

PHAR^e

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

RECONNAISSANCE DE LA PÉNIBILITÉ : UN COMBAT POUR LA RENTRÉE

POINT DE VUE :
Comment se faire entendre ?
Le rôle du délégué syndical

ANALYSE PH, À VOS CALCULETTES :
LE COMPTE N'Y EST PAS !



Dr Yves REBUFAT - Président CHU de Nantes - Hôpital Laënnec - Nantes yves.rebufat@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Site web www.snphar.com	Ligne Directe : 02 40 16 51 47 Portable : 06 86 87 62 76
Dr Nathalie CROS-TERRAUX - Vice- Présidente Hôpital Général - Dijon nathalie.cros-teraux@snphar.fr	DPC Médecins en formation	Ligne Directe : 03 80 29 36 82 Portable : 06 81 58 27 95
Dr Veronique AGAESSE - Secrétaire Générale CHU d'Amiens - Centre St Victor - Amiens veronique.agaesse@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) FMC-DPC - Veille Syndicale	Standard : 03 22 82 40 00 Portable : 06 33 63 20 62
Dr Claude WETZEL - Trésorier Praticien Honoraire CHU de Strasbourg claud.wetzel@snphar.fr	Affaires Européennes	Standard : 03 88 12 70 77 / Fax : 70 74 Fax : 03 88 12 70 74 Portable : 06 60 55 56 16
Dr Patrick DASSIER - Trésorier-adjoint Hopital européen Georges Pompidou - Paris patrick.dassier@snphar.fr	Contentieux - Retraites	Ligne Directe : 01 56 09 23 16 Fax : 01 56 09 22 20 Portable : 06 03 69 16 63
Dr Samuel LEROY - Secrétaire Général Adjoint Hôpital du BELVEDERE - Mont Saïant- Aignan samuel.leroy@ch-belvedere.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Groupe Communication - FaceBook SNPHAR-E - Site web www.snphar.com	Ligne Directe: 02 35 15 62 54 Fax : 02 35 15 63 63
Dr Didier REA - Secrétaire Général Adjoint Hôpital de la Source - Orléans didier.rea@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Groupe Communication - FEMS	Ligne Directe : 02 38 22 96 08 Fax : 02 38 51 49 50 Portable : 06 75 02 32 23
Dr Wilfrid SAMMUT - Administrateur Centre Hospitalier Général - SAMU SMUR - Le Chesnay wilfrid.sammur@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (médecine) Conseil de Discipline (médecine) - SAMU-Urgences	Standard : 01 39 63 88 39 Fax : 01 39 63 86 88 Portable : 06 87 29 83 96
Dr Raphael BRIOT - Administrateur CHU - SAMU 38 - Grenoble raphael.briot@snphar.fr	Retraites - Urgences Représentation des médecins non-anesthésistes Relation avec les Universitaires	Ligne Directe : 04 76 63 42 86 Portable : 06 81 92 31 42
Dr Pascal CAMPOMINOSI - Administrateur CHI EAUBONNE Montmorency - SMUR pascal.campominosi@snphar.fr	Questions juridiques Réponses aux adhérents	
Dr Max Andre DOPPIA - Secrétaire Général Adjoint CHU Côte de Nacre -Caen max-andre.doppia@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Groupe Communication - Observatoire Souffrance au Travail CFAR	Standard : 02 31 06 31 06 / Fax : 53 81 Portable : 06 83 37 62 64
Dr Michel DRU - Administrateur Centre Hospitalier H. Mondor - SAMU 94- Créteil michel.dru@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Contentieux - Région parisienne	Ligne Directe : 01 45 17 95 10 Portable : 06 73 98 08 52 Fax : 01 49 81 21 99
Dr Jean Luc GAILLARD-REGNAULT - Administrateur Hôpital Jean Verdier - Bondy jean-luc.gaillard@snphar.fr	Relations avec le Conseil de l'Ordre des Médecins Relations avec les délégués Restructurations hospitalières	Standard : 01 48 02 66 66 / Fax : 60 06 Ligne Directe : 01 48 02 66 93 Portable : 06 71 14 74 72
Dr Jean GARRIC - Administrateur Hôpital Central - Nancy jean.garric@snphar.fr	Textes officiels - Retraites Administrateur CNG - FAQ Conseil supérieur des hôpitaux	Ligne Directe : 03 83 85 20 08 / Fax : 26 15 Portable : 06 07 11 50 13
Dr Louise GOUYET - Administrateur Hôpital Trousseau - Paris louise.gouyet@snphar.fr	Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) PH temps partiel - Qualité et organisation du bloc	Standard: 01 44 73 74 75 Ligne Directe : 01 71 73 89 60 Portable : 06 11 94 77 20
Dr Laurent HEYER - Administrateur Agence de la Biomédecine Saint-Denis laurent.heyer@gmail.com	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Groupe Communication Observatoire Souffrance au Travail - Veille syndicale	Ligne Directe : 01 55 93 65 50 Portable : 06 31 18 57 61 Fax : 01 55 93 65 55
Dr Pascal MENESTRET - Administrateur Hôpital de Ponchaillou - Rennes pascal.menestret@snphar.fr	Groupe Communication -Comité Rédaction PHAR Observatoire Souffrance au Travail Veille Syndicale - Comité Vie Professionnelle la SFAR	Ligne Directe : 02 99 28 90 74 Portable : 06 62 81 87 51
Dr Jacques RAGNI - Administrateur Hôpital Salvator - Marseille jacques.ragni@snphar.fr	Groupe Communication -Site web www.snphar.com Veille Syndicale -Newsletter	Standard : 04 91 74 42 82 Ligne Directe: 04 91 74 42 80 Portable : 06 82 35 77 16
Dr Nicole SMOLSKI - Administrateur Hopital de la croix rouge - Lyon nicole.smolski@gmail.com	Présidente de l'intersyndicale Avenir Hospitalier Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation)	Ligne Directe : 04 26 10 93 67 Portable : 06 88 07 33 14
Dr Richard TORRIELLI - Administrateur richard.torrielli@snphar.fr	Rédacteur en chef de PHAR-E Groupe Communication - IADE	Portable : 06 07 13 75 66

POINT DE VUE DE L'ACTUALITÉ	
Les dossiers de la rentrée.....	4
TÉMOIGNAGE	
La disparition d'un grand collègue et d'un ami cher.....	5
AVENIR HOSPITALIER	
Reconnaissance de la pénibilité : un combat pour la rentrée.....	6
JURIDIQUE	
Quand le travail s'arrête.....	7
CONTRE-COURANT	
De l'esthétique au travail.....	10
POINT DE VUE	
Comment se faire entendre ? Le rôle du délégué syndical.....	11
AGENDA.....	13
ANALYSE	
Le temps non clinique est un droit réglementaire à l'hôpital.....	14
AVENIR HOSPITALIER	
Quelles leçons tirer du mouvement collectif des sages-femmes ?.....	16
ANALYSE	
PH, à vos calechettes : le compte n'y est pas.....	18
LU POUR VOUS	
Tous motivés pas le service public ?.....	20
Enquête de l'InterSyndicat National des Internes (ISNI) : Les jeunes médecins sont-ils bien formés ?.....	21
TÉMOIGNAGE.....	21
PETITES ANNONCES.....	22

UNE RENTRÉE QUI S'ANNONCE CHAUDE

Après ces deux mois de repos et de torpeur estivale, nous devons nous remettre au travail.

Nous savons maintenant que nous ne changeons pas de ministre de tutelle, pas plus que d'orientation politique. L'équipe ne changeant pas, les promesses faites hier devront donc être tenues ! Nous y veillons.

Le projet de Loi de santé vient de sortir, il n'est pas encore passé devant les députés. Il n'y a aucune avancée ou presque. Des promesses du Pacte de Confiance, du rapport Couty (46 propositions) puis du discours de Madame la ministre du 4 mars 2013 (13 engagements) il ne reste quasiment plus rien. C'est le grand élagage ! Les édulcorants et les conservateurs (conservatismes?) ont largement dénaturé le plat de résistance !

Même les présidents de CME ne s'y retrouvent pas et menacent de démissionner en bloc !

Le temps de travail, n'en parlons pas, le temps additionnel non plus et le problème de l'intérim médical est abordé par le petit bout de la lorgnette et ne pose pas le problème essentiel de l'attractivité des carrières hospitalières.

Le pouvoir d'achat, le temps de travail, la revalorisation des carrières et de la permanence des soins sont au centre de nos préoccupations car ce sont les maillons faibles de l'hôpital public, particulièrement en ces temps de disette démographique médicale. Ces questions doivent donc être mises sur la table et des réponses concrètes apportées rapidement.

L'arrêté sur les astreintes paru en novembre 2013 peut en cela nous aider, car il réaffirme la durée maximale du temps de travail des praticiens hospitaliers et établit les règles de décompte du temps additionnel. Il faut arriver à un décompte horaire du temps de travail pour les spécialités ou les équipes qui le souhaitent, mais aussi à valoriser le delta 40-48 heures hebdomadaires, puis, pour ceux qui sont volontaires, ce qui est au-delà des 48 heures.

Le temps médical doit être sacralisé afin de ne pas être gaspillé et ne pas servir de variable d'ajustement dans un hôpital cloisonné et désorganisé. Nous n'acceptons pas d'être considérés comme des générateurs de T2A. Nos métiers sont complexes, précis et nous devons garder notre indépendance ainsi qu'une certaine liberté pour les faire bien. En cela nous nous insurgons contre les organisations de travail qui prévoient uniquement du travail posté sur des plateaux techniques avec des amplitudes journalières de dix heures ou plus. Cela est illégal, si les effectifs et les organisations ne permettent pas les arrivées en décalé, et contre-productif au sein des équipes, car les temps de partage et d'échange (staffs, RMM) sont alors réduits à néant.

À tous je souhaite une bonne rentrée. Nous, nous préparons la nôtre et elle pourrait être finalement plus chaude que l'été...

Yves Rébufat, Président du SNPHAR-E



ISSN : 1285-7254

Président du comité de rédaction :

Le président du SNPHAR-E

Rédacteur en chef : R. Torrielli

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

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

P. Ménestret - Y. Rébufat - W. Sammut - N. Smolsky

Éditeur : Ektopic

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

Directeur de publication : C. Mura

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

Impression : Imprimerie Imprimatur

Crédits photos :

Les dossiers de la rentrée

INSTANCE NATIONALE CONSULTATIVE

Nous souhaitons que le statut de PH et l'arrêté sur la permanence des soins soient revus de fond en comble. Pour cela, pour des raisons réglementaires, sur demande du Conseil d'Etat, il faut créer une nouvelle instance nationale représentative des praticiens hospitaliers où ce sujet pourrait être abordé. La création de cette instance sera précisée par la Loi de santé et plusieurs rencontres à ce sujet se sont déjà déroulées à la DGOS. Cela pose la question de la représentativité des syndicats au sein de cette instance et donc de la définition des critères de la représentativité syndicale médicale. C'est une question complexe où se mêlent les corps (hospitalier et hospitalo-universitaire), les statuts (titulaires, contractuels, et autres) et les spécialités. L'équation n'est pas simple à résoudre et pourrait être fratricide.

Nous souhaitons que les PH aient toute leur place dans cette instance. Il reste 2 ans et demie pour que cette instance prenne vie, car on ne sait pas ce que sera le prochain Gouvernement, et s'il aura autant la volonté de nous écouter, à défaut de nous entendre vraiment.

Il y a aussi derrière cette question celle des moyens syndicaux en temps et en argent. Les syndicats médicaux vivent des cotisations de leurs adhérents pendant que d'autres corps hospitaliers ont des locaux en plein Paris financés par les pouvoirs publics. Une telle différence de traitement est inacceptable.

TEMPS DE TRAVAIL

L'arrêté sur les astreintes est compliqué à mettre en place mais c'est une occasion unique de mettre le temps de travail médical au cœur des discussions, avec en arrière pensée la notion d'attractivité, si chère en ce moment aux spécialités en grande difficulté démographique. L'astreinte n'est que l'épiphénomène de ce qui aurait dû être depuis longtemps discuté. Il faut utiliser cet arrêté comme un prétexte et l'astreinte comme un cas d'école. La demi-journée qui peut apparaître comme un mode acceptable de décompte du temps de travail pour certaines équipes ayant encore une liberté d'organisation ne l'est plus dans celle où les contraintes de planning sont tellement prégnantes qu'il n'y a plus aucune liberté possible. Il faut donc, pour ceux qui le souhaitent, arriver à un décompte horaire du temps de travail en prévoyant une certaine souplesse et en incluant les activités institutionnelles, d'enseignement, de recherche, de formation, de partage, etc. C'est pour cela que l'on a choisi de travailler à l'hôpital public, pas pour produire de la T2A à la chaîne.

LOI DE SANTÉ

La future Loi de santé, dont les premiers textes seront bientôt examinés par l'Assemblée, ne répond en rien aux attentes des hospitaliers et ne propose aucun changement notable des règles introduites par la Loi HPST.

