

# PHARE

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

## LE POINT SUR : LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE



### INTERVIEW

DESARMIR : LES AR GARDERONT LEUR DOUBLE COMPÉTENCE

## DOSSIER : Intersyndicales - WhosWho ?

<b>Dr Yves REBUFAT - Président</b> CHU de Nantes - Hôpital Laënnec - Nantes yves.rebufat@snphar.fr	Collège National Professionnel Anesthésie-Réanimation - Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) - Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Site web www.snphar.com	Ligne Directe : 02 40 16 51 47 Portable : 06 86 87 62 76
<b>Dr Grégory WOOD - Secrétaire général</b> CHU Rouen gregory.wood@chu-rouen.fr	Veille Syndicale - Relation avec les adhérents Site web - Revue PHARE	Standard : 02 32 88 89 90 Fax : 02 32 88 87 86
<b>Dr Patrick DASSIER - Trésorier</b> Hopital européen Georges Pompidou - Paris patrick.dassier@snphar.fr	Contentieux Retraites	Ligne Directe : 01 56 09 23 16 Portable : 06 03 69 16 63
<b>Dr Claude WETZEL - Trésodier adjoint</b> Praticien Honoraire CHU de Strasbourg claud.wetzel@mac.com	Chargé de mission aux affaires européennes Praticien Honoraire CHU de Strasbourg Past-Président de la FEMS	Portable : 06 60 55 56 16
<b>Dr Veronique AGAESSE - Secrétaire générale adjointe</b> Nouveau CHU Amiens veronique.agaesse@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) FMC-DPC - Veille Syndicale	Standard : 03 22 82 40 00 DECT 36002 Portable : 06 33 63 20 62
<b>Dr Anouar BEN HELLAL - Secrétaire général adjoint</b> Hôpital André Mignot - SAMU - Versailles anouarbenhellal@free.fr	Veille Syndicale - Relation avec les adhérents Revue PHARE	Standard : 01 39 63 88 39 Ligne directe : 01 30 84 96 00 Fax : 01 39 63 86 88
<b>Dr Jullien CROZON - Secrétaire général adjoint</b> Groupement Hospitalier Edouard Herriot jullien.crozon-clauzel@chu-lyon.fr	Veille Syndicale - Relation avec les adhérents Revue PHARE	Ligne Directe : 04 72 11 09 85 Portable : 06 86 72 32 24
<b>Dr Raphael BRIOT - Administrateur</b> CHU - SAMU 38 - Grenoble raphael.briot@snphar.fr	Retraites - Urgences Représentation des médecins non-anesthésistes Relation avec les Universitaires - Délégation SNPHAR-E Avenir Hospitalier	Ligne Directe : 04 76 63 42 86 Portable : 06 81 92 31 42 Fax : 04 76 44 77 40
<b>Dr Max Andre DOPPIA - Administrateur</b> CHU Côte de Nacre -Caen max-andre.doppia@snphar.fr	Président de l'intersyndicale Avenir Hospitalier - Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) - Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) - Observatoire Souffrance au Travail - Secrétaire Général Adjoint du CFAR - Commission SMART	Standard : 02 31 06 31 06 Fax : 02 31 06 47 70 Portable : 06 83 37 62 64
<b>Michel DRU - Administrateur</b> Centre Hospitalier H. Mondor - SAMU 94- Créteil michel.dru@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Région parisienne - Urgences	Ligne Directe : 01 45 17 95 10 Fax : 01 49 81 21 99 Portable : 06 73 98 08 52
<b>Dr Jean Luc GAILLARD-REGNAULT - Administrateur</b> Hôpital Jean Verdier - Bondy jean-luc.gaillard@snphar.fr	Relations avec le Conseil de l'Ordre des Médecins Relations avec les délégués Restructurations hospitalières	Ligne Directe : 01 48 02 66 93 Portable : 06 71 14 74 72
<b>Dr Jean GARRIC - Administrateur</b> Hôpital Central - Nancy jean.garric@snphar.fr	Textes officiels - Retraites Administrateur CNG - Délégué SNPHAR-E Avenir Hospitalier FAQ - Conseil supérieur des hôpitaux	Ligne Directe : 03 83 85 20 08 Fax : 03 83 85 26 15 Portable : 06 07 11 50 13
<b>Dr Louise GOUYET - Administrateur</b> Groupe Hospitalier Pellegrin - Bordeaux louise.gouyet@snphar.fr	Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) PH temps partiel Qualité et organisation du bloc	Standard : 05 56 79 56 79 Fax : 05 56 79 55 93 Portable : 06 11 94 77 20
<b>Dr Laurent HEYER - Administrateur</b> Agence de Biomédecine - Saint-Denis laurent.heyer@gmail.com	Rédacteur en chef de la revue PHAR-E - Collège National Professionnel Anesthésie-Réanimation - Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) - Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation)	Portable : 06 31 18 57 61
<b>Dr Renaud PÉQUIGNOT - Administrateur</b> Hôpitaux de Saint-Maurice - Gériatrie renaud.pequignot@snphar.fr	Veille Syndicale Relation avec les adhérents	Ligne directe : 01 43 96 63 01 Fax : 01 43 96 61 83 Portable : 06 85 28 02 11
<b>Dr Didier REA - Administrateur</b> Hôpital de la Source - Orléans didier.rea@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Groupe Communication - FEMS	Ligne Directe : 02 38 22 96 08 Fax : 02 38 51 49 50 Portable : 06 75 02 32 23
<b>Dr Nicole SMOLSKI - Administrateur</b> Hopital de la croix rousse - Lyon nicole.smolski@gmail.com	Présidente d'Action-Praticiens-Hôpital - Déléguée générale 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

## POINT DE VUE DE L'ACTUALITÉ

Du pain sur la planche ! .....4

AGENDA .....5

## INTERVIEW

**DESARMIR : les anesthésistes-réanimateurs  
garderont leur double compétence** .....6

## LE POINT SUR

Les groupements hospitaliers de territoire .....8

## DOSSIER

Intersyndicales : WhosWho ?

