOS).  
10 IADE - Astreintes à domicile.

##### Avantages sociaux :

Mutuelle santé, prévoyance, aide au logement, assurance RCP.

##### Cadre agréable :

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

**Contact Médical :** Docteur Frédéric NGOYI BUKASA

03 21 89 20 26 - frederic.ngoyibukasa@hopale.com

**Contact Direction Générale :** James FAUCOEUR

03 21 89 40 00 - jfaucoeur@hopale.com

## LE CENTRE HOSPITALIER DE JONZAC

(Charente Maritime)

Etablissement public de santé, situé au sud du département de Charente Maritime, à 75 kilomètres de BORDEAUX, au sein d'une ville thermale dynamique et touristique, gérant un hôpital général (médecine, chirurgie, urgences), des services de gériatrie (SSR et EHPAD) et deux secteurs de psychiatrie adulte, ainsi qu'un secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

## RECRUTE UN ANESTHÉSISTE

à temps partiel (70 %)

Avec présence effective 1 quinzaine sur deux.  
7 astreintes de nuit + 1 week-end en journée par quinzaine de travail.  
Tableau de service fixe, programmé à l'année.  
Etablissement sans maternité.  
Possibilité de logement.

Les candidatures, accompagnées d'un CV, sont à adresser à :

Monsieur le Directeur - CENTRE HOSPITALIER - B. P. 80109  
17503 JONZAC CEDEX

Tél : 05 46 48 75 01 - Fax : 05 46 48 75 00

Mail : direction.hopital@ch-jonzac.fr



Le Centre Hospitalier de Roanne Recherche

## UN PRATICIEN HOSPITALIER

temps plein en anesthésie et réanimation chirurgicale

Le service d'anesthésie situé dans un bâtiment entièrement neuf est doté de :

- 11 salles de bloc opératoire, dont 3 de gynécologie - obstétrique, 2 d'orthopédie traumatologie, 2 de digestif, 1 de vasculaire, 1 d'ophtalmologie, 1 d'urologie et 1 pour l'O.R.L. - stomatologie.
- 17 postes de réveil.

Toutes les salles possèdent un respirateur PRIMUS.

Il y a également 5 modules d'AIVOC, 3 modules d'ENTROPIE.

Le dossier anesthésie per et de SSPI est informatisé.

1 appareil d'échographie est dédié pour l'anesthésie loco régionale écho guidée.

L'équipe médicale est composée de 8 E.T.P. de médecins et 2 internes de C.H.U.

Le service est organisé en temps continu (rémunération de T.T.A.).

Pour tous renseignements :

• Docteur Alain CANNAMELA

Responsable du service d'anesthésie - réanimation

Tél. : 04 77 44 36 94 - alain.cannamela@ch-roanne.fr

• Madame Christiane MAZZARIOL

Responsable des affaires médicales

Tél. : 04 77 44 33 04 - christiane.mazzariol@ch-roanne.fr





## LE CENTRE HOSPITALIER DE MONTBRISON

### 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 passage/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 - jp.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 DE VIENNE (ISÈRE)

Ville de 30 000 habitants à 30 km au Sud de LYON

### RECHERCHE POUR SON SERVICE D'ANESTHESIE

Bloc neuf - Equipement complet.

4 salles + 1 salle césarienne + 1 salle endoscopie.

Maternité sur le même plateau 4 salles : 1950 accouchements (salle de césarienne dans le bloc).

Activité : 1200 endoscopies - 3200 blocs - 1400 anesthésie sous péridurale.

Orthopédie - viscérale - vasculaire - bariatrique - ORL pédiatrique - ophtalmologie - gynécologie

importante activité d'anesthésie loco régionale

Équipe de 4 praticiens + remplaçants service en garde sur place

# 1 PRATICIEN TEMPS PLEIN

Tout renseignement peut être obtenu auprès de :

Monsieur le docteur MAATOUGUI - Chef du pôle chirurgical - k.maatougui@ch-vienne.fr - 04 74 31 33 11/01

**Candidature (CV et lettre de motivation) sont à adresser à :**

Monsieur le directeur - BP 127 38209 VIENNE CEDEX - direction@ch-vienne.fr



## HOPITAUX 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 ALPES LEMAN (HAUTE-SAVOIE)

D'une capacité de 445 lits MCO proche Genève, permettant les communication internationales (aéroport), à proximité de Chamonix, dans un cadre agréable, proche important centre hospitalier universitaire, crèche pour le personnel.