Il ne reste presque plus rien des 46 propositions faites à l'issue du Pacte de Confiance : le CHSCT médical, la démocratie au sein des pôles et de la CME, l'attractivité des carrières. Plus rien ! Du pacte il ne reste donc plus grand chose, mais de la confiance, il ne reste plus rien. Comme toujours en France, les lobbies se sont tellement agités en sous-main après la concertation que toutes les discussions ouvertes et publiques n'ont finalement servi à rien.

DPC

Rien de neuf en dehors de nouvelles propositions dans la future Loi de santé. Le bilan de la formation continue des médecins hospitaliers depuis dix ans est catastrophique. C'est à se demander s'il était vraiment indispensable d'élaborer toutes ces usines à gaz, qui n'ont jamais servi à rien. Après tout, les médecins d'aujourd'hui ne sont pas plus mauvais ni moins bien formés qu'il y a 10 ans. À quoi bon cette avalanche réglementaire ? Quel était l'objectif initial ? Est-ce encore celui-ci que l'on cherche à obtenir ou bien la justification de structures inutiles et coûtant très cher à la collectivité ?

ARTICLE 51 DE LA LOI HPST ET TRANSFERT DE TÂCHES

Nous souhaitons rappeler que l'ensemble de la spécialité d'anesthésie-réanimation, par l'intermédiaire du Collège National Professionnel, s'était prononcé contre un protocole de coopération qui prévoyait la mise en place de voies centrales par des personnels autres que médicaux. La HAS n'a pas jugé bon de tenir compte de cet avis et a autorisé ce protocole contre l'avis de la spécialité, ce que nous ne pouvons que regretter. À quoi bon demander l'avis des professionnels si c'est pour faire exactement le contraire ensuite ? Ces fausses bonnes idées pour augmenter la disponibilité des médecins et économiser du temps médical sont un non-sens. Si le temps médical est si précieux, pourquoi n'y a-t-il plus de secrétaires ou d'infirmières pour nous aider dans nos consultations, la rédaction des courriers et des comptes-rendus et la saisie du codage ? Pourquoi les médecins ont-ils le sentiment que plus rien n'est fait pour faciliter leur tâche ?

Yves Rebufat, Président du SNPHAR-E

La disparition d'un grand collègue et d'un ami cher

Il y a tout juste quarante ans, Roger Chacornac, un jeune médecin anesthésiste de 44 ans, prenait le pouvoir à la tête d'un syndicat encore modeste, celui du Cadre Hospitalier Temporaire d'Anesthésie-Réanimation. Il allait en faire le fer de lance du syndicalisme des médecins des hôpitaux publics, au travers de ce qui est devenu le SNPHAR, puis le SNPHAR-E.

C'est lui qui a impulsé la révolte de tous ceux qui œuvraient dans l'ombre des blocs opératoires et des réanimations sans que la qualité de leur travail ni leur importance professionnelle soient reconnues. Il a appliqué son inépuisable énergie, sa brillante intelligence et son indéniable charisme à une lutte sans merci pour donner sa juste place à la spécialité, et au-delà, à rendre leur dignité professionnelle à l'ensemble des médecins spécifiquement hospitaliers. Il sera de tous les combats et à l'origine d'acquis fondamentaux : l'élaboration et la rédaction du statut unique des PH de 1984, la rémunération correcte des gardes en 1985, le décret sécurité de 1994 et toutes les luttes pour une spécialité d'anesthésie-réanimation pleine et entière. Il n'hésitera pas à mener le syndicat à la grève, fait inédit pour des médecins, pour faire aboutir ses revendications.

Tout au long de ses années de présence au sein du Conseil d'Administration du SNPHAR aux différents postes qu'il a occupés, il sera particulièrement attentif aux conditions de travail, à la sécurité des patients, à la qualité des soins. Il avait une conscience aiguë de l'importance des facteurs humains dans notre activité quotidienne et du poids des responsabilités morales et médico-légales qui pèsent sur nos épaules. La responsabilité fut d'ailleurs le thème du premier séminaire du SNPHAR qu'il organisa à Lyon.

Dans le même temps, au sein de l'hôpital neurologique du CHU de Lyon, il participa au recrutement et à la formation des médecins anesthésistes-réanimateurs à la neuro-anesthésie, à la recherche clinique, et sera à l'origine de la création d'un service de soins intensifs post-opératoires, le SIPO. Il terminera sa carrière hospitalière comme chef du service d'anesthésie-réanimation de l'hôpital neurologique.

Enfin, il était soucieux au plus haut point de la couverture sociale des collègues. Il verra la nécessité de leur proposer un contrat d'assurance inventé par et pour eux, en cas d'incapacité ou d'invalidité professionnelle. Il ne cessera, jusqu'à ses derniers jours, d'en améliorer les conditions au travers de l'association dont il fut un des fondateurs, PH services, et qu'il présidait.

Tous les anesthésistes-réanimateurs des hôpitaux sont indéfectiblement attachés à sa mémoire et infiniment reconnaissants pour son action.

Nous pensons très fort à son épouse Françoise et à sa fille Juliette, à qui Roger va tellement manquer, comme à nous tous...

Richard Torrielli

Reconnaissance de la pénibilité : un combat pour la rentrée

Le dispositif de prise en compte de la pénibilité va s'inscrire, pour les médecins hospitaliers, sous une forme qui reste à définir puisque les discussions avec la DGOS sont en cours avec les intersyndicales.

Pour l'instant, ce dispositif n'est en voie d'application que pour les salariés du privé.

Si le SNPHAR-E n'avait pas haussé le ton très fort, notamment en posant un préavis de grève bien suivie par les « médecins de la nuit » en novembre 2013, nous en aurions été exclus de principe.

Si le dispositif destiné aux salariés du privé nous est appliqué et en cas d'exposition selon les critères reconnus dans le Code du Travail, nous pourrions bénéficier :

- d'actions de prévention et de possibilités de formation/reconversion pour limiter les situations d'exposition aux facteurs de pénibilité du Code du Travail.
- de compensation retraite selon le nombre d'années d'exposition au-delà du seuil retenu. Pour une exposition de 25 ans par exemple, les points acquis permettront, dans le secteur privé, l'acquisition de 8 trimestres de retraite, ou de 8 trimestres de réduction de temps de travail à mi-temps payé à temps plein.

Les facteurs de pénibilité sont uniquement ceux du Code du Travail, qui contiennent aussi bien une intensité de la pénibilité qu'une durée d'exposition. Ces deux critères d'intensité et de durée sont cumulatifs.

Parmi les facteurs auxquels nous sommes exposés, mettant en jeu notre santé et, d'après notre analyse, nous retrouvons essentiellement le travail en équipes alternantes et le travail atypique de nuit (horaires comprenant au moins 1 heure de travail entre 0 et 5H du matin associé à du travail de jour en alternance, au moins 50 nuits par an).

La définition du travail de nuit nous semble, hors cas très particuliers, difficile à atteindre pour nous qui alternons travail de jour et de nuit (au moins 120 nuits par an).

Certains d'entre nous seront exposés aux risques chimiques dangereux, y compris causés par les poussières et fumées au-delà de 150 heures par an et sans mesure de protection suffisante, ou par les activités en milieu hyperbare (intervention à plus de 1200 hPa, 60 fois par an), ou exposés au bruit (au-delà de

80 dB (niveau d'exposition du bruit à l'oreille) plus de 600 heures par an ou 135 dB (niveau de pression acoustique de crête) au moins 120 fois par an.

Après analyse, les autres facteurs retenus par le Code du Travail ne nous concernent pas.

Attention, le dispositif applicable au secteur privé ne prendra pas en compte les périodes passées, mais un dispositif pour les générations âgées de plus de 52 ans en 2015 est envisagé dans les discussions.

Le contexte global des discussions sur la pénibilité avec la DGOS, sous la bannière de notre intersyndicale Avenir Hospitalier, est très tendu.

Nous rencontrons en effet deux types d'obstacles :

- Le Ministère, *via* la DGOS, freine des quatre fers pour une transposition stricte du dispositif tel quel aux médecins hospitaliers. Aussi bien en termes de calendrier, tout est prétexte à annuler les réunions et à en déshabiller le contenu.
- Sur les cinq intersyndicales, seuls Avenir Hospitalier et la CPH sont convaincus de la nécessité de cette transposition aux PH. Les trois autres freinent également, prétextant que cette mesure sera cliquante entre les médecins qui travaillent la nuit et les autres, affirmant sans vergogne que les médecins travaillant la nuit sont d'éternels favorisés !

Pour Avenir Hospitalier, si effectivement toutes les pénibilités doivent être reconnues pour une prévention de leurs occurrences et de leurs conséquences, il est pour autant hors de question de ne pas voir décliner, pour les médecins exposés, un dispositif appliqué à d'autres salariés, aussi bien en prévention des effets secondaires qu'en possibilité de reconversion, qu'en aménagement pour la retraite.

Cependant, il est évident que nous nous dirigeons à grands pas vers un affrontement dès la rentrée : l'accouchement se fera au forceps et nous aurons besoin de l'engagement de chacun pour cette mesure d'équité stricte, car nous savons que la pénibilité et les retraites sont un sujet très sensible pour les PH.

Nicole Smolski, Présidente d'Avenir Hospitalier, membre du CA de SNPHAR-E

Quand le travail s'arrête...

Première partie : les indemnités journalières de la Sécurité sociale et l'IRCANTEC

Maladie ordinaire, longue maladie, maladie de longue durée, maladie professionnelle ou accident de service, voire maternité ou adoption... Quels sont les droits des praticiens hospitaliers ? Dans cette première partie, nous abordons les indemnités journalières (Sécurité sociale et IRCANTEC). Une seconde partie : le droit applicable aux différents types de congés (annuel, maladie, longue durée, maternité, formation) et leur combinaison sera publiée dans le prochain PHAR n°70.

La circulaire ministérielle n° 2869 du 18 décembre 1959, relative à l'affiliation à la Sécurité sociale des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux et hospices publics, dit que l'ensemble des administrations hospitalières a pris toutes dispositions pour qu'au 1^{er} janvier 1960, tous les médecins, chirurgiens et spécialistes, assistants, assistants d'anesthésie-réanimation en fonction dans les hôpitaux et hospices publics soient immatriculés à la Sécurité sociale et que tous les médecins hospitaliers soient affiliés au régime général de la Sécurité sociale. Le régime général est applicable aux intéressés au triple point de vue, assurances sociales, prestations familiales et accidents du travail.

Un grand nombre de praticiens, qui sont incontestablement agents publics, nous a fait part des difficultés qu'ils rencontraient avec leur administration hospitalière dans l'application des dispositions réglementaires en cas de maladie ordinaire, de longue maladie, de maladie de longue durée, de maladie professionnelle ou d'accident de service, voire de maternité ou d'adoption. Sur l'ensemble du territoire, pour les praticiens hospitaliers par exemple, l'applicabilité des articles R.6152-37 et suivants du Code de la santé publique est diversement interprétée par les directeurs et est source de litiges.

Des jugements ont fait la jurisprudence : le non-versement de la totalité des émoluments/Cour Administrative d'Appel de Lyon, 3^{ème} chambre - formation à 3, 31/01/2012, 11LY02261, inédit au recueil Lebon ; et le congé maternité avec le maintien du traitement ayant pour conséquence la perte du droit à exonération sur le revenu/Cour Administrative d'Appel de

Marseille, 4^{ème} chambre-formation à 3, du 25 novembre 2003, 00MA02076, inédit au recueil Lebon.

Certaines administrations hospitalières considèrent que les dispositions qui précisent que « *Le praticien en congé de maladie conserve la totalité des émoluments prévus au 1^o de l'article R. 6152-23, pendant une durée de ...* » doivent être comprises comme le versement par le comptable de l'établissement des émoluments mensuels habituellement perçus par les praticiens dans la proportion de 100 % ou 50 % prévue par la règle. Dès lors, par la subrogation, les établissements perçoivent directement les indemnités journalières. Les établissements sont subrogés de plein

droit dans les droits qu'ouvre en faveur des praticiens le régime de Sécurité sociale auquel ils sont soumis, c'est-à-dire que l'établissement fait l'avance des indemnités journalières. D'autres, en revanche, font des calculs complexes en opérant une retenue préalable par une diminution sur les émoluments mensuels de la valeur supposée des indemnités journalières de la Sécurité sociale, puis fournissent une attestation de salaire pour que les praticiens perçoivent directement lesdites indemnités journalières par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), puis reversent sur les émoluments mensuels suivants la différence et ce pour atteindre le montant initial des émoluments mensuels habituellement versés.

LES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET L'IRCANTEC

Selon l'IRCANTEC, les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale ne doivent pas être sou-

“
Le Code de la santé publique, en termes de maladie, est diversement interprétée par les directeurs...”