Les intersyndicales.....12

L'environnement intersyndical des praticiens  
hospitaliers en France .....14

## AVENIR HOSPITALIER

Colloque Avenir Hospitalier : Quel avenir (hospitalier)  
pour la chirurgie ? .....16

## INTERVIEW

Le feuillet de PHAR-E : les missions des PH .....17

Du côté des nouveaux... La jeunesse syndiquée  
veut construire son futur ! .....19

## LU POUR VOUS

Une autre histoire de la Sécurité sociale.....21

PETITES ANNONCES ..... 22

## DE NOMBREUX PROJETS EN PERSPECTIVE

Une nouvelle année commence et nous espérons ce que celle-ci sera meilleure que les précédentes. Depuis maintenant quatre ans nous avons participé à de multiples réunions de concertation sans jamais voir venir la moindre mesure favorable à l'amélioration de nos conditions d'exercice. Bien que les conclusions rendues par la mission sur l'attractivité des carrières médicales soient pour nous assez décevantes, nous espérons obtenir cette année quelques avancées statutaires significatives.

Le SNPHAR-E a tenu son assemblée générale en janvier dernier ce qui nous a permis de rencontrer les adhérents et délégués présents. Nous avons pu aussi échanger avec la FHF représentée par Gérard Vincent, son délégué général, sur les groupements hospitaliers de territoire qui sont définitivement le « dossier de l'année ».

Nous accueillons cette année deux nouveaux membres au sein du conseil d'administration. Grégory Wood, anesthésiste-réanimateur au CHU de Rouen, qui était depuis un an invité permanent, entre donc au conseil d'administration cette année sur le poste de secrétaire général. Anouar Ben Hellal médecin urgentistes au centre hospitalier de Versailles entre lui aussi au conseil d'administration comme secrétaire général adjoint.

Cette nouvelle et jeune équipe devra mener de nombreux projets cette année puisque nous avons décidé de refondre notre charte de revendications et d'écrire un projet plus complet, couvrant l'ensemble des thématiques qui nous tiennent à cœur en proposant des solutions pour remédier aux problèmes que nous constatons au quotidien ainsi que des propositions d'actions.

Nous devrions aussi cette année changer de site Internet car celui que nous avons jusqu'à présent était devenu totalement obsolète au regard des nouvelles technologies proposées aujourd'hui.

Autre changement important, le Docteur Max André Doppia a pris la tête de notre intersyndicale Avenir Hospitalier en remplacement de Nicole Smolski partie diriger la nouvelle superstructure syndicale « Action Praticien Hopital ». Tous deux sont encore administrateurs au SNPHAR-E et nous espérons bien que nous pourrons, avec eux, mener tous les projets qui nous attendent.

Deux articles très syndicaux dans ce numéro de PHAR-E brossent le paysage syndical médical hospitalier actuel.

Bonne lecture !

*Yves Rébufat, Président du SNPHAR-E*

## Du pain sur la planche !

Encore beaucoup de travail en ce moment pour les différentes organisations syndicales et quelques dossiers chauds qui nous attendent pour les mois à venir.

### MISSION SUR L'ATTRACTIVITÉ DES CARRIÈRES MÉDICALES

Les discussions se poursuivent à la DGOS sans qu'il y ait pour le moment une déclinaison opérationnelle des douze engagements de la ministre de la santé. Le seul sujet qui a été traité et dont les textes sont sur le point de paraître est celui de la prolongation d'activité. Nous ne sommes pas particulièrement favorables à ce dispositif mais puisqu'il est totalement optionnel, nous n'avons rien trouvé à redire.

Le dossier de l'uniformisation des droits sociaux dans les différents statuts de médecin hospitalier (maladie, maternité, etc.) en début de carrière avance lui aussi assez bien. **C'est une véritable avancée pour les jeunes qui commencent à l'hôpital et en particulier pour les femmes.** Beaucoup de jeunes femmes choisissent le statut d'assistant plutôt que celui de praticien contractuel en raison de la couverture sociale pendant la maternité qui est plus avantageuse dans le premier cas.

La création d'une plage de travail reconnue en début de soirée pour assurer le fonctionnement de certains plateaux techniques pose plus de souci. En effet, la création de cette plage de soirée ne peut s'entendre que dans des blocs opératoires parfaitement organisés et optimisés. Pour nous, il est impensable que l'objectif final de cette plage de soirée ne soit que l'utilisation d'équipes chirurgicales désœuvrées et sous-utilisées pendant la journée.