### RECRUTE UN ANESTHESISTE REANIMATEUR TEMPS PLEIN

Pour compléter une équipe de 13 ETP.

Service de 16 lits de réanimation + 8 lits de soins continus - Garde séparée en anesthésie et réanimation - Temps médical continu.

Urgence et SMUR gérés par les médecins urgentistes.

CONTACT :

Dr Tesch - 04 50 82 26 65 - ktresch@ch-alpes-leman.fr

Centre Hospitalier Alpes Léman 558 - route de Findrol - BP20500

74130 CONTAMINE SUR ARVE







**CENTRE HOSPITALIER**  
CHALON SUR SAONE  
William Morey

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

Etablissement (inauguré en octobre 2011), organisé en 9 pôles chirurgicaux et médico-techniques, qui permet une prise en charge globale et optimisée des patients grâce notamment à un plateau technique complet et de pointe.

## RECRUTE

# ☒ Anesthésistes

pour renforcer son équipe de 9 praticiens

Le bloc opératoire est composé de 8 salles d'opérations intégrées, 1DRAÉGER et de colonnes embarquées TRUMPF, il assure la prise en charge de nombreuses spécialités chirurgicales et médicales : Chirurgies (viscérale, digestive, vasculaire, thoracique, endoscopie digestive, gynécologique, orthopédie et traumatologie, ORL, ophtalmologie), cardiologie interventionnelle, rythmologie,...

Le Centre Hospitalier dispose d'un service de réanimation (16 lits), de surveillance continue (8 lits), (9 réanimateurs dédiés à ce service) ; d'USIC (8 lits) et USINV (4 lits).

Pour tout renseignement, contacter :  
Monsieur le Docteur MARIOTTE Jean-Louis  
Responsable de service  
jeanlouis.mariotte@ch-chalon71.fr

Direction des Affaires Médicales  
Tél : 03.85.91.01.54 - ginette.gilliers@ch-chalon71.fr

Envoyer candidature et CV à :  
M. le Directeur du Centre Hospitalier  
4, rue Capitaine Drillien 71100 CHALON-SUR-SAONE  
Tél : 03.85.44.66.88 - Fax : 03.85.44.66.99



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

## LES HOSPICES CIVILS DE BEAUNE RECRUTENT

# UN MÉDECIN ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR

L'établissement compte 515 lits et places, répartis dans des services de MCO (211 lits), de Moyen séjour, et d'EHPAD. Il dispose d'un plateau technique moderne disponible H24, IRM.

Etablissement dynamique dans une zone géographique privilégiée (Lyon 1h, Paris 2h).

**Activité polyvalente en augmentation depuis plusieurs années :**

- Anesthésie (5000 actes par an).
- Maternité (800 accouchements par an).
- Soins Intensifs (6 lits).

Effectif de 14 infirmiers-anesthésistes, dont un présent H24.

Bloc opératoire récent de 6 salles. 11 postes SSPI. Echographie.

Gardes sur place, repos de sécurité, application de la réglementation sur le temps de travail, heures supplémentaires, congés de formation.

Equipe de 7 médecins anesthésistes-réanimateurs motivée.

Moyenne d'âge inférieure à 50 ans.

**Poste à pourvoir suite à une mutation.**



Les renseignements peuvent être pris auprès de :

- Mme Caroline BILHAUT - directeur-Adjoint chargée des ressources humaines et des affaires médicales - 03 80 24 44 01 - caroline.bilhaut@ch-beaune.fr
- Dr Benoît ORTOLO - chef du service anesthésie-réanimation - 03 80 24 46 55 - benoit.ortolo@ch-beaune.fr

Les candidatures, accompagnées d'un curriculum vitae détaillé et d'une lettre manuscrite, devront être adressées à :

Monsieur le Directeur  
Hospices Civils de BEAUNE  
Avenue Guigone de Salins - BP 40104 - 21203 BEAUNE CEDEX



## 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

Renseignements 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 hélicoptère

Réanimation médico-chirurgicale (10 lits Réa - 4 lits USC)