”

mises à cotisation IRCANTEC, qu'elles soient perçues par l'affilié ou avancées à celui-ci par son employeur (subrogation). Ne sont alors soumises à cotisations que les sommes versées par l'employeur en plus du montant des indemnités journalières et réellement supportées par l'établissement. Seul le caractère d'une rémunération doit être soumis à cotisation IRCANTEC. L'exclusion des cotisations IRCANTEC en cas de congé, fait par l'article 7 du Décret n°70-1277 du 23 décembre 1970 portant création d'un régime de retraites complémentaire des assurances sociales en faveur des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques : « VI. - La cotisation à la charge du bénéficiaire est précomptée mensuellement sur les émoluments dus à l'intéressé. // **En cas de congé accordé pour quelque cause que ce soit, les intéressés ne peuvent, pendant la période correspondante, effectuer le versement qu'autant que le congé considéré ouvre droit au paiement du traitement en totalité ou en partie.** // Toutefois, en cas de congé accordé pour cause de maladie, de maternité ou d'accident du travail, des points de retraite gratuits sont attribués aux bénéficiaires du régime (...) »

QUEL EST LE SENS AMBIGU DU TEXTE IRCANTEC CITÉ CI-DESSUS ?

Le terme « **congé accordé pour quelque cause que ce soit** » entend appliquer la disposition d'exclusion pour le congé maladie, mais le type de congé n'est pas précisé. Il pourrait tout autant être appliqué pour le congé annuel, le praticien continuant pareillement à percevoir pendant ladite période de congé annuel la totalité de ses émoluments.

Une interprétation stricte et absurde du texte inciterait alors l'administration à suspendre le versement des cotisations IRCANTEC et ce tant que la période des congés annuels court, puisqu'ils sont également *congés accordés* (...), ce qui n'est pas le cas dans les pratiques comptables des établissements de santé.

Les administrations gérant les personnels médicaux cotisants à l'IRCANTEC n'ont donc pas, en principe, à faire cotiser sur les indemnités journalières reçues de la CPAM, lesquelles ne constituent pas un avantage alloué par l'employeur. Les praticiens, subrogation ou pas, doivent-ils percevoir des indemnités journalières de la CPAM ? Et c'est bien la difficulté

comptable que les administrations ont à gérer avec les praticiens soumis aux cotisations du régime général de la Sécurité sociale et à la cotisation complémentaire et obligatoire IRCANTEC.

La Cour Administrative d'Appel de Lyon a précisé « *que les dispositions de l'article R. 323-11 du Code de la Sécurité sociale n'imposent pas à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de verser des indemnités journalières de la Sécurité sociale aux praticiens hospitaliers qui se trouvent en congé maladie* ».

COMPARONS LES DROITS

S'agissant des effets des congés de maladie sur la situation des agents fonctionnaires, avancement et retraite, le temps passé en congé de maladie, à plein ou demi-traitement, est pris en compte pour l'avancement d'échelon. **Il compte également pour la détermination du droit à la retraite et donne lieu à cotisations.** De plus, les fonctionnaires territoriaux, par exemple en congé maladie, perçoivent sous certaines conditions une indemnité différentielle destinée à com-

pensier la différence entre leurs avantages statutaires maintenus (la moitié ou les deux tiers du traitement) et les prestations en espèce prévues par l'assurance maladie du régime général. **Cette indemnité, versée aux agents titulaires à temps non complet, a le caractère d'une rémunération et doit être soumise à cotisation IRCANTEC.**

La retraite complémentaire IRCANTEC pour les personnels médicaux est obligatoire, ils ne peuvent s'y soustraire et elle est d'importance car elle fait partie pour les deux tiers de leur pension de retraite.

La règle statutaire des praticiens hospitaliers, et autres personnels médicaux ayant droit, est comparable à celle des agents fonctionnaires. En cas de congé maladie ou d'accident de service, elle est à la conservation des émoluments mensuels en totalité ou pour moitié ; **pour les arrêts de travail de moins de trente jours**, du fait de la diminution des émoluments mensuels liée au retrait des indemnités journalières de la Sécurité sociale, sur lesquels ils ne cotisent pas, et ce, sans que la mesure n'ait été prévue par la règle statutaire, alors même que la CPAM n'en a l'obligation de verser (CAA de Lyon n° 11LY02261) et que le principe général du droit pour l'octroi de l'a-

vantage le plus favorable n'est pas respecté. Les praticiens perdent des points IRCANTEC sur la tranche B (et parfois même sur la tranche A). Ils ne pourront demander l'attribution de points gratuits (tranche B) dans une opération de régularisation annuelle, que pour les arrêts de travail supérieurs à trente jours.

Les points gratuits ne sont accordés que si la durée de l'arrêt maladie est supérieure à trente jours (ex jour de carence compris). En dessous, aucune régularisation n'est faite par l'IRCANTEC, le praticien perdra donc le bénéfice des cotisations IRCANTEC tranche B (les meilleures) non calculées sur la retenue faite.

Les points gratuits sont calculés sur la partie de traitement non versée à l'agent du fait de son arrêt de travail et sur laquelle il n'a donc pas pu cotiser. Le traitement partiel éventuellement perçu pendant l'arrêt de travail est soumis à cotisations.

En application du paragraphe 2 de l'article 11 de l'arrêté du 30 décembre 1970, relatif aux modalités de fonctionnement du régime de retraites complémentaire

des assurances sociales institué par le décret du 23 décembre 1970, **si le praticien admis au bénéfice de la disposition faite pour l'attribution des points gratuits perçoit tout ou partie de son salaire, les cotisations correspondantes sont dues.** Le nombre de points gratuits est alors limité, dans ce cas, à la différence entre le nombre de points gratuits auxquels il pourrait prétendre en vertu du paragraphe 1^{er} du même article 11 sus-cité et le nombre de points acquis par versement de cotisations.

De plus, il n'est possible d'attribuer des points maladie, et cela uniquement en tranche B, que si le praticien a cotisé sur ses traitements pour la totalité de la tranche A ; ce qui, par certaines retenues opérées « illégalement » par l'ordonnateur sans maintien de la totalité des émoluments, rend l'attribution des points impossible. Cette situation peut se présenter notam-

ment suite aux opérations de régularisation annuelle pour les congés de maladie débutant avant la fin de l'année civile et se poursuivant sur la période suivante. L'obligation de maintien des émoluments correspond à l'obligation pour l'employeur de continuer à verser lui-même au praticien absent, pour fait de maladie ou d'accident, ses émoluments mensuels en totalité ou en moitié selon la durée et le type de congé, et en principe, sous déduction des indemnités journalières de Sécurité sociales (IJSS) ; en revanche, la Contribution pour le Remboursement de la Dette Sociale (CRDS) et la Contribution Sociale Généralisée (CSG) sont (curieusement) dues, elles sont cotisations pour l'État.

Si le Code du Travail s'appliquait, en cas d'accords collectifs ou du fait de la règle statutaire, les dispositions relatives au maintien des émoluments à la charge de l'établissement de santé **peuvent être**

plus favorables

pour le praticien que celles de la Loi sur la mensualisation du 19 janvier 1978 (abrogée), dont les dispositions ont été reprises dans le nouveau Code du Travail (articles L.3242-1 et suivants), notamment sur la réduction de l'ancienneté requise, sur le délai de carence, **sur l'augmenta-**

tion du niveau de maintien des émoluments et de la durée d'indemnisation.

Les dispositions réglementaires statutaires plus favorables s'imposeraient alors à l'employeur. **Ne faudrait-il pas simplifier la règle sur les cotisations IRCANTEC et donner droit à cotisation quel que soit le congé ?**

Pascal Campominosi, membre du Conseil d'administration du SNPHAR-E



Contre-courant

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

De l'esthétique au travail

Il peut paraître aujourd'hui superfétatoire, voire insultant, d'associer l'idée d'esthétique à notre monde du travail, puisque les préoccupations de tous ceux qui se trouvent sous le joug de la productivité et de la rentabilité sont avant tout de retrouver des horaires compatibles avec leur vie personnelle et leur santé et un salaire en accord avec la qualité et la durée de leur formation professionnelle. Les conditions d'exercice déstructurées, les tâches univoques en travail posté, leur parcellisation au prétexte de l'efficacité, l'absence de temps et d'espace pour des contacts de qualité avec les patients, les collègues et les personnels de direction, n'amènent-ils pas certains d'entre nous, les plus désespérés, à penser qu'ils font un « sale métier » ? Et, pour paraphraser Georges Darien, risquer de se trouver l'excuse de le faire « salement »... ? Et c'est bien là que tous les responsables des dérives de l'idéologie néolibérale devraient prendre conscience du caractère contre-productif des implications de pareilles conditions de travail.

Il n'est pas question ici de faire le panégyrique de la supposée « noblesse » d'un métier qui s'exercerait jusqu'à l'épuisement au nom du don de soi ; ou d'éluder les tâches pénibles d'annonce de mauvaises nouvelles, de contention de patients agités, de décisions d'arrêt de soins, de se coltiner les patients souillés ou malodorants, de pratiquer des gestes invasifs pénibles, voire d'accréditer des interventions dont le bien-fondé peut sembler discutable.

Il n'est pas question non plus d'accréditer, en se rengorgeant, l'admiration béate (ou flagorneuse) du bétien : Quel beau métier vous faites Docteur ! Quel dévouement mademoiselle l'infirmière, monsieur l'aide-soignant !

Un « sale boulot » renverrait plutôt dans mon propos à un défaut de reconnaissance sociale, un travail disqualifié, certes indispensable, mais dans un périmètre réduit de compétence technique, reproductible à l'infini selon un protocole immuable et effectué par des agents interchangeables et anonymes.

Aux deux extrémités d'une échelle de l'esthétique au

travail, dont l'optimum se situerait au milieu, deux positions sont symétriques : d'un côté, la dimension « noble » (le *care*) de l'activité de soignant ne justifie pas le don de soi désintéressé et la disponibilité sans limite ; de l'autre, le cynisme le plus achevé d'un soignant ne se satisfait jamais complètement d'un boulot « salement » fait, serait-ce en contre-partie d'un gros paquet d'argent ou de congés à rallonge.

D'un côté, l'exploitation éhontée au nom de la « noblesse » ; de l'autre, l'exposition à une image dégradée de son identité, tant à ses propres yeux qu'à ceux des patients et du personnel administratif. Dans les deux cas, cette tension entre travail bien ou mal fait, entre reconnaissance ou mépris, se traduit inévitablement par une souffrance au travail forcément préjudiciable à celui-ci.

La posture à adopter se situe au-delà des droits et des obligations de chacun au sein d'un établissement, d'un service ou d'une unité : c'est l'occupation consciente du domaine des responsabilités dans les pratiques professionnelles, et ce dans la vie de tous les jours. Il n'y a pas de mètre-étalon pour mesurer au quotidien ces responsabilités.

Ces responsabilités se doivent d'être assumées par le soignant, sans échappatoire, et reconnues autour de lui, sans dénégation. Ce domaine de responsabilité dépasse les frontières strictes des référentiels métiers et autres limites de compétence. Il dépasse les périmètres mesurables, quantifiables et évaluables.

C'est à ce prix, inestimable, que le travail bien fait semblera beau à chacun.

Comment se faire entendre ? Le rôle du délégué syndical

Le délégué syndical représente son syndicat. Il est l'une des interfaces entre les salariés et l'employeur. Il a pour rôle d'assurer la défense des adhérents, de faire part de leurs revendications ou réclamations et de tenter d'améliorer leurs conditions de travail. Il devrait, pour ce faire, disposer de temps et de moyens.

Les syndicats affiliés aux grandes organisations nationales disposent de temps et de moyens, ce qui n'est pas encore le cas pour les syndicats médicaux. L'obtention de temps et de lieux syndicaux pour ses délégués est un des combats du SNPHAR-E.

LE DROIT SYNDICAL EST RECONNU AUX PRATICIENS

Les praticiens ne peuvent subir aucun préjudice pour leur implication syndicale, mais très peu de moyens sont mis à leur disposition.

Il existe un vide juridique qui entraîne une vraie discrimination réglementaire entre syndicat de médecins et de non médecins.

Selon l'article R.6152-73 du Code de la santé publique, des autorisations d'absence sont accordées par le directeur aux membres élus au Conseil d'Administration (CA) et aux Commissions Régionales Paritaires (CRP) pour leurs instances nationales et régionales, mais l'arrêté devant préciser la définition des autorisations d'absence n'est jamais sorti. Il n'existe pas de crédit de temps syndical réglementaire, pas plus que de droit au panneau d'affichage ou à un local syndical.

Toutefois, une tolérance existe et les demi-journées hebdomadaires d'intérêt général définies au niveau de l'article R.6152-30 du Code de la santé publique peuvent être utilisées pour l'action syndicale car elle est considérée comme « une mission auprès d'un organisme à but non lucratif présentant un caractère d'intérêt général et concourant aux soins et à leur organisation ». Cependant, cette tolérance est soumise au bon vouloir de chaque direction d'hôpital et reste du domaine de la négociation locale.