L'organisation du travail en horaires tardifs n'est pas du tout du goût des jeunes générations de médecins hospitaliers. Il faudra donc, au cas par cas, les convaincre de la nécessité d'une telle plage et la rendre attractive par une majoration significative des différents dédommagements accordés pour que cela puisse se faire sans heurts ni démissions précipitées.

Beaucoup des autres mesures prévues se feront dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire et c'est donc le sujet du moment qui conditionne donc en grande partie l'attractivité pour les carrières médicales (prime territoriale, un seul niveau d'astreinte et de temps additionnel, niveau d'effectifs et recrutements, ...).

### GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

La loi de modernisation de notre système de santé a été adoptée en janvier 2016 et les premiers décrets d'application sont en cours d'écriture. La création des groupements hospitaliers de territoire est le sujet majeur de cette fameuse Loi. Un article entier a été consacré à ce sujet dans ce numéro.

La grande partie des mesures sur l'attractivité médicale ne se feront que si les établissements publics de santé s'organisent en GHT ce qui, bien qu'obligatoire, est encore loin d'être fait tellement les réticences sont nombreuses, à la fois du côté des directeurs et des médecins.

### LES IADES

Les IADES ont réussi en 2014 à faire reconnaître leur diplôme au niveau Master et cela en accord avec la réglementation européenne sur une homogénéisation des formations supérieures. Ils attendaient donc une reconnaissance indicielle ou financière de cette reconnaissance de diplôme. Ce n'est toujours pas le cas et aujourd'hui, les troupes commencent à gronder.

Un autre motif d'insatisfaction concerne la loi de modernisation du système de santé qui prévoit, dans son article 119 (initialement article 30), la création du métier d'infirmier en pratique avancée, dont les IADES pourraient être exclus. Les critères d'accès aux pratiques avancées tels qu'ils ont été rédigés dans la loi permettraient pourtant aux infirmiers anesthésistes de revendiquer un tel statut. Ce n'est visiblement pas la vision du ministère de la santé et de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et c'est la raison pour laquelle nos collaborateurs du quotidien se lancent aujourd'hui dans la recherche de soutiens pour faire reconnaître leurs pratiques avancées.

Nous considérons pour notre part que les IADES sont déjà en pratiques avancées au regard de leur travail quotidien et de l'autonomie qui leur est laissée dans la conduite et la surveillance de l'anesthésie. Aujourd'hui, aucun autre corps professionnel hospitalier ne peut se prévaloir d'une telle autonomie.

La spécialité médicale anesthésique dans son ensemble s'en est exprimée au travers du CNP-AR (Collège

National Professionnel d'Anesthésie-Réanimation) auprès des pouvoirs publics et ne souhaite pas de nouveaux transferts de tâches pour justifier d'une autonomie déjà existante en pratique.

Les médecins anesthésistes tiennent à garder la main sur l'organisation du parcours de soins des patients du début jusqu'à la fin de l'hospitalisation puisqu'ils en assurent la principale responsabilité à la fois vis-à-vis du patient mais également de l'établissement.

Par ailleurs, le CNP-AR a considéré que la justification du transfert de tâches vers les infirmiers anesthésistes au prétexte qu'il existe dans certains établissements de santé des pratiques déviantes à la sécurité anesthésique n'est pas un gage de sécurité pour les patients et n'est donc, en conséquence, absolument pas souhaitable.

Cette année, un bon nombre de sujets doit encore être abordé avec le ministère et la DGOS, comme par exemple, les problèmes de formation initiale et continue, et bien sur la suite des mesures découlant de la mission sur l'attractivité des carrières médicales.

Nous nous attendons à voir resurgir le dossier du temps de travail, des gardes et des astreintes. En effet, nous avons pu lire l'avant-projet de loi de modernisation du



travail rédigé par le ministère du travail (projet de Loi El Khomri) et nous y avons trouvé des paragraphes très inquiétants sur le décompte du temps de travail et les astreintes.

Nous allons donc rester extrêmement vigilants sur ce dossier et sommes prêts à remettre le couvert avec la commission européenne si toutefois le besoin s'en faisait sentir. Ils nous connaissent et savent pertinemment que le ferons puisque nous l'avons déjà fait plusieurs fois.

*Yves Rébufat, Président du SNPHAR-E*

## AGENDA DU CA

### NOVEMBRE 2015

**6 novembre** Conseil d'Administration du SNPHAR-E  
**23 novembre** Mission attractivité DGOS

### DÉCEMBRE 2015

**2 décembre** DGOS avec le CNP-AR (IADEs et pratiques avancées)  
**11 décembre** Conseil d'Administration du SNPHAR-E

### JANVIER 2016

**6 janvier** Assemblée Générale d'Avenir Hospitalier  
**14 janvier** Conseil d'Administration du SNPHAR-E  
**15 janvier** Assemblée Générale du SNPHAR-E

### FÉVRIER 2016

**5 février** Conseil d'Administration du SNPHAR-E  
**19 février** Commissions nationale paritaire Anesthésie-réanimation (CNP-AR)

### MARS 2016

**15 mars** DGOS avec le CNP-AR (IADEs et pratiques avancées)

### AVRIL 2016

**1 avril** Conseil d'Administration du SNPHAR-E

# DESARMIR : les anesthésistes-réanimateurs garderont leur double compétence

Dans le cadre de la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales, la liste des DES a été fixée par arrêté et publiée au Journal Officiel du 4 décembre 2015. Le nouveau co-DES Anesthésie-réanimation/médecine intensive-réanimation (DESARMIR) sera effectif à partir de la rentrée universitaire 2017-2018. Le Professeur Jean-Louis Gérard, PUPH en anesthésie-réanimation à Caen, Président de la Collégiale des enseignements d'anesthésie-réanimation, qui a participé à la réflexion et l'élaboration de ce nouveau DES, a accepté de répondre à nos questions.