Cardiologie interventionnelle (24 lits cardio - 8 lits USIC) Néonatalogie niveau 2B

Urgences pédiatriques

Radiologie conventionnelle - scanner - IRM

Chirurgie générale, viscérale et digestive, orthop. & traumatologie, 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 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 dédié de 12 salles. Avec une activité de plus de 11 000 actes par an et 6 600 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

Anne-Cécile PICHARD, Directrice des Affaires Médicales

Tel : 02 98 52 61 41

Courriel : ac.pichard@ch-cornouaille.fr

Docteur Vincent DEVISME, Chef de service d'anesthésie

Tel : 02 90 94 42 16 ou secrétariat : 02 98 52 61 79

Courriel : v.devisme@ch-cornouaille.fr



PENNOSPITAL KREIZ-BREIZH

## 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.
- Equipe 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

Madame PRIOL

Direction des Affaires Médicales

02 97 79 00 68 - maryse.priol@ch-centre-bretagne.fr

## LE CENTRE HOSPITALIER DE LANNION (Côtes d'Armor)



Centre Hospitalier  
Pierre le Dumeny  
« LANNION-TRESTEL »



# RECHERCHE

### 2 PRATICIENS HOSPITALIERS

#### TEMPS PLEIN

Dans la spécialité suivante : **urgences**.

Service composé de 8 PH.

22 000 passages et 726 sorties SMUR.

Environnement attractif  
à proximité de la mer  
(côte de granit rose).

### 7<sup>ème</sup> Anesthésiste-Réanimateur

Hôpital, pôle d'équilibre du territoire 7.

Avec forte activité en orthopédie-traumatologie et de gynécologie-obstétrique (chirurgie carcinologique autorisée).

Garde sur place et unité de surveillance continue.

#### Candidature et CV à envoyer à :

Monsieur MONTAGNE - directeur des affaires médicales - BP 70348 - 22303 LANNION - 02 96 05 71 19 - sec-affairesmedicales@ch-lannion.fr



Site commun aux trois Centres Hospitaliers



## LE CENTRE HOSPITALIER ALPHONSE-GUERIN

56800 PLOERMEL

Etablissement Public de Santé situé en Bretagne à 30 min du Golfe du Morbihan et 60 Km de Rennes (200 lits MCO - 177 lits EHPAD 30 - lits USLD)

# RECHERCHE URGENTISTES

Pour son service d'urgences et son unité post urgences.

Travail en temps continu, heures additionnelles payées, unité d'hospitalisation post urgences de 12 lits.

Activité d'urgences polyvalente et diversifiée au sein d'une équipe dynamique.

Locaux agréables ouverts en 2005, conformes aux recommandations du cahier des charges de la SFMU.

Les candidatures sont à adresser auprès de : M. le Directeur - Centre hospitalier Alphonse Guéri - 7, rue du Roi Arthur BP 131 - 56804 PLOERMEL CEDEX  
Pour tous renseignements, contacter : M. le Dr CHERFAOUI - 02 97 73 26 26 - service urgences - tarik.cherfaoui@ch-ploermel.fr



# Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Capacité de 2800 lits, établissement de référence de la région Alsace - plateau technique complet et de pointe  
Agglomération dynamique dans un environnement particulièrement agréable.

## Recherchent deux urgentistes à temps plein

- Les urgences adultes reçoivent plus de 70 000 passages par an, sur deux sites, l'Hôpital Hautepierre qui est identifié trauma center régional et le Nouvel hôpital civil, qui dispose d'un plateau technique neuf avec filière spécifique cardio-pulmonaire. Le service est organisé en temps médical continu et chaque site comporte 2 lignes seniors et 5 lignes de garde d'internes.
- Recrutement en tant que contractuel, avec possibilité de titularisation par la suite.
- Possibilité de temps partagé avec l'Unité de Soins Continus respiratoires.
- Participation à l'enseignement des personnels médicaux et paramédicaux ainsi qu'à des formations universitaires diplômantes.
- Possibilité d'intégration dans l'Unité de Recherche EA 3072 « Mitochondrie, stress oxydant, protection musculaire » de la faculté de médecine ainsi que dans l'unité de simulation pédagogique de Strasbourg.