Il existe certaines règles à respecter. Par exemple, si un contact avec la presse locale ou régionale peut être entretenu à l'extérieur de l'établissement, l'autorisation de la direction sera nécessaire pour la réalisation d'un reportage ou d'une interview dans l'enceinte de celui-ci.

LA DOUBLE INTERFACE DU DÉLÉGUÉ SYNDICAL AU SNPHAR-E

Le délégué d'un syndicat de médecins est un représentant du personnel (médical) désigné par son syndicat. Même si cela semble souhaitable, il n'est pas nécessairement élu. Il peut et a intérêt à cumuler différents mandats complémentaires de son activité syndicale.

Pour le SNPHAR-E, le délégué est mandaté par son CA et à ce titre, il agit en son nom et doit défendre de façon permanente la ligne du syndicat, dont les principes généraux sont notifiés dans les statuts. La force de frappe du SNPHAR-E n'est plus à démontrer. Membre fondateur et adhérent de l'intersyndicale (Avenir Hospitalier : AH), le SNPHAR-E est aussi une force de propositions.

Initialement réservé aux anesthésistes-réanimateurs, il s'est élargi depuis janvier 2009 aux autres spécialités, ses actions étant reconnues, tant pour la défense de ses membres que celle du statut de praticien hospitalier, des conditions de travail et de sécurité, de l'hôpital public et de la qualité des soins.

Être délégué du SNPHAR-E est déjà en soi une carte de visite permettant de se faire entendre. Le rôle d'interface du délégué syndical au



SNPHAR-E, volontaire et bénévole, est double.

- Interface entre l'adhérent et le CA, le délégué fait circuler l'information dans les deux sens, du CA vers les adhérents et des adhérents vers le CA. Il a un rôle de promotion des idées, des propositions et des enquêtes développés et diffusés par le CA du SNPHAR-E. Il relaie l'information adressée par le CA, rédige des tracts ou des mails relatifs à une situation locale et anime des réunions, où il invite adhérents et non adhérents. **Rien ne peut remplacer sa présence sur le terrain. Avoir une action locale soutenue est l'un des moyens de prendre du poids d'un point de vue syndical.**
- Interface entre l'employeur (ou les instances locales ou régionales) et les collègues, il représente le SNPHAR-E au sein de son établissement comme délégué local, et, en tant que délégué régional, il représente notre syndicat et son inter-syndicale AH localement et au niveau des instances régionales. Il surveille l'application des textes règlementaires au niveau local et régional. Il défend les intérêts des adhérents et les orientations du SNPHAR-E et d'AH, mais il lui sera plus facile de se faire entendre s'il maîtrise les textes règlementaires.

LE DÉLÉGUÉ SYNDICAL INTERVIENT POUR L'INTÉRÊT COLLECTIF, MAIS ÉGALEMENT POUR DÉFENDRE CHAQUE PH.

Il intervient pour l'intérêt collectif dans les négociations et concertations concernant l'organisation médicale du travail (pour les activités de jour comme pour celles relevant de la permanence et de la continuité des soins), le management des établissements, la santé au travail, la prévention des risques psycho-sociaux et la lutte contre les discriminations.

Il est souhaitable qu'il soit impliqué dans les différentes commissions locales (CME, COPS, CHSCT, DPC) ou régionales (CRP CRSA), tout comme dans une association locale de PH. Dans ces différentes commissions ou associations, il diffuse et défend les idées, propositions et argumentaires du SNPHAR-E et d'AH.

Il défend chaque PH lors de situations conflictuelles entre collègues ou entre un collègue (adhérent ou non) et son administration. Il a alors un rôle de conseil, de défense et de soutien vis-à-vis du collègue en difficulté professionnelle. Il peut assister le collègue qui le souhaite lors d'un entretien préalable à une sanction disciplinaire.

Lorsque les conflits d'intérêts sont tels que la situa-

tion ne peut être réglée localement, le délégué prévient les représentants d'AH au niveau de la Commission Régionale Paritaire et le CA du SNPHAR-E. Il prend alors contact avec les membres de la Commission Nationale Statuaire ou Disciplinaire représentant AH dans la discipline concernée, lorsque le dossier relève de leur champ d'action.

Savoir se faire entendre dans la gestion de ces dossiers difficiles c'est aussi être reconnu et il n'est pas rare qu'un délégué soit contacté par les instances locales ou régionales pour intervenir.

DE MENUES TACHES QUI ONT TOUTE LEUR IMPORTANCE !

Notre syndicat ne fonctionne que grâce aux cotisations de ses adhérents. La mise à jour des fichiers et la collecte des cotisations sont des éléments cruciaux relevant du rôle du délégué. Ce dernier collabore à la gestion du fichier des adhérents en signalant à l'administrateur référent les mouvements locaux ou régionaux des PH, les erreurs d'adresses mails ou d'établissement d'affectation, les changements de statut. La réfection prochaine du site du SNPHAR-E permettra une transmission optimisée aux délégués des éléments concernant les adhérents dont il a la charge. La vérification périodique des états de cotisations permettra de renseigner les adhérents ne sachant plus où ils en sont, de relancer les retardataires et d'inciter les collègues à cotiser une première fois. Par son implication locale, le délégué se doit de faire adhérer autour de lui. Il doit rappeler aux collègues non encore adhérents qui ont besoin d'aide que le syndicat a besoin de leur soutien et de leurs cotisations. Faire adhérer autour de soi est une des façons de se faire entendre.

QUI PEUT ÊTRE DÉLÉGUÉ ET COMMENT CONCEVOIR UN ENGAGEMENT ?

Pour représenter le SNPHAR-E, il faut être adhérent au syndicat et être à jour de sa cotisation ; être, sauf exception, titulaire de son poste. Il faut avoir l'accord du CA pour candidater, être coopté ou, mieux, élu par les autres adhérents de l'établissement, ou encore désigné par le Conseil d'Administration.

Les membres élus du CA sont de droit délégués régionaux. Le délégué régional a pignon sur rue et publicité de son mandat a été faite par le CA auprès de sa direction et des instances régionales, des délégués locaux et des adhérents. Représentant le SNPHAR-E au niveau de tous les établissements de la région, il est l'interface entre le délégué local (quand il existe) et le CA. Il est impliqué

au niveau des instances régionales et peut faire partie de la délégation d'AH, notamment aux Commissions Régionales Paritaires.

Être délégué local c'est accepter que publicité de son mandat soit faite, auprès de sa direction et auprès des adhérents. En l'absence de représentativité et d'élections professionnelles, le parallèle peut être fait avec le représentant de la section syndicale d'un syndicat dans l'établissement, pourvu que l'établissement comporte au moins deux adhérents. Il est coopté par les adhérents et/ou par le délégué régional, ou désigné par le CA. L'élection locale sera obligatoire si plusieurs candidats se sont déclarés. Impliqué dans les instances locales, il y interviendra pour défendre la philosophie du syndicat et les adhérents de son établissement. Il peut être invité à une séance du CA.

Ceux qui ne souhaitent pas être en pleine lumière, mais pour autant veulent participer à la vie du syndicat plus qu'en tant que simple adhérent, peuvent tenir le rôle de délégué contact. Dans ce cas, aucune publicité n'est faite de leur mandat et leur rôle consiste essentiellement à réceptionner et diffuser les informations du SNPHAR-E.

Le mandat de délégué prend fin par décision de l'intéressé, lors de la cessation d'activité et, en l'absence

de cotisation à N-2, par révocation par le Conseil d'Administration.

En contrepartie de son engagement syndical, le délégué du SNPHAR-E sera épaulé par les membres du CA. Officiellement désigné en tant que délégué du SNPHAR-E, si tel est son souhait, un courrier du Secrétaire Général aux différentes instances, locales et régionales, et un affichage cartographique sur le site du SNPHAR-E est réalisé.

Les informations nécessaires à son exercice lui sont transmises : newsletters, revue PHAR, site SNPHAR-E, plateforme de revendication, textes règlementaires de référence et leur analyse, références et mails professionnels et état de cotisations des mandants sous sa juridiction.

Le CA organise des rencontres avec les délégués, permettant de diffuser l'information, lors de l'Assemblée Générale, de journées des délégués ou de déplacement du CA en région. Des supports d'animation, diaporama ou vidéo, peuvent également être proposés pour animer les réunions d'informations.

Le CA est à disposition du délégué par mail ou téléphone et peut sur demande aider à la rédaction de courrier ou se déplacer en région lorsque la situation le nécessite.

Véronique Agaesse, Secrétaire Générale du SNPHAR-E

AGENDA DU CA

Depuis le Juin 2014

JUIN 2014

20 Juin Conseil d'Administration du SNPHAR-E (Paris)

SEPTEMBRE 2014

15 Septembre Conseil d'Administration du SNPHAR-E (Paris)

18-20 Septembre Stand et présence du SNPHAR-E à la SFAR

OCTOBRE 2014

8 Octobre Conseil d'Administration du SNPHAR-E (Paris)

10-11 Octobre Assemblée générale de la Fédération Européenne des Médecins Salariés

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

Le temps non clinique est un droit réglementaire à l'hôpital

Le temps non clinique à l'hôpital n'a pas de définition précise. Néanmoins, on peut déduire ce qu'il recouvre à partir d'articles du Code de la santé publique, des statuts médicaux hospitaliers, du règlement interne du centre hospitalier et de recommandations syndicales.

DÉFINITION DU TEMPS DE TRAVAIL

On ne peut évoquer le temps non clinique à l'hôpital sans revenir au temps de travail des praticiens. La réglementation définit le temps de travail des médecins hospitaliers selon qu'ils sont en temps continu ou en demi-journées : pour un médecin à plein temps, qu'il s'agisse d'un praticien contractuel, d'un praticien hospitalier ou d'un praticien attaché, la durée est au maximum de 48 heures hebdomadaires en temps continu ou de 10 demi-journées qui ne doivent pas dépasser 48 heures par semaine, lissées en moyenne sur 4 mois (art. R 6152-27 du Code de la santé publique). Ainsi, de façon logique, on peut dire que le temps non clinique = durée totale du temps de travail - le temps clinique. Néanmoins, ce temps non clinique ne doit pas être confondu avec les périodes de congés (formation médicale continue, congés annuels, jours de RTT...). On peut donc définir le temps non clinique comme du temps de travail consacré à toute activité au cours de laquelle le médecin ne serait pas en contact avec un malade ou une parturiente.

Une fois ce temps non clinique délimité, qui peut en bénéficier d'une part et sous quelle forme se décline-t-il, d'autre part ? : statutairement, les praticiens hospitaliers à temps plein et les personnels hospitalo-universitaires (chef de clinique-assistant, assistant hospitalo-universitaire, praticien hospitalo-universitaire, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, professeur des universités-praticien hospitalier).

QUEL POURCENTAGE DU TEMPS DE TRAVAIL REPRÉSENTE CE TEMPS NON CLINIQUE ?

L'article R 6152-30 du Code de la santé publique précise que « les praticiens hospitaliers à temps plein, nommés à titre permanent, peuvent, après accord du directeur de l'établissement de santé, consacrer deux demi-journées par semaine à des activités intérieures ou extérieures à leur établissement d'affectation, à condition que ces activités présentent un caractère d'intérêt général au titre des soins, de

l'enseignement, de la recherche, d'actions de vigilance, de travail en réseau, de missions de conseil ou d'appui auprès d'administrations publiques, auprès d'établissements privés assurant une ou plusieurs des missions définies à l'article L. 6112-1, dès lors que l'activité envisagée concerne l'une des dites missions ou auprès d'organismes à but non lucratif présentant un caractère d'intérêt général et concourant aux soins ou à leur organisation. Cette activité peut donner lieu à rémunération. Une convention entre l'établissement de santé et les organismes concernés définit les conditions d'exercice et de rémunération de cette activité et prévoit, le cas échéant, le remboursement, total ou partiel, des émoluments versés par l'établissement de santé ». Les praticiens hospitalo-universitaires peuvent également bénéficier de cette mesure, ce qui n'est le cas ni des praticiens à temps partiel, ni des praticiens hospitaliers contractuels, ni non plus

« Une répartition individuelle du temps non clinique doit être réalisée sous la responsabilité du chef de pôle, en toute transparence. »

des praticiens hospitaliers attachés. Concernant les personnels hospitalo-universitaires, ils ont une durée de travail de 11 demi-journées hebdomadaires avec des fonctions conjointes de soins, d'enseignement, de recherche et pour certains, de gestion, sans que la partition entre toutes ces missions soit fixée de façon réglementaire, faute de parution d'un arrêté. Toutes ces missions devant être accomplies dans le cadre de leurs 11 demi-journées, un certain flou, par ailleurs entretenu, existe donc quant à la délimitation du temps clinique et du temps non clinique.

De plus, selon l'art. R. 6154-1 du Code de la santé publique, l'activité d'intérêt général, si elle couvre 2 demi-journées, n'est pas cumulable avec une activité libérale. Si le praticien effectue moins de deux demi-journées d'intérêt général, le cumul est possible à concurrence de deux demi-journées. Les praticiens hospitaliers à temps partiel, les praticiens hospitaliers contractuels et les praticiens hospitaliers attachés n'ont pas droit à l'activité libérale. Enfin, le Code de la santé publique, dans son art. R 6152-73, reconnaît aux praticiens hospitaliers le droit syndical.