## PHAR-E : Le DESARMIR, qu'est-ce que c'est ?

**Jean-Louis Gérard :** Il s'agit de la déclinaison de l'enseignement du troisième cycle de l'anesthésie-réanimation et de la réanimation dans le cadre d'une réforme générale du troisième cycle des études médicales. Cette réforme fait suite aux réformes qui ont déjà eu lieu concernant le premier et deuxième cycles des études médicales, dont l'esprit est construit non pas tant sur le savoir et les connaissances que sur les compétences des pratiques. Il s'agit de compétences génériques qui sont bien évidemment de nature professionnelles, mais également des compétences incluant la notion de communication, la notion de travail en équipe.

Concernant le 3<sup>ème</sup> cycle, il y a eu plusieurs commissions, les réflexions sur la réforme datant de plusieurs années, notamment la commission nationale de l'internat et du post internat qui avaient été pilotées par les professeurs François Couraut et François René Pruvot. Ce sont eux qui ont dirigé le groupe de réforme du 3<sup>ème</sup> cycle au sein du ministère de l'Enseignement Supérieur de la Recherche et de la Santé.

## PHAR-E : Pourquoi une réforme des DES et la disparition des DESC ?

**Jean-Louis Gérard :** Cette réforme repose sur le fait que pour chaque DES, il doit y avoir un métier et une compétence définis. C'est la raison pour laquelle il était prévu de supprimer les DESC, qui étaient des formations complémentaires, au profit des



DES qui forment à des métiers à part entière, avec des compétences clairement identifiées. Cette réforme n'est pas spécifique à l'anesthésie-réanimation, mais concerne l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales.

“ Il était logique que les filières de formation à l'anesthésie-réanimation et à la réanimation médicale, qui *in fine* aboutissent au même métier se réunissent en un DES commun ”

## PHAR-E : Comment feront les futurs internes pour devenir anesthésistes-réanimateurs ? ou réanimateurs-médicaux ?

**Jean-Louis Gérard :** Concernant la réanimation, il faut se rappeler qu'au paravant on arrivait à cette spécialité par deux voies : soit l'anesthésie-réanimation, soit le DESC de type 2, qui était un DESC qualifiant pour la réanimation dite médicale. On choisissait d'abord une spécialité médicale (cardio, pneumo...) puis il fallait faire un complément de forma-

tion, via le DESC, afin de devenir réanimateur, sans compétences en anesthésie.

D'autre part, vous aviez la formation en anesthésie-réanimation qui vous donnait la double compétence d'anesthésiste et de réanimateur.

Il y a eu la volonté, de par un travail construit en commun avec d'une part les anesthésistes-réanimateurs et d'autre part les réanimateurs, de pouvoir proposer aux étudiants un DES avec deux sorties potentielles : une sortie anesthésie-réanimation et une sortie médecine intensive réanimation.

Ces deux métiers ont un tronc commun d'enseignement sur la réanimation. Ce qui veut dire que les anesthésistes-réanimateurs pourront toujours faire de l'anesthésie et de la réanimation et que notre métier reste donc indivisible.

La maquette comporte trois phases :

- une première phase « socle » d'une durée d'un an . L'interne devra effectuer un semestre en anesthésie et un semestre en réanimation.

- en fonction des quotas qui auront été définis, les internes pourront choisir ensuite soit anesthésie-réanimation, soit médecine intensive réanimation.

- enfin la troisième phase sera une phase de mise en situation, préparatoire à l'exercice professionnel.

Pour ces trois phases, la volumétrie d'enseignement est de 300 heures, dont 150 d'enseignement commun sur la réanimation.

**PHAR-E : Les étudiants pourront-ils bénéficier de passerelles ? En cas d'erreur, un remord sera-t-il possible ?**

**Jean-Louis Gérard :** Les étudiants auront accès à des passerelles. Il faut que le législateur en définisse les modalités. Concernant le groupe de travail du DESARMIR, nous sommes favorables à l'existence de ces passerelles. La notion de droit au remord a toujours existé dans le troisième cycle et elle continuera à être présente. Il faudra simplement trouver les modalités d'application dans ces co-DES.

**PHAR-E : Une fois la formation terminée, qui pourra travailler dans les réanimations médicales, chirurgicales, polyvalentes ? Et les USC ?**

**Jean-Louis Gérard :** C'est très clair. Les deux filières de formation aboutissent à la possibilité de travailler dans les unités de surveillance continue. L'anesthésie-réanimation permettra de faire de l'anesthésie, de la réanimation, de la surveillance continue et de la médecine peri-

opératoire alors que la réanimation se cantonnera aux unités de surveillance aux soins continus et à la réanimation.