### Renseignements et candidatures :

M. le Professeur Pascal BILBAULT  
Chef de service des urgences  
03 88 12 86 82  
pascal.bilbault@chru-strasbourg.fr  
M. David MALLET  
Directeur du Personnel Médical  
03 88 11 62 05  
david.mallet@chru-strasbourg.fr



## LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE FRÉJUS/SAINT-RAPHAËL 240, Avenue de St Lambert - BP 110 - 83608 FREJUS Cedex

### RECRUTE UN PRATICIEN TEMPS PLEIN

Pour l'unité d'anesthésiologie qui dispose d'un bloc central récent et d'une activité de chirurgie ambulatoire, couvrant les activités de : chirurgie ambulatoire, gynécologie, orthopédie, obstétrique, ophtalmologie, traumatologie, urologie, et viscéral.

Pédiatrie à partir de 3 ans : 1650 accouchements, 70% de péridurale.  
Gardes sur place avec temps additionnel - Equipe au complet de 11 Praticiens.

**Adresser candidature et curriculum vitæ à :**  
Monsieur CROISY, directeur Adjoint DRH/DAM.  
Madame le docteur REYNAUD, responsable de l'Unité.



## LE CENTRE HOSPITALIER DE TULLE EN CORRÈZE

620 lits (répartis sur les secteurs M.C.O, psychiatrie et gériatrie)  
Plateau technique moderne  
Cadre de vie attractif - Accès routier facile : autoroutes A 89 et A 20

### RECHERCHE DEUX PRATICIENS SPÉCIALISTES

(Inscrits au conseil de l'ordre des médecins)

- **UN ANESTHÉSISTE - REANIMATEUR**  
Pour compléter son équipe de 4 anesthésistes
- **UN REANIMATEUR**  
Pour son service de soins intensifs polyvalents de 6 lits

### Lettre de motivation + CV à adresser à :

**Monsieur le Directeur  
Centre Hospitalier de Tulle  
3, place du Docteur Maschat  
19 012 Tulle Cedex  
Tél : 05 55 29 80 13**

**affairesmedicales@ch-tulle.fr**



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

Etablissement pivot du territoire de santé du Gers. Situé à 1h00 de Toulouse, la ville d'Auch conjugue art de vivre, convivialité et modernité. Elle jouit d'un patrimoine architectural de premier plan et offre de multiples activités de loisirs dans un environnement préservé et verdoyant. Centre hospitalier de 550 lits, 1100 agents dont 98 ETP médicaux. Maternité 2A, Bloc, Urgences, Chirurgies viscérale et orthopédique. Réanimation, Neurologie USINV et UNV, USC Cardiologie.

### RECHERCHE

- **UN MEDECIN ANESTHÉSISTE (H/F)** Pour son Bloc Opératoire (6 salles)
- **UN MEDECIN REANIMATEUR (H/F)** Temps Plein – Réanimateur Médical ou Anesthésiste-Réanimateur

**Service d'Anesthésie :**  
☑ 275 lits MCO  
☑ 5 000 Anesthésies pratiquées en 2011  
☑ 8 Infirmières anesthésistes DE  
☑ 6 salles de Bloc (2 ortho, 4 viscéral et obstétrique)

**Service de Réanimation :**  
☑ 8 lits de Réanimation avec ouverture prochaine de 4 lits de surveillance continue.  
☑ Plateau technique complet : échographe cardiaque + picco + hémodiafiltration .  
☑ Organisation du travail en temps continu .

**Contact Affaires Médicales  
05.62.61.31.02  
direction\_generale.secretariat@ch-auch.fr**

**Candidatures par courrier au centre hospitalier d'Auch en Gascogne  
Allée Marie Clarac BP382  
32008 AUCH Cedex**



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



Crédits photos - Fotolia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

\* tarifs 2013 sous réserve d'acceptation médicale

### 2 BONNES RAISONS DE CHOISIR PH SERVICES PREVOYANCE

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

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



## PH SERVICES PREVOYANCE

chez APRIL Entreprise Lyon - 1 place Verrazzano - CS 30621 - 69258 LYON cedex 09 - Tél. 04 37 46 46 87 - Fax 04 37 46 46 86

e-mail : [phservicesprevoyance@wanadoo.fr](mailto:phservicesprevoyance@wanadoo.fr)

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

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

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

SPÉCIALITÉ .....

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE .....

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

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