On comprend, par conséquent, que sont incluses, dans le temps de travail des praticiens, au moins deux demi-journées utilisées par le praticien pour exercer de l'enseignement, de la recherche, de la gestion, mais également une

activité libérale, le droit syndical, des missions institutionnelles et d'autres activités publiques, parapubliques, collectives, humanitaires... Ces périodes correspondent au temps non clinique.

En fonction des objectifs de service, de pôle et du profil de carrière du médecin, une répartition individuelle de ce temps doit être réalisée sous la responsabilité du chef de pôle et ce en toute transparence. Le minimum statutaire est donc de deux demi-journées pour les praticiens non hospitalo-universitaires. **Sauf s'il exerce une activité libérale, la prime de service public exclusif continue à être versée au praticien lorsqu'il utilise son temps non clinique, malgré ce que peuvent prétendre certaines administrations inventives.** On peut imaginer qu'un praticien hospitalier promis à un avenir universitaire ait besoin de plus de temps pour la recherche, qu'un élu à la CME soit sollicité par des réunions fréquentes ou encore qu'un représentant syndical soit appelé à participer à des rencontres avec des membres du Ministère de la santé. Il s'agit d'une reconnaissance institutionnelle qui doit être officialisée à travers le tableau de service. La réglementation oblige à la rédaction de tableaux de service prévisionnels et réalisés, engageant le responsable de pôle face à ses collaborateurs et face à l'administration. **En effet, la transparence est nécessaire afin de prévenir toute sensation d'inégalité ou tout reproche par les différents médecins du service.**

LES SPÉCIFICITÉS DE L'EXERCICE POSTÉ

Certaines disciplines ont la particularité de présenter un exercice posté, c'est-à-dire que les praticiens sont en permanence à un poste de travail, sans possibilité de s'évader de leurs contraintes professionnelles au profit d'activités non cliniques. Certains d'entre eux peuvent, de plus, être à la disposition d'autres médecins (chirurgiens, gastro-entérologues, urgentistes, réanimateurs...) et donc sans possibilité de maîtrise de leur agenda professionnel. *De facto*, ils se retrouvent cantonnés à leur poste de travail, 5 jours par semaine, en absence de gardes, ce qui les différencie d'autres spécialistes qui peuvent spontanément organiser leur temps de travail entre visites, consultations, interventions chirurgicales ou gestes techniques... Ce sont souvent ces mêmes praticiens qui ont du mal à satisfaire à l'obligation de formation médicale continue, du fait de l'inadéquation entre l'activité croissante et le nombre de médecins. Le temps non clinique apparaît comme une utopie dans ces conditions. Pourtant, le temps non clinique du praticien, prévu dans son statut, ne doit pas être sacrifié à la T2A à l'heure où la population médicale se raréfie dans certaines spécialités. Les responsables de

pôle ont un rôle important, dans ces situations, car une analyse des organisations a montré qu'il faut 50 % de praticiens titulaires dans un service pour permettre un fonctionnement optimal et l'application du temps non clinique.

LE TEMPS NON CLINIQUE : UN CRITÈRE D'ATTRACTIVITÉ POUR L'HÔPITAL

Avec l'évolution sociétale, les jeunes médecins considèrent de moins en moins la médecine comme un sacerdoce. Aujourd'hui, l'absence de temps non clinique constitue un élément de perte d'attractivité des carrières hospitalières.

Deux mille cinq cents postes de praticien hospitalier étaient vacants, tant dans les centres hospitaliers non universitaires qu'universitaires, sur l'ensemble de la France en juin 2014. De fait, dans de telles conditions, les médecins de CHU de tous âges s'interrogent de plus en plus sur le fait de quitter leur établissement au profit d'établissements privés ou publics qui offrent la possibilité de jouir de temps

“ Le temps non clinique du praticien ne doit pas être sacrifié à la T2A, à l'heure où la population médicale se raréfie, dans certaines spécialités. ”

non clinique.

En effet, **la plupart des centres hospitaliers non universitaires ont déjà fait leur révolution culturelle et engagé une réflexion sur l'organisation de leurs différentes structures pour fidéliser leurs praticiens.** Le temps non clinique est un critère d'attractivité, surtout dans les spécialités où le praticien hospitalier n'est pas maître de son temps. Ne pas reconnaître cette période lorsque l'on demande aux praticiens de faire des journées longues en travail posté (pouvant aller jusqu'à 14 heures de travail de jour) est très mal vécu, d'autant que ce temps est un droit. Ainsi, le temps non clinique constitue un des moyens de recruter et de garder des médecins hospitaliers, particulièrement en anesthésie-réanimation, en médecine d'urgence, en radiologie, en psychiatrie...

Malheureusement, de nombreux chefs de service ou responsables de pôle n'ont pas intégré cette donnée à l'origine de plusieurs litiges portés à la connaissance de notre syndicat. Bien sûr, il convient d'adapter la durée du temps non clinique en fonction des objectifs et des responsabilités de chacun : un responsable d'unité, un médecin chargé de missions institutionnelles ou visant une carrière universitaire devraient bénéficier de plusieurs journées de temps non médical chaque mois, à l'instar d'un représentant syndical. Quoi qu'il en soit, au minimum un jour par semaine, les praticiens hospitaliers sont en droit de réclamer une période de temps non clinique pour réaliser des activités décrites ci-dessus dans l'art. R 6152-30 du Code de la Santé publique.

Michel Dru, membre du Conseil d'Administration du SNPHAR-E

Quelles leçons tirer du mouvement du Collectif des sages-femmes ?

Le mouvement du Collectif des sages-femmes a été le révélateur d'un malaise ressenti par cette profession médicale. Le sujet est extrêmement sensible et important, dans un contexte de réflexions sur les contours de nombreuses professions de santé.

Autour de ce mouvement, le débat doit être celui de la qualité des soins et de l'organisation des coopérations et des réseaux, à l'opposé de la confusion des métiers sous pression revendicative spécifique de l'un d'entre eux.

AVANT TOUT, LES SAGES-FEMMES VEULENT FAIRE RESPECTER LEUR STATUT MÉDICAL

C'est en 1945-1946 que, les accouchements se faisant à domicile et les sages femmes exerçant donc très massivement en libéral, celles-ci ont obtenu leur classement dans le titre du Code de la santé consacré au personnel médical. Dans les années 1960, les naissances sont déplacées dans les établissements de santé et les sages-femmes deviennent alors majoritairement salariées, relevant du statut des agents des collectivités territoriales et locales. Puis, en 1986, celles exerçant à l'hôpital acquièrent le statut de de fonctionnaire, avec les avantages que cela implique mais aussi le obligations hiérarchiques qui sont actuellement contestées.

En demandant à quitter la fonction publique hospitalière pour un statut de Praticien Hospitalier, les sages-femmes du Collectif pensaient rejoindre « les autres Praticiens Hospitaliers » et ont mis en exergue leur différence avec les professions paramédicales.

Elles se plaignent d'un mépris de leur caractère médical, mais les médecins comprennent assez mal ce ressenti. En effet, quel que soit le statut du personnel soignant, médical ou paramédical, ce statut mérite le même respect (c'est une question de rapport humain correct et non de diplôme !). D'autre part, les médecins ont eux aussi le sentiment de la perte progressive du respect lié au caractère « médical » de leur activité ou de leur statut dans les services hospitaliers, en particulier depuis la Loi HPST.

ALORS, MALENTENDU ?

Pas tout à fait ! Il est vrai qu'en obstétrique, sages-femmes et gynécologues ont en commun l'eutocie. En

commun, c'est-à-dire que cela ne saurait être retiré aux médecins sous prétexte d'une formation plus longue et plus complète, ou en raison de leur genre (!), de leur compétence dans la gestion du travail eutocique, ou encore de leur engagement humain auprès des couples et des enfants.

Le diagnostic d'évolution pathologique n'est pas toujours si simple et l'intérêt de la parturiente réside dans une collaboration harmonieuse. Aucun médecin ne peut accepter de n'être appelé que lorsque les choses vont mal, sans pouvoir anticiper, les mettant dans l'obligation d'assumer la suite des événements.

Les médecins, en particulier au bloc opératoire, ont adhéré à la **gestion des risques** sur le modèle aéronautique, objectivée par la fameuse *check list* ! Dans un avion, il y a un pilote et un copilote (qui en l'occurrence a strictement la même formation) : tous deux échangent les informations, mais la décision finale du premier l'emporte en cas de débat ; cette **hiérarchie fonctionnelle est indispensable** à la sécurité : un temps pour un échange respectueux et un temps pour décider et agir de concert pour mener à bien la décision prise par le pilote.

La façon de travailler au quotidien tient compte de l'expérience commune et réciproque de chaque membre d'une équipe, sages-femmes et obstétriciens, médecins anesthésistes-réanimateurs et IADE, chirurgiens et IBODE. L'expérience de chacun, acquise ensemble, va influencer le contour des compétences, plaçant les limites en deçà ou au-delà des compétences théoriques.

QUEL QUE SOIT LE DÉSIR DES SAGES-FEMMES DE SE DISTINGUER DES PERSONNELS PARAMÉDICAUX, LE SUJET EST BIEN LE CHAMP DE COMPÉTENCE ET LA RECHERCHE DE SÉCURITÉ OPTIMALE POUR LA PARTURIENTE.

Il n'est nullement méprisant de dire que les médecins



bénéficient d'un apprentissage plus large (compétence en médecine générale, ensembles des pathologies) et plus prolongé (11 à 12 ans *versus* 5 ans pour les plus jeunes sages-femmes, 4 pour les plus anciennes) qui leur permet de mieux appréhender la survenue d'un risque ou d'une pathologie : cela est vrai pour l'obstétrique et *a fortiori* pour la gynécologie et les pathologies intercurrentes.

Avenir Hospitalier, intersyndicale tout particulièrement impliquée dans la sécurité de la naissance (SYNGOF, SNPHAR-E) a frappé à la porte du Ministère de la Santé quand il est apparu que les discussions dites « statutaires » avec le Collectif de sages-femmes débordaient largement le cadre du statut et de la rémunération qui les concernent spécifiquement, pour investir la totalité de l'organisation, non seulement des maternités, mais aussi de la prise en charge gynécologique.

Faut-il construire autour de la femme ou de la sage-femme ? Les femmes ont-elles suivi dans la rue ce mouvement revendicatif ? Non !

Enfin, il eut été particulier, en termes de dialogue social, de discuter avec un Collectif non représentatif, en excluant les organisations légalement représentatives de la Fonction publique Hospitalière et des médecins.

COMMENT AVANCER ?

Il est indispensable d'avoir au sein des équipes un dialogue attentif, afin de **bâtir ensemble** les évolutions

possibles, voire souhaitables, centrées sur la qualité des soins et améliorant l'intérêt de chaque métier.

Ce dialogue social doit permettre d'éviter à l'avenir les situations de crise comme celle vécue très douloureusement par tous dans les blocs obstétricaux. Chaque métier devrait être interrogé **sur trois points** : son champ de compétence, ce qu'il pourrait faire en plus, mais aussi ce qu'il pourrait déléguer à d'autres (sages-femmes vers IDE, IDE vers AS etc). Cela aurait le mérite d'un vrai débat sur l'organisation, au lieu d'une confrontation revendicative à sens unique.

Cela permettrait enfin une **réflexion intégrée sur les démographies professionnelles** (y compris la recherche de meilleures passerelles pour ceux qui resteraient déçus de l'issue de leur première année de médecine) et sur la formation centrée sur la qualité des soins en lieu et place d'une gestion technocratique, voire militante, des effectifs (multiplication des étudiants sages-femmes, chômage des jeunes diplômés, extension des champs investis : ostéopathie, kinésithérapie, tabacologie, gynécologie, pédiatrie, sexologie) valant réforme sans étude d'impact sur la qualité des soins...

Avenir Hospitalier forme le vœu d'une réflexion globale, apaisée et soignante avant d'être militante !

Pascale Le Pors, vice-présidente d'Avenir Hospitalier, vice-présidente du Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens de France (SYNGOF)

PH, à vos calculettes : le compte n'y est pas !

Déjà en octobre 2011 (PHAR n°58), j'avais commis un texte sur le coût de la vie. Récemment, en reprenant mes différents bulletins de salaire (carte Sénior oblige) , je réalise que mon salaire de PH échelon 13 (comme ceux des autres échelons) n'a pas augmenté depuis août 2010...