**PHAR-E : Selon vous, le DESARMIR est un compromis ? une alliance ? ou autre chose ?**

**Jean-Louis Gérard :** C'est une construction intelligente de professionnels qui se respectent sur les compétences de chacun et avec un métier unique. Il était logique que les deux filières de formation qui *in fine*, aboutissent au même métier se réunissent en un DES commun.

**PHAR-E : Les anesthésistes-réanimateurs ont largement participé à la création des SAMU et des SMUR. Aujourd'hui, ils n'y sont plus. Ne risque-t-on pas de voir la même chose pour les réanimations ? Qu'en pensent les instances de la spécialité ?**

**Jean-Louis Gérard :** La médecine d'urgence doit exercer la complétude de ses actions vers deux aspects que sont l'accueil hospitalier et le pré hospitalier.

En revanche, les instances dirigeantes de la médecine d'urgence reconnaissent à l'anesthésie-réanimation des compétences sur l'accueil hospitalier et la prise en charge des urgences graves.

Cependant, à aucun moment il n'est écrit que la médecine d'urgence a des compétences professionnelles dans le champ de la surveillance continue et de la réanimation.

L'intérêt de cette réforme du troisième cycle c'est aussi de positionner clairement chaque spécialiste dans son champ de compétences et non pas dans une évolution qui ne correspond absolument pas aux réalités des formations.

L'anesthésie-réanimation a créé les SAMU à l'époque où les urgences traumatologiques étaient particulièrement importantes. Actuellement cette typologie est en régression et cette spécialité rencontre des problèmes démographiques. De ce fait, les anesthésistes-réanimateurs se sont légitimement mis en retrait au niveau de la médecine pré-hospitalière.

On ne peut pas mettre en parallèle l'évolution observée sur la place des anesthésiste-réanimateurs dans la médecine pré-hospitalière à celle de la réanimation. La médecine d'urgence ne forme ni à la réanimation, ni à l'anesthésie, ni à la surveillance continue.

De plus, nous continuerons à former des anesthésistes-réanimateurs avec leur double compétence.

*Propos recueillis par Saveria Sargentini*

“ La notion de droit au remord est une notion qui a toujours existé dans le troisième cycle et elle continuera à être présente. ”

# Les groupements hospitaliers de territoire

L'acronyme GHT signifie groupement hospitalier de territoire. Cette nouvelle entité qui risque de bouleverser le paysage hospitalier actuel a été créée par la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

## LE GHT QU'EST-CE QUE C'EST ?

L'article qui traite des GHT dans la Loi de santé est l'article 107. C'est un article d'environ huit pages qui a énormément évolué durant le processus législatif. Initialement lors du projet de loi, les GHT étaient décrits à l'article 27 et celui-ci ne comptait que deux pages et demi ! C'est dire l'importance du travail parlementaire qui a été fait sur cet article et qui révèle finalement que les groupements hospitaliers de territoire sont un sujet majeur au sein de cette nouvelle Loi.

Les GHT sont donc naturellement devenus le dossier « chaud » de l'année pour toutes les organisations syndicales médicales hospitalières.

Les GHT ont pour vocation de remplacer la plupart des dispositifs de coopération entre les établissements publics de santé qui existent actuellement. Ils succèdent donc aux GCS (groupement de coopération sanitaire) et autres communautés hospitalières de territoire.

## QU'EST-CE QUI EST PRÉVU ?

Tous les établissements publics de santé, sauf dérogation particulière, devront faire partie d'un groupement hospitalier de territoire. Dans chaque groupement hospitalier de territoire, un établissement sera désigné comme étant l'établissement support qui assurera la gestion du groupement et de ses ressources partagées. L'établissement support pourra être un centre hospitalo-universitaire mais pas nécessairement.

Avant même que la Loi ne soit définitivement adoptée, la Fédération Hospitalière de France (FHF) avait anticipé le débat et les discussions sur le contour territorial des groupements hospitaliers de territoire. C'est pour cela que plusieurs régions ont déjà publié les cartes des futurs GHT. La plupart des



régions auront probablement un groupement hospitalier de territoire par département. Sauf évolution importante, 150 à 250 GHT sont prévus sur l'ensemble du territoire français selon les visions organisationnelles qui se confrontent en ce moment. Cela signifie donc qu'il y aura des départements qui seront organisés en deux voire trois GHT, d'autres n'en auront qu'un seul.

## QUEL TYPE DE COLLABORATION ?

Si l'objectif initial des groupements de territoire est l'optimisation des ressources financières par la réalisation d'économies d'échelle, le GHT devra se doter de plusieurs fonctions communes.

L'établissement support assurera les fonctions suivantes pour le compte des établissements appartenant au groupement :

- mise en place d'un système d'information hospitalier commun ou convergent permettant de partager le « dossier patient »,
- gestion d'un département de l'information médicale permettant l'analyse de l'activité du groupement,
- la fonction achats,
- la coordination des instituts et des écoles de formations paramédicales.



Le rôle de l'établissement support sera donc prépondérant sur l'organisation du groupement. Il aura aussi pour tâche de gérer les équipes médicales communes au sein du groupement et la mise en place de pôles inter-établissements si le groupement décide d'en créer.

Les GHT devront organiser en commun les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle ainsi que les activités de biologie médicale.

Les détails de cette mise en commun seront décrits par la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire qui sera soumis à l'approbation de l'ARS.

## LA CONVENTION CONSTITUTIVE DU GHT

Elle devra définir :

- le projet médical partagé par l'ensemble des établissements signataires de la convention.
- les délégations d'activité hospitalo-universitaire, puisque chaque groupement hospitalier de territoire devra nécessairement être associé à un CHU pour les activités d'enseignements et de recherche.
- les transferts d'activités de soins, d'équipements ou de matériel lourd entre les différents établissements
- l'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux résultant du projet médical partagé. Les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, les pôles inter-établissements
- les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, à savoir :
  - la désignation de l'établissement support
  - la composition du comité stratégique
  - l'articulation entre les différentes CME, le cas échéant, et la mise en place d'instances communes.
  - le rôle du comité territorial des élus locaux

## LE PROJET MÉDICAL : LA PIERRE ANGULAIRE

La convention constitutive devra définir le projet médical commun des établissements du GHT. Il est clair que, sans véritable projet médical commun, les GHT ne fonctionneront pas ou seulement à minima sur les fonctions logistiques.

L'importance du projet médical partagé a été forte-

ment affirmée dans les conclusions du rapport de la mission Martineau-Hubert sur le sujet. Si le projet médical n'est pas établi par les médecins eux-mêmes et n'est pas partagé par l'ensemble des médecins appartenant au groupement, les coopérations seront aléatoires et le fonctionnement du groupement très éloigné des ambitions de la loi de modernisation du système de santé.

“  
**La limitation du recours à l'intérim médical est un des effets attendus des GHT.**  
 ”

Le projet médical ne pourra être élaboré qu'avec la pleine collaboration des équipes médicales concernées. De même, pour obtenir l'adhésion et la participation de ces équipes il sera nécessaire de définir un certain nombre de compensations pour favoriser l'exercice médical territorial et surtout pour ne pas le contraindre par des mesures punitives qui entraîneront le contraire de l'effet escompté.

La limitation du recours à l'intérim médical est un des effets attendus des GHT. Il est bien évident que si les conditions de travail des équipes médicales territoriales ne sont pas suffisamment attractives elles pourraient rapidement se désagréger et les praticiens pourraient démissionner pour aller exercer dans l'intérim.

## LES INSTANCES ET LE FONCTIONNEMENT

Il n'est pas prévu que le groupement hospitalier de territoire puisse avoir, en tout cas pour le moment, une personnalité morale. Ce qui signifie sur le plan juridique, que le GHT n'existe pas en tant que tel et que chaque partie a la responsabilité propre de son exercice et de son activité. Il serait cependant souhaitable que les groupements hospitaliers de territoire possèdent des instances communes et en particulier une CME commune car il est presque certain que ce sera le corps professionnel le plus impacté par ces nouvelles modalités d'exercice territorial nomade. Nous exigeons donc une CME commune avec une représentation qui soit aussi démocratique que possible.

Le rôle de l'Agence Régionale de Santé et de la commission régionale paritaire devra par ailleurs être précisé car ces nouvelles modalités d'exercice pourraient être source de nombreux risques professionnels surtout si le projet médical n'est pas suffisamment discuté avant la mise en place du groupement.

Le GHT devra écrire un règlement intérieur qui précisera son fonctionnement. Celui-ci devra être validé par les instances et ne pas être laissé à la seule discrétion du comité stratégique du groupement (composé a minima des directeurs d'établissements, présidents des commissions médicales d'établissement et présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'ensemble des établissements parties au groupement).

### BLOC ET AUTRES PLATEAUX TECHNIQUES

La Loi aborde uniquement le sujet des activités de biologie et de radiologie au sein des groupements hospitaliers de territoire mais n'aborde pas celui de la mise en commun des autres plateaux techniques comme les blocs opératoires. Il est clair que ce sujet sera certainement un point de friction au sein même du groupe hospitalier territoire et il en sera probablement de même avec les maternités.

Concernant les blocs opératoires en général et l'anesthésie-réanimation en particulier, il est clair que le projet médical devra aborder les problèmes d'organisation du travail au sein des différents blocs opératoires. Il est nécessaire que des règles et des organisations communes soient établies afin d'éviter que l'exercice territorial ne devienne une espèce d'intérim *low-cost*



sur le dos des praticiens exerçant au sein d'établissements qui parvenaient encore à recruter. Un projet mal préparé pourrait non seulement ne pas fonctionner mais également déstabiliser les équipes médicales en place et favoriser la fuite des praticiens vers d'autres terres moins arides.

*Yves Rébufat, Président du SNPHAR-E.*

## Prolongation d'activité

Le 11 février 2016 paraissait l'instruction DGOS/RH4/2016/36 du 11 février 2016 sur la prolongation d'activité.

Les praticiens peuvent désormais poursuivre leur activité jusqu'à 72 ans dans le cadre d'un cumul emploi retraite et 70 ans en prolongation d'activité. Cette mesure est bien entendu totalement facultative.

Le SNPHAR-E est opposé à une telle mesure qui ne renforce en rien l'attractivité des hôpitaux publics.

Pour beaucoup de collègues, cette nécessaire prolongation est la conséquence de la diminution des pensions organisée par les précédentes réformes des retraites et de l'IRCANTEC.