LE COMPTE N'EST PAS SUR LE PLAN SALARIAL

Depuis 2010, **l'inflation a été de 6,5%, ce qui majore le gel de nos salaires.** Mais ne vous inquiétez pas , les affidés de l'austérité gouvernementale vous expliqueront que vous regagnerez du pouvoir d'achat par les effets bénéfiques de la déflation....

	salaire en francs en 1989	extrapolation INSEE en € en 2013	salaire PH en € en 2013
ÉCHELON 1	17 689	3 112	4 082
ÉCHELON 4	20 543	4 775	4 359
ÉCHELON 7	24 394	5 670	5 218
ÉCHELON 12	35 630	8 281	7 098
ÉCHELON 13			7 412

Tableau comparatif des salaires 1989 *versus* 2013, le salaire en francs de 1989 étant valorisé en € pour 2013: <http://www.insee.fr/fr/themes/calcul-pouvoir-achat>.

Ainsi, nous constatons que la revalorisation des premiers échelons s'est faite aux dépens de celle des échelons supérieurs (une forme d'auto-financement). D'où une **érosion du salaire** (en € constants) **de 15 %** par rapport à la valorisation escomptée d'un PH échelon 12 entre 1989 et 2013. Le 13^{ème} échelon ne compense même pas cette érosion. Syndicalement, il convient de demander **une revalorisation de 21,5 %** (15 %+ 6,5 %) **de nos émoluments (revendication injustifiée pour ceux qui nous considèrent comme des nantis du système)**. Pendant ce temps au JO d'août 2014, la prime de direction du CNG bénéficie d'une augmentation de 35 %, et la nouvelle bonification indiciaire est enfin octroyée aux directeurs.

LE COMPTE N'Y EST PAS SUR LE PLAN DES RETRAITES

Depuis 2010, le plafond de la Sécurité sociale n'a fait qu'augmenter. Il est bon pour un syndicalisme responsable de suivre l'évolution de l'acquisition des points

IRCANTEC et de leur valorisation en rente viagère. Pour cela, nous prenons, comme salaire de référence, le 13^{ème} échelon. En effet, tout changement d'échelon masque la réalité. Entre 2010 et 2014, nous constatons **une diminution de 17 % du nombre annuel de points Ircantec** (2681/an *versus* 2232/an) **et une chute de 12 % de la valorisation annuelle de la rente viagère** (1195 € *versus* 1058 €). En tenant compte de l'inflation 2010-2013, **cette dévalorisation est de 15,7 %** (1255 € *versus* 1058 €). Pour évaluer le nombre de points Ircantec acquis dans la tranche A et B, il convient de se rapprocher de l'adresse suivante : www.ircantec.fr/

	2010	2011	2012	2013
Plafond SS (€)	34 620	35 352	36 352	37 032
Ircantec A (pts)	425	444	437	435
Ircantec B (pts)	2 256	2 086	1 918	1 797
Total pts/an	2 681	2 530	2 356	2 232
Valeur (€)	1 195	1 137	1 104	1 058

De même, **les PH ne bénéficient toujours pas de l'indemnité de départ en retraite** (article L.1237-9 du Code de Travail) qui est allouée à tout travailleur comme aux agents du secteur public. Cette indemnité peut être plus favorable en fonction des Conventions Collectives.

Ancienneté du salarié	Montant de l'indemnité
10 ans minimum et moins de 15 ans	34 620
15 ans minimum et moins de 20 ans	425
20 ans minimum et 30 ans	2 256
Au moins 30 ans	2 681

LE COMPTE N'Y EST PAS SUR LE TEMPS DE TRAVAIL

Depuis la Loi HPST (2009) et malgré un récent Pacte de

Confiance (2012 : le changement c'est maintenant !), **les maîtres mots de l'hospitalisation publique ne sont plus « qualité et sécurité des soins » (la réalisation du concept du « beau travail »)**, mais la confirmation des principes managériaux d'efficacité, de performance, de retour à l'équilibre. D'où la nécessité pour les managers d'augmenter la productivité et la durée des plages de travail des PH pour atteindre leurs objectifs annuels et pour garantir leur carrière.

N'est-il pas grand temps de pratiquer un discernement :

- Si l'exercice en temps continu (48 heures hebdomadaires) fut en 2003 une réelle avancée, il correspond néanmoins à faire travailler les PH 5 semaines par mois pour un salaire de 4 semaines (le fameux delta 39-48H), soit une minoration de 25 % de notre salaire. Ainsi, le volume de ce travail dissimulé atteint environ 10 semaines par an, ce qui rembourse largement vos 19 jours annuels de RTT, d'où l'attachement des directions à transformer une borne (48H) en une norme hebdomadaire de travail...
- La reconnaissance en 2013 des déplacements en astreinte dans les obligations de service n'est que la simple transposition d'une directive européenne datant de 1993. La mise en application sur l'ensemble du territoire est en souffrance et sera disparate, ce qui est indigne d'un État de droit.
- Nous condamnons l'arnaque de cet arrêté : les 2 demi-périodes de nuit de 5 heures, créditent la période de jour de 14 heures. Comme la période de jour est toujours définie à 10 heures pour 2 DJ, il reste 4 heures au titre d'un bénévolat imposé ! D'où notre revendication de créditer de 5 demi-journées toute période de 24H.
- Nous récusons le principe des plages additionnelles de jour, effectuées de la 49^{ème} à la 57^{ème} heure au même tarif horaire (30 €) qu'un intérim d'IADE effectué de la 36^{ème} à la 45^{ème} heure !
- Nous fustigeons l'amalgame volontaire entre repos quotidien, repos suffisant et repos de sécurité...

L'extension du travail dissimulé est une pratique que tente de masquer la novlangue d'une FAQ d'un Ministère orwellien : <http://www.sante.gouv.fr/permanence-des-soins-l-organisation-et-l-indemnisation-de-la-continuite-des-soins-et-de-la-permanence-pharmaceutique.html>

LE COMPTE N'Y EST PLUS ! NOTAMMENT DEVANT L'EXPOSITION AUX RISQUES PSYCHO-SOCIAUX !

N'avons-nous pas vu éclore récemment des Collectifs

de PH qui se rebellent devant la volonté managériale d'élargir la durée d'ouverture des blocs opératoires, au-delà de 10 heures (12 heures pour les plus ambitieuses), cinq jours par semaine (et ceci pour satisfaire au dogme de l'efficacité dans un mépris total de la législation) ? Devons-nous aborder le problème rémanent des dépassements d'horaires au-delà de la période de jour des blocs opératoires pour compenser des dysfonctionnements organisationnels et ceci sans tenir compte du retentissement sur la vie personnelle des PH et de leur exposition à des risques psycho-sociaux de type *burn out* ? D'autant que ces dépassements ne sont ni compensés en temps, ni rémunérés et souvent imposés sous la pression, voire l'invective de managers de proximité.

Depuis peu, il y a une augmentation des déclarations de *burn out* à la médecine du travail. Parfois, le suicide d'un collègue vient émailler l'actualité. La novlangue tente alors d'attribuer le suicide à une quelconque faiblesse psychologique du PH, voire aux conséquences d'un éloignement géographique, et non à la dégradation des conditions de travail.

POUR CONCLURE, REVENONS À LA RAISON

Nous sommes actuellement au début du creux démographique, qui ne sera pas compensé avant 5 à 7 ans. Les conditions d'exercice, au sein des hôpitaux publics, doivent cesser de se dégrader ! Le SNPHAR-E propose, comme mesure principale d'attractivité, une organisation hebdomadaire comme suit :

- une activité clinique hebdomadaire de 40 heures,
- une journée d'activité non clinique hebdomadaire pour des activités de recherche, d'enseignement, de FMC ou d'activités d'intérêt général,
- cette journée, sous la forme du volontariat, peut être consacrée à la clinique au titre d'une activité interne d'intérim (650 € nets /jour),
- l'activité de garde ou les déplacements en astreinte sont intégrés dans l'activité clinique hebdomadaire,
- les dépassements, au-delà de la période de jour, sont apparentés à des déplacements en astreinte intégrés dans les obligations statutaires et rémunérés conformément à l'arrêté du 8 novembre 2013.

Une telle organisation n'a rien d'excessif car elle s'appuie sur le Statut de PH et sur la réglementation européenne. Elle permettra d'éviter la fuite des PH, fuite favorisée par la surenchère inter-établissements. Elle sera le juste retour de leur investissement dans l'Hôpital Public !

Patrick Dassier, Trésorier adjoint du SNPHAR-E

Tous motivés par le service public ?

Les liens entre position hiérarchique et motivation de service public



Le concept sociologique de Motivation pour le Service Public (MSP) a émergé dans les années soixante. Il suppose que les comportements des agents publics ne sont pas uniquement guidés par la maximisation d'intérêts individuels mais aussi par des valeurs altruistes dépassant l'intérêt personnel. Si des études esquissent une corrélation entre MSP et position

hiérarchique, d'autres travaux suggèrent plusieurs dimensions de MSP selon les carrières. Peu d'études sociologiques étudient ensemble tous les niveaux professionnels d'un même service public. Un article récemment publié [1] analyse la MSP dans des services municipaux de 12 pays différents.

Méthodologie : L'enquête a été faite en 2010 et conduite dans 12 pays différents. La position hiérarchique des 2348 salariés municipaux interrogés a été catégorisée en quatre groupes, selon le niveau d'étude et le type d'encadrement.

Effectif total : n = 2348	N'encadre pas d'équipe	Encadre une équipe
Pas d'études supérieures	Exécutants (n = 760)	Encadrants de proximité (n = 408)
Études supérieures	Experts (n = 600)	Cadres managers (n = 580)

La Motivation de Service Public (MSP) a été quantifiée par un score établi à partir de 4 dimensions :

- Attraction pour le Service Public
- Implication pour les Valeurs Publiques
- Compassion
- Abnégation

Ces 4 dimensions ainsi que le score total de MSP ont

été analysés pour chacun des 4 groupes professionnels. Une enquête qualitative par interviews d'une quarantaine d'agents a complété l'étude quantitative principale.

Résultats : Les exécutants et les encadrants de proximité ont un score total de MSP supérieur à la moyenne de la population étudiée. Chez les exécutants, ce sont les dimensions «Compassion» et « Abnégation » qui sont les plus développées ; alors que chez les encadrants de proximité,

ce sont plutôt les dimensions « Valeurs Publiques » et « Compassion». Les experts « non encadrants » ont un niveau de MSP proche de la moyenne surtout développée sur l'axe «Valeurs Publiques». Les cadres dirigeants ont une MSP globale plus faible que la moyenne, ce qui s'explique notamment

par des dimensions affectives (« Compassion » et « Abnégation») plus faibles que les autres catégories étudiées. Dans l'analyse qualitative par entretien, les exécutants et les encadrants de proximité disent vouloir produire un travail de qualité au service d'usagers identifiés. En revanche, ils expriment globalement un désintérêt et une méconnaissance des questions de politique. Les encadrants de niveau supérieur ont une conception plus distanciée du service public, avec un intérêt beaucoup plus fort vis-à-vis des questions politiques.

Discussion : Les résultats quantitatifs et qualitatifs de cette étude montrent que la MSP peut s'exprimer diversément selon les catégories professionnelles, mais qu'elle n'est pas moindre chez les exécutants et qu'il faut récuser l'opposition classique entre la MSP et l'intérêt personnel des agents. Ces résultats se rapprochent d'autres travaux (cf. Yves Clot) montrant que le bien-être des salariés est inséparable du « bien-être ».

Appliquée au monde hospitalier, une enquête de ce type serait riche d'enseignements !

Raphaël Briot, Administrateur du SNPHAR-E

[1] Desmarais Céline et Edey Gamassou Claire, « Tous motivés par le service public ? Les liens entre position hiérarchique et motivation de service public », Revue Internationale des Sciences Administratives, 2014/1 Vol. 80, p133-152. DOI : 10.3917/risa.801.0133

Enquête de l'InterSyndicat National des Internes (ISNI) :

Les jeunes médecins sont-ils bien formés ?

La formation théorique des étudiants en médecine est bien structurée en premier et deuxième cycle. Elle est moins homogène au cours du troisième cycle, alors que le statut de l'interne prévoit deux demi-journées hebdomadaires consacrées à l'enseignement théorique (en sus de la pratique clinique). Dans le but de faire un état des lieux des conditions de formations proposées dans les différents CHU, l'InterSyndicat National des Internes (ISNI) a mené une enquête nationale sur leur formation théorique, par spécialité et par université. Cette enquête a été publiée fin Mars 2014 (http://isni.fr/wp-content/uploads/2014/03/Rapport_Formation_ISNI_lowres.pdf).

Méthodologie : Un questionnaire a été diffusé fin 2013 à l'ensemble des internes de France. Il visait à recueillir des informations sur les modalités d'organisation et d'évaluation des enseignements dans chaque CHU.