Ces deux mesures associées à la baisse notable du pouvoir d'achat que subissent les praticiens hospitaliers, dont la grille salariale n'a pas bougé d'un centime depuis 6 ans, dont les gardes et astreintes n'ont pas plus été revalorisées, dont le temps additionnel est notoirement sous-payé, font parties des véritables causes de la désaffection des praticiens pour les hôpitaux publics et c'est avant tout cela qu'il aurait fallu corriger.

Si le progrès social se poursuit dans ce sens, nous aurons, après la chirurgie ambulatoire, l'anesthésie en déambulateur au bloc opératoire !



SYNDICAT NATIONAL  
DES PRATICIENS HOSPITALIERS  
ANESTHÉSISTES RÉANIMATEURS ÉLARGI

MEMBRE ADHÉRENT ET FONDATEUR DE L'INTERSYNDICALE « AVENIR HOSPITALIER »  
MEMBRE ADHÉRENT DE LA FÉDÉRATION EUROPÉENNE DES MÉDECINS SALARIÉS, FEMS

**Docteur Yves Rébufat**  
*Président*

**Docteur Grégory Wood**  
*Secrétaire Général*

8 février 2016

**GHT : Aucun compromis sur le projet médical !**

Le SNPHAR-E apprend par voie de Presse l'existence d'un décret sur les GHT qui permettrait la re-nomination autoritaire dans ces GHT, des praticiens hospitaliers actuellement nommés au sein des pôles des établissements de santé. **Ceux qui n'accepteraient pas cette nomination pourraient être d'office placés en position de recherche d'affectation.**

La précipitation actuelle concernant la mise en place des GHT, la première phase devant être finalisée avant l'été, **ne permettra pas l'élaboration du projet médical territorial qui devait être le fondement même du GHT.**

Si ce projet médical n'est pas au centre de leur élaboration, nous avons de grandes craintes sur l'objectif final de la création des GHT. En effet, en l'absence d'intégration du projet médical, ceux-ci permettraient le saupoudrage de l'offre de soin sur l'ensemble du territoire ce qui entrainerait un démantèlement des filières de soins actuelles avec de graves conséquences pour la sécurité des malades.

Si les GHT ne sont que des instruments politiques au service de potentats locaux qui s'obstinent à maintenir en fonctionnement des plateaux techniques inutiles, sous-utilisés, coûteux et parfois dangereux, pour des raisons purement électoralistes, les médecins hospitaliers français ne le cautionneront pas.

Le SNPHAR-E demande donc une prolongation du délai pour l'écriture des projets médicaux des GHT, **une nouvelle concertation sur l'exercice médical au sein des GHT** en particuliers pour les spécialités travaillant en plateaux techniques et 24/7, ainsi que **de véritables mesures d'attractivité pour inciter les médecins hospitaliers à participer aux GHT** et pas des dispositions administratives autoritaires qui ne feront qu'aggraver la fuite des médecins hospitaliers vers d'autres modes d'exercices moins contraignants.

Service d'Anesthésie Réanimation  
Hôpital Laënnec - CHU de Nantes  
44093 Nantes Cedex 1  
tél. 02 40 16 51 47  
tél. 06 86 87 62 76  
✉ yves.rebufat@snphar.fr

Pôle Réanimations Anesthésie SAMU  
CHU de Rouen - Hôpital Charles Nicolle  
1 rue de Germont  
76038 Rouen Cedex  
tél 06 65 40 87 07  
✉ gregory.wood@snphar.fr

[www.snphar.com](http://www.snphar.com)

# Intersyndicales : WhosWho ?

La génération montante des praticiens hospitaliers méconnaît l'histoire de la création du Statut Unique de Praticien Hospitalier par Décret n°84-131 du 24 février 1984 et les progrès qu'il a permis. Dès l'origine, les syndicats de praticiens hospitaliers se sont très fortement impliqués dans son élaboration et sa parution. Dans ce numéro, PHAR-E propose deux articles décrivant le paysage intersyndical médical hospitalier, dans son environnement actuel, et les organisations qui l'occupent.

## Les intersyndicales

par le Yves Rébufat,  
Président du SNPHAR-E

**De nombreux praticiens hospitaliers se demandent qui sont et à quoi servent les organisations syndicales médicales hospitalières et aussi comment sont-elles organisées ? Cet article vous permettra de faire le tour du paysage syndical médical hospitalier et vous donnera quelques clés pour mieux comprendre le fonctionnement de ces organisations et l'importance de votre participation aux futures élections de 2017.**

### UN PEU D'HISTOIRE

Il existe une multitude de syndicats médicaux hospitaliers.

Chaque spécialité, chaque discipline en a un et parfois plusieurs. Certains sont tellement petits qu'ils ne comptent parfois qu'une dizaine de membres voire moins. Le problème de la représentativité des syndicats médicaux a toujours été une difficulté pour les différents gouvernements qui se sont succédés car il leur était difficile de trouver les bons interlocuteurs au sein de cette myriade syndicale. Aussi, pour avoir plus de visibilité et de lisibilité, les syndicats médicaux se sont progressivement regroupés en intersyndicales et celles-ci sont rapidement devenues le seul interlocuteur des gouvernements successifs, charge à elles de trouver en leur sein les représentants des syndicats les plus concernés par la discussion ou la question posée.