Résultats : 5 600 questionnaires (sur environ 19 000 internes) ont été retournés, dont 3 270 remplis de façon complète. 50 % des internes déclarent pouvoir prendre des demi-journées de formation théoriques. En moyenne 18 demi-journées de formation théoriques sont réalisées par interne et par semestre alors que les deux demi-journées

hebdomadaires légalement prévues devraient donner lieu à 54 demi-journées par semestre. Un tiers des internes disent ne pas être autorisés à s'absenter de l'hôpital pour leur formation. Les internes dépensent au moins 1 150 €/an pour leur formation théorique obligatoire et 20 % d'entre eux déclarent ne pas avoir la possibilité financière de se rendre à ces enseignements. Près de la moitié des internes suivent une formation complémentaire car ils considèrent les enseignements initiaux du DES insuffisants. Concernant l'évaluation de leur formation, 60 % des internes ne sont jamais évalués au cours de leur internat.

Le recueil de leurs avis a conduit les auteurs de l'enquête à proposer un « classement » par ville et par spécialité.

Discussion : Cette enquête nationale de l'ISNI montre une grande hétérogénéité dans la formation de nos jeunes confrères. L'autre constat est le recours de plus en plus fréquent aux compléments de formation (DU ; Masters) en sus de la formation initiale dans la spécialité. Ces formations, parfois obligatoires pour un début de carrière sérieux, sont à la charge des étudiants. Elles risquent d'induire des disparités de formation et, à terme, des inégalités d'accès aux soins pour les patients.

Raphaël Briot, Administrateur du SNPHAR-E

Témoignage

Un de nos collègues, parti il y a peu en retraite de son établissement, a reçu une proposition de ce même établissement pour venir faire des vacances d'intérimaire en anesthésie-réanimation. Nous n'avons pas pu résister au fait de publier sa croustillante réponse.

Bonjour Madame,

J'ai bien reçu votre proposition de remplacement. J'ai été très surpris et même choqué de son contenu. Le montant journalier est le double de ce que gagne un PH en fin de carrière au 13ème échelon ! et je ne compte pas le repas!

Le défaut de recrutement des PH, notamment en anesthésie-réanimation, est le résultat d'une politique malthusienne de formation, jamais contestée par les administrateurs des hôpitaux (Fédération hospitalière ou syndicats d'administrateurs) et des réformes hospitalières qui réduisent les praticiens hospitaliers au rôle d'exécutants d'une politique sanitaire exclusivement décidée sur critères financiers. Cette pénurie a touché depuis de très nombreuses années des structures plus petites ou des régions moins attractives. Les mêmes solutions ont été apportées avec les résultats que nous connaissons tous : c'est la rustine qui crève le tuyau !

Je ne donnerai donc pas suite à votre proposition car je pense que c'est la meilleure solution pour enfoncer l'établissement dans la crise. Comment voulez-vous qu'un jeune diplômé passe le concours de recrutement de PH alors qu'il peut remplacer immédiatement au double du tarif de fin de carrière ? Comment ne pas penser que mes ancien(ne)s collègues PH ne démissionnent pas pour être réembauché(e)s immédiatement au tarif proposé ?

Vous ajoutez ainsi une catégorie, et pas des moindres, aux différents statuts de médecins exerçant à l'hôpital : contractuel, praticien hospitalier, praticien hospitalier avec secteur privé, avec ou sans dépassement d'honoraires. Cela n'est pas un facteur de cohésion des équipes médicales, indispensable au développement de nos institutions. En revanche, en cas d'afflux massif de malades ou de blessés, ou d'épidémie décimant mes collègues anesthésistes -réanimateurs ou urgentistes, si mes collègues estiment que j'ai conservé quelque compétence dans ce domaine, je suis entièrement disponible pour venir renforcer les équipes médicales du CHU, gracieusement. Je ne demanderai à l'institution que de prendre en charge financièrement mes obligations d'assurance professionnelle et d'inscription au Conseil de l'ordre des médecins.

Soyez assurée, Madame, de ma continue volonté de défendre l'hôpital public et de mes cordiales salutations.

Dr L.

ANNONCES DE RECRUTEMENT

FRANCE

ACTIVA MEDICAL, département santé d'ACTIVA CONSEIL, cabinet spécialisé dans le recrutement de :

- Médecins et chirurgiens spécialistes
- Directeurs et cadres de santé

RECRUTE 4 ANESTHESISTES

ACTIVA
MEDICAL



- En priorité sur les régions Basse Normandie (établissement privé) et Bretagne (établissement public).
- Sur toute la France.

www.activa-conseil.net

ACTIVA CONSEIL : 4F rue du Bordage - 35510 CESSON SEVIGNE - Tél. : 02 99 83 90 02 - 09 52 24 87 74 - 06 22 16 24 77 - medical@activa-conseil.net

LORRAIN



Centre Hospitalier
de REMIREMONT

Le CENTRE HOSPITALIER REMIREMONT (Vosges)

1 h de Nancy – 2 h 45 de Paris en TGV en 2007- Proximité stations de ski de Gérardmer et tourisme vert
389 lits et places dont 254 M.C.O.

RECHERCHE SON 7E ANESTHESISTE

Pour son service d'Anesthésie - Unité de Surveillance Continue
Exercera dans un Etablissement équipé d'un plateau technique complet
1^{er} bloc opératoire public des Vosges

Pour tout renseignement s'adresser à :

Monsieur le Docteur Jacques HOTTON - Chef de service
E-Mail : jacques.hotton@ch-remiremont.fr - Secrétariat : tél. : 03 29 23 70 40

Les candidatures et curriculum vitae sont à adresser à :

Monsieur le Directeur Centre Hospitalier de Remiremont - 1, rue Georges Lang – B.P. 30161 88204 REMIREMONT Cedex

BOURGOGNE



CENTRE HOSPITALIER
DE MÂCON

Le Centre Hospitalier de Mâcon (71)

1^{er} Établissement général de Bourgogne - Hôpital Pivot du Sud de la Saone et Loire

RECHERCHE 2 ANESTHESISTES TEMPS PLEIN OU TEMPS PARTIEL

L'Établissement comprend 550 lits de court séjour.

Le plateau technique se compose d'un bloc opératoire central moderne (7 salles d'intervention avec une activité de 6500 actes d'anesthésie dont plus de 1500 ALR sous échographie) maternité de niveau II avec 1700 naissances en 2013, taux de péridurale de 79 % en 2013, 11 % de césarienne en 2013.

L'équipe d'anesthésie se compose de 20 IADES et de 8 anesthésistes dont 2 assistants + internes.

Statuts possibles : assistant, praticien contractuel, praticien hospitalier, clinicien hospitalier. Inscription au conseil de l'ordre des médecins obligatoire.

Pour tous renseignements vous pouvez contacter :

Docteur Francis MAIGROT

Tél. : 03 85 27 57 61 ou frmaigrot@ch-macon.fr - Chef de service d'anesthésie bloc opératoire et Chef de pôle de la permanence des soins.

Les candidatures avec CV sont à adresser à :

Jean Paul TASSO - Directeur des ressources humaines - Docteur DE VARAX (Président de la CME) - Boulevard Louis Escande 71018 MACON Cedex.

Direction des affaires médicales - Tél. : 03 85 27 50 55 ou 50 57 - embarbet@ch-macon.fr





CENTRE HOSPITALIER
CHALON SUR SAONE
William Morey

Le Centre Hospitalier Chalonsur Saône William Morey (Saône et Loire), situé sur l'autoroute A6 entre Lyon et Dijon, à 1h30 de Paris en TGV. Etablissement neuf (inauguré en octobre 2011).

RECRUTE :

☒ ANESTHESISTE

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

☒ URGENTISTE

Le SAU et le SAMU - SMUR font parties du même service avec une activité partagée, le SAU accueille 32 000 patients par an, le SMUR effectue 1900 sorties primaires et 900 sorties secondaires par an, le SAMU gère 120 000 dossiers de régulation médicale par an, avec 2 médecins en poste toutes les nuits (1 libéral et 1 hospitalier).

L'établissement dispose d'un hélicoptère depuis début 2014.

Pour tout renseignement, contacter :

Direction des Affaires Médicales - 03 85 91 01 54 - ginette.gilliers@ch-chalon71.fr

Envoyer candidature et CV à :

M. le Directeur du Centre Hospitalier - 4, rue Capitaine Drillien - CS 80120
71 321 CHALON-SUR-SAONE - CEDEX
Tél. : 03 85 44 66 88 - Fax : 03 85 44 66 99 - 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.

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

Activité polyvalente en augmentation depuis plusieurs années :

- Anesthésie (4500 actes par an).
- Maternité (800 accouchements par an).
- Soins Intensifs (6 lits).

Effectif de 11 infirmiers-anesthésistes, dont un présent H24

Bloc opératoire récent de 6 salles, informatisé. 11 postes SSPI

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

Equipe de 6 médecins anesthésistes-réanimateurs motivée.



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 104 - 21203 BEAUNE CEDEX



CH SELESTAT RECHERCHE

**1 MEDECIN ANESTHESISTE REANIMATEUR
ou REANIMATEUR PH
ou ASSISTANT TP**

*Poste dispo au 01/09/2014
Equipe de 5 PH TP, 2 Internes (Agrément DESAR et DESCMA)*

Service :

- 10 lits dont 8 lits de réanimation et 2 lits d'USC.
- Activité polyvalente 2/3 médicale, 1/3 chirurgicale.
- Hémodiafiltration, PICCO, échographe, fibro. bronch.
- Situé au sein du Plateau Technique regroupant :
 - Scanner 64 barrettes et IRM.
 - Urgences.
 - Bloc Opératoire 5 salles et SSPI, endoscopie, obstétrique.

Hôpital à taille humaine, très bien situé et communications
par TER à 20 mn de Strasbourg
CONTACT Dr Jean CABALION
03 88 57 55 20 ou 03 88 57 55 16
jean.cabalion@ch-selestat.fr

L'Institut Paoli Calmettes (IPC)

Établissement de Lutte contre le Cancer à la pointe de la technologie dans une région attractive, **recherche**

MEDECIN ANESTHESISTE-REANIMATEUR CANCEROLOGIE A MARSEILLE (H/F)

Temps plein ou Temps partiel

- 11 salles de bloc opératoire (novembre 2014).
- 2 salles d'imagerie interventionnelle (2015).
- 11 MAR ETP en anesthésie et 5 MAR ETP en réanimation polyvalente avec USC.
- Activités en augmentation constante : chirurgie oncologique digestive, gynécologique, sénologique, urologique, sarcome et endoscopies digestives.
- Équipement performant : nouveau bâtiment médico-technique avec des blocs opératoires neufs, station d'anesthésie informatisée, échographes et robot chirurgical.
- Organisation de travail intégrant gardes et astreintes.

Renseignements :

- Docteur Jean-Louis BLACHE - Chef du Département Anesthésie-Réanimation
blachejl@ipc.unicancer.fr - 04 91 22 35 21
- Monsieur Hervé NARDIAS - Secrétaire Général Adjoint
nardias@ipc.unicancer.fr - 04 91 22 37 02
- Candidature et CV à INSTITUT PAOLI CALMETTES
Direction des Ressources Humaines
232, Boulevard Sainte Marguerite 13009 MARSEILLE
ou par mail : maddalenam@ipc.unicancer.fr



www.institutpaolicalmettes.fr



LE CENTRE HOSPITALIER D'ARLES

Dans une ville riche d'histoire et de culture et au sein d'un environnement géographique privilégié entre Alpilles et Camargue, à 20 minutes de Nîmes, 50 de Montpellier & à 1 heure de Marseille.

Établissement disposant d'un plateau technique complet, ensemble des activités MCO 7 pôles d'activité clinique - 446 lits et 230 places - 208 lits et 13 places MCO.

RECRUTE DEUX MÉDECINS RÉANIMATEUR TEMPS PLEIN Pour renforcer l'équipe médicale autour d'un nouveau projet

Unité de réanimation adulte de 8 lits et projet d'évolution capacitaire.

Possibilité de prendre des gardes en anesthésie pour les candidats ayant la double qualification d'anesthésie et de réanimation.

Gardes sur place.

Possibilité de logement provisoire.



Merci d'adresser votre candidature à :

Monsieur le Directeur - Centre hospitalier d'Arles - B.P. 80195 - 13637 ARLES CEDEX - Courriel : direction@ch-arles.fr

Pour tout renseignement :

- Docteur Antoine KHALIL - Président de la CME - Tél. : 04 90 49 29 86
- Docteur Pierre NIGOGHOSSIAN - Chef de pôle Urgences/SMUR - réanimation adultes et cardiologie
Tél. : 04 90 49 43 03 - 04 90 47 86 14
- Louis BONIFASSI - Directeur adjoint - Tél. : 04 90 49 29 01



LE CENTRE HOSPITALIER INTER-COMMUNAL DES ALPES DU SUD
GAP (05) - SISTERON (04)
1 Place Auguste Muret - 05007 GAP cedex

RECRUTE Pour son service d'anesthésiologie (équipe de 10 praticiens)
Suite à un départ à la retraite

1 Praticien Hospitalier

Temps plein ou Temps partiel (mutation ou PH contractuel)

Pour tous renseignements, contacter :
• Dr V. ROUX - Chef de service - 04 92 40 66 49 - vincent.roux@chicas-gap.fr
• Affaires Médicales - 04 92 40 61 72 - valerie.urbach@chicas-gap.fr



Le Centre Hospitalier de VITRE établissement de 420 lits, comportant les services suivants : urgences (avec SMUR et UHCD), imagerie médicale, surveillance continue, chirurgie, maternité, médecine, long séjour, SSR, EHPAD. Situé dans une agglomération touristique, gare SNCF, à 30min de Rennes, TGV pour Paris 2h.

RECRUTE UN ANESTHESISTE-REANIMATEUR

au sein d'une équipe comprenant 5 ETP - Poste de praticien hospitalier à temps plein. **À pouvoir dès que possible**

Adresser candidature (lettre de motivation et CV) à Monsieur le directeur - 30, route de Rennes - B.P. 90629 - 35506 VITRE Cedex
Pour tout renseignement complémentaire contacter :
Dr Claudie MONVILLERS - Chef de service - Tél. : 02 99 74 14 73 - Mail : claudie.monvillers@ch-vitre.fr



LE CENTRE HOSPITALIER D'AGEN

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

RECRUTE

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

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

- Postes à pourvoir à partir de octobre 2014.
- Postes de Praticiens ou tous types de contrats.

Pour tout renseignement :

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

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

Le Centre Hospitalier d'Aurillac (Cantal 15)

Etablissement moderne de 922 lits et places, doté d'un plateau technique complet et performant, situé au cœur de la ville, à proximité des commerces et écoles, à 30 minutes de la station de ski du Lioran et 3 heures de Montpellier.

RECRUTE UN MÉDECIN ANESTHESISTE TEMPS PLEIN

Pour toute information prendre contact avec le service d'anesthésie du Centre Hospitalier Henri Mondor
Tél. : 04 71 46 47 58.
Chef de service : Dr Thierry LANGS.

Les candidatures sont à adresser à monsieur le directeur
Centre Hospitalier Henri Mondor d'Aurillac - 50, Avenue de la République - 15002 AURILLAC Cedex
Mail : afmed@ch-aurillac.fr



Des professionnels, un plateau technique au service de votre santé



CENTRE HOSPITALIER
HENRI MONDOR
D'AURILLAC



Le Centre Hospitalier ANNECY-GENEVOIS (Haute-Savoie)

recrute, dans le cadre de son développement sur les sites d'ANNECY et de ST JULIEN,

deux anesthésistes en renfort d'une équipe de 23 praticiens

Le CHANGE propose un exercice diversifié compte tenu d'un plateau technique performant avec l'ensemble des spécialités chirurgicales, y compris neurochirurgie, chirurgie cardiaque, chirurgie thoracique et vasculaire, chirurgie maxillo-faciale.

Cadre de vie exceptionnel entre lacs et montagne. Proximité de LYON (1h30) GRENOBLE (1h15) GENEVE (30 mn).

Contact :

Affaires médicales - Tél. : 04 50 63 62 03 - mpoillot@ch-anneceygenevois.fr

Dr Bruno PIOCELLE - Tél. : 04 50 63 63 47 - bpiocelle@ch-anneceygenevois.fr

Le CENTRE HOSPITALIER DE GUERET

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



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

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

RECHERCHE DEUX MEDECINS URGENTISTES TEMPS PLEIN

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

Les candidatures sont à adresser à :

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

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



Le Centre Hospitalier 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 :

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

LE CENTRE HOSPITALIER DE CHATEAUROUX RECHERCHE UN MEDECIN URGENTISTE

pour son pôle « médecine d'urgence » pour une équipe médicale de 28 E.T.P.

Descriptif de l'établissement :

Le centre hospitalier de CHATEAUROUX (Indre-36) est situé à 2 heures de PARIS par le train, 1 heure 30 de TOURS, LIMOGES et POITIERS par voiture.

Etablissement M.C.O – S.S.R – psychiatrie de 755 lits et places.

Plateau technique et équipements :

Scanner, IRM, radiologie conventionnelle avec six salles, 1 mammographie, 5 échographes, 6 salles au bloc opératoire, 1 bloc obstétrical, 1 hélicoptère, centre d'enseignement des soins d'urgence.

Présentation du service des urgences :

Dans le cadre de la création d'une antenne du SMUR de CHATEAUROUX au CH d'ISSOUDUN, prévue au projet régional de santé urgences de la région Centre, le CH de CHATEAUROUX recrute des médecins urgentistes.

Activité multi site possible dans les différentes structures d'urgences du département :

- Régulation médicale
- SMUR terrestre et hélicoptère
- Services d'urgences (CHATEAUROUX, ISSOUDUN, LE BLANC)
- Service d'hospitalisation courte durée

Avec plus de 43 000 passages en 2013, le service des urgences est une plateforme médico-psycho-sociale qui dispose d'un plateau technique permettant la prise en charge de toute situation d'urgence. L'activité du SMUR représente 3 500 interventions SMUR, en plus de l'activité des urgences.



Pour tout renseignement sur le fonctionnement du service, vous pouvez contacter le chef de pôle : M. le Dr. SOULAT au 02 54 29 60 14 ou louis.soulat@ch-chateauroux.fr
Vous pouvez adresser les candidatures (C.V. + lettre de motivation) à : Centre hospitalier de CHATEAUROUX - Direction - 216, avenue de Verdun - BP 585 - 36019 CHATEAUROUX
www.ch-chateauroux.fr - Téléphone : 02 54 29 65 14 - Fax : 02 54 29 60 40 - direction@ch-chateauroux.fr

Le CHU de Caen (Calvados)

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

RECHERCHE

4 MEDECINS

ANESTHESISTES REANIMATEURS

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

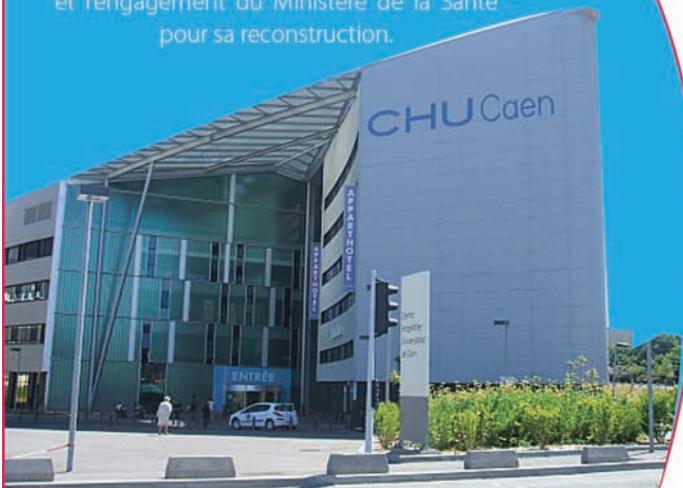
Candidature à adresser à :

Mathilde ESTOUR MASSON,
 Directeur des Personnels Médicaux
 Tél : 02 31 06 30 16
 Courriel : estourmasson-m@chu-caen.fr

Pour tout renseignement,

contacter le Professeur Jean-Luc HANOUCZ
 Chef du Pôle « Anesthésie – Réanimation – SAMU – SMUR »
 Tél : 02 31 06 47 36
 Courriel : hanouz-jl@chu-caen.fr

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



Pôle Santé
SARTHE ET LOIR

LE POLE SANTE SARTHE ET LOIR RECRUTE

situé à 35 minutes d'Angers et Le Mans - 1 h 05 de Paris en TGV



UN MEDECIN ANESTHESISTE-REANIMATEUR TEMPS PLEIN

Le bloc opératoire est composé de cinq salles dont une d'endoscopie.

Activités de chirurgie orthopédique et viscérale, ORL, gynécologique et obstétrique, pédiatrique pour les enfants de plus de 3 ans.

Pratique de l'anesthésie générale, anesthésie loco-régionale médullaire et périphérique (échographie utilisée), péridurale (environ 650 accouchements/an).

UN MEDECIN URGENTISTE-SMURISTE TEMPS PLEIN

Titulaire de la CAMU ou DESC d'urgence.
 Equipe actuelle composée de 7 praticiens hospitaliers et 7 internes aux urgences.
 Organisation en garde 24h et 12h.

23500 entrées par an.
 650 sorties SMUR par an.

CONTACT :

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

Docteur Caroline REHULKA - Responsable d'unité médicale
 ANESTHESIE-REANIMATION
 Tél. : 02 44 71 33 69 - Mail : crehulka@pole-pssl.fr

Docteur Mohammed TOUIL - Responsable d'unité médicale - URGENCES-SMUR
 Tél. : 02 44 71 32 12 - Mail : mtouil@pole-pssl.fr



LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES (44)

Recrute plusieurs anesthésistes à temps plein

Pour tout renseignement s'adresser à :

Madame Terrien - Direction des affaires médicales - Centre Hospitalier Universitaire de Nantes - Immeuble Deurbroucq - 5, allée de l'Île Gloriette
 44 093 Nantes Cedex 01
 nicole.terrien@chu-nantes.fr - 02 40 08 71 22



Le service REANIMATION POLYVALENTE et de SURVEILLANCE CONTINUE RECRUTE

pour son développement (première tranche) de 16 à 19 lits de Réanimation / Surveillance Continue

1 PRATICIEN HOSPITALIER 2 ASSISTANTS

6 PH en place/6 internes/agrément
Possibilité de travail alterné BO/Anesthésie et Réanimation
Repos de sécurité
Bonne ambiance et conditions de travail
Equipes médicales et paramédicales accueillantes

Hôpital neuf (coro X 2/rythmo/angio, scanners X 2, IRM, radiothérapie X 2, scintigraphie, agréments cancers, 3 500 accouchements, 11 BO, 70 000 passages SAU, SMUR X3)
Matériels de réanimation «up to date»/service 100% informatisé depuis 2000
A deux pas du RER A

Renseignements et contacts
Docteur François ANGENARD - Chef de service
fangenard@ch-marnelavallee.fr
tél. 01 61 10 71 38 - 01 61 10 70 74
Direction des Affaires Médicales
abeaudart@ch-marnelavallee.fr



Depuis 2003, puis en 2007, 2010 et 2013, le service de Réanimation et de Surveillance du Centre Hospitalier de Marne-la-Vallée est le «premier service de soins en France» (ANAES/HAS 11.12.2003) à avoir obtenu la certification ISO 9001 : 2008 de son système de management de la qualité des soins pour «Réalisation des prestations concernant l'ensemble du domaine des soins techniques, relationnels, de l'éthique, du don d'organes, de l'hygiène, de la gestion de secrétariat du dossier du patient, prise en charge des détresses vitales intra-hospitalières et évaluation des pratiques professionnelles».
(AFAQ/AFNOR 13/06/2013)
N°2003/21095.3

Centre Hospitalier de Marne-la-Vallée 2-4, Cours de la Gondoire 77600 JOSSIGNY Tél. 01 61 10 61 10 - www.ch-marnelavallee.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE L'OUEST GUYANAIS RECRUTE

DES ANESTHESISTES ET DES URGENTISTES pour renforcer ses équipes.



Présentation du service d'anesthésie du CH.O.G

Effectif de l'équipe : 5 médecins anesthésistes à temps plein et 7 IADES

Organisation : les médecins anesthésistes assurent la permanence sur 3 sites à raison d'un médecin par site (bloc opératoire, services d'hospitalisation/ bloc obstétrical et consultation pré anesthésique). La garde commence à 14h les jours ouvrables et à 8h le week-end et jour férié.

Moyenne de gardes par mois par praticien : 06

Activités : chirurgie générale, digestive, orthopédique, gynéco obstétrique, ophtalmologique et analgésie péridurale obstétricale.

Perspectives à court terme :

- extension du bloc opératoire avec ouverture de 3 salles opératoires
- développement de la chirurgie ambulatoire et de l'endoscopie digestive.
- recrutement de médecins anesthésistes pour compléter l'équipe.

→ Les prises de fonction sont immédiates.

Les conditions de recrutement sont les suivantes :
EMOLUMENTS MAJORES DE 40 %
PRISE EN CHARGE TITRE DE TRANSPORT
MISE A DISPOSITION VEHICULE ET LOGEMENT

Présentation du service des urgences

Le service des urgences du CHOG est un service d'accueil et de traitement des Urgences. Il fonctionne 7j/7 et 24h/24. Il reçoit tout patient de tout sexe quelque soit son motif de consultation. En 2013 le nombre de passage est de 23.000.

Le service des urgences fait partie du pôle chirurgie avec le service d'anesthésie.

Il est composé de 8 poste de médecin y compris le Chef de service qui est à 80% (temps partiel), une cadre de santé 21 IDE, 11 AS et 3 ASH.

Sur le plan fonctionnel on distingue :

- La zone d'accueil et d'orientation
- La zone SAU
- La zone déchoquage avec la salle d'accueil des urgences vitales
- La zone couloir qui est l'équivalent de l'UHTCD (en construction peut être disponible pour début d'année 2015)
- Et le SMUR

Le service des urgences recense 35 à 40% de passage pédiatrique.

CONTACT : m.voyer@ch-ouestguyane.fr - 0594348703 - 0694411213