Le problème majeur du syndicalisme médical hospitalier est qu'il n'est encadré par aucun texte réglementaire en dehors de l'article R 6152-73 du statut de PH qui autorise le droit syndical pour les praticiens hospitaliers. Malheureusement, l'arrêté d'application de ce bel article n'a jamais été écrit, si bien que les droits et moyens syndicaux accordés aux pra-

ticiens hospitaliers sont presque inexistantes et que les critères de représentativité sont encore aujourd'hui extrêmement flous.

Le seul critère à peu près unanimement reconnu est celui des résultats aux élections nationales pour la commission statutaire et le conseil de discipline qui ont lieu normalement tous les six ans. Cependant, ce scrutin a la particularité d'avoir deux collèges, le premier, celui des praticiens mono-appartenant dont les électeurs sont environ 40 000, le deuxième, celui des praticiens bi-appartenant, ayant une valence universitaire, dont le nombre d'électeur est d'environ 6 000.

Au sein de ces principaux collèges, il existe une nouvelle division avec des collèges par discipline, médecine, chirurgie, anesthésie-réanimation, psychiatrie, biologie et pharmacie. Cela complique encore grandement les choses.

On pourrait penser que les résultats aux commissions nationales auraient permis de dégager des critères de représentativité, en pratique il n'en est rien puisque les résultats sont exprimés à la fois en nombre de voix et en nombre de sièges et qu'il faut donc moins de voix pour avoir autant de sièges dans les collèges où le nombre de votants est réduit (collège des universitaires). Cette situation a donc largement participé à la cacophonie de la représentativité après les élections de 2005 et 2011.

Et cela se complique encore car il n'était pas nécessaire d'être regroupé en intersyndicale pour proposer des candi-

dates aux élections de 2011. Des syndicats indépendants ont donc déposé des candidatures isolées. Cerise sur le gâteau : il y a eu plusieurs alliances entre les différentes intersyndicales, mais pas identiques dans toutes les disciplines ou collèges. Cela a permis à chacun de se déclarer vainqueur à l'annonce des résultats du scrutin.

Après les résultats des élections de 2005, il y avait quatre intersyndicales considérées comme représentatives par le gouvernement : la CMH qui deviendra ensuite CPH, l'INPH,

“  
Aujourd'hui, le problème de la représentativité des syndicats et de leurs intersyndicales n'est toujours pas résolu. Les gouvernements continuent à discuter et à négocier avec les cinq intersyndicales.”

la CMH, le SNAM-HP. Il y en a cinq depuis les dernières élections de 2011 puisque la petite nouvelle, Avenir Hospitalier, créée juste avant les élections de 2011 par le SNPHAR-E, en raison de désaccords avec son intersyndicale de l'époque (l'INPH), a réussi à obtenir des sièges dans les collèges des praticiens mono-appartenants en anesthésie-réanimation bien sûr mais aussi en médecine et en chirurgie. Il a ensuite fallu plus d'un an pour qu'Avenir Hospitalier soit reconnue comme représentative par les pouvoirs publics et acceptée comme la cinquième intersyndicale. L'AMUF-CGT qui avait réussi à obtenir un siège en médecine, a elle aussi revendiqué le statut d'intersyndicale mais ne l'a pas obtenu en raison d'une absence de représentativité dans les autres disciplines.

**Aujourd'hui il y a donc cinq intersyndicales représentatives des praticiens hospitaliers et des praticiens hospitaliers universitaires.**

### LES DIFFÉRENTES INTERSYNDICALES

- Commençons par la nôtre, celle qu'on connaît le mieux, Avenir Hospitalier. Avenir Hospitalier a été fondée par plusieurs syndicats, le SNPHAR-E, le SYNGOF (gynécologues obstétriciens) et le SMH (Syndicat des Martiniquais hospitaliers). Ces trois syndicats ont ensuite été rejoints par le SNGC (Syndicat National de Gériatrie Clinique) et bien plus récemment par SUdF (SAMU Urgences de France). Avenir Hospitalier a donc pour le moment une forte représentation dans les disciplines d'anesthésie-réanimation, de médecine et de chirurgie, exclusivement dans le collège des mono-appartenants bien qu'ayant des universitaires dans ses adhérents. Elle a toujours porté la parole du SNPHAR-E et défendu ses positions sur des sujets importants pour les anesthésistes-réanimateurs comme le temps de travail, la permanence des soins, l'organisation des parcours de soins et des plateaux techniques. Son président actuel est le Docteur Max-André Doppia, anesthésiste-réanimateur à Caen.
- La CPH, la confédération des praticiens des hôpitaux est une autre intersyndicale, qui est proche d'Avenir

Hospitalier par ses prises de positions. Le Docteur Jacques Trévidic, praticien hospitalier en pharmacie est l'actuel président de la CPH.

- La troisième intersyndicale est l'INPH (L'Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers), elle regroupe en son sein plusieurs syndicats couvrant un bon nombre de disciplines médicales ainsi qu'un syndicat de sage-femme. Sa présidente est le Docteur Rachel Bocher, psychiatre à Nantes.
- La CMH (Coordination Médicale Hospitalière) dont l'actuel président est le Docteur Norbert Skurnik, psychiatre à Paris. La CMH compte de nombreux syndicats dont certains avec une forte participation universitaire ce qui a lui a permis de bénéficier des votes des hospitalo-universitaires en 2011 et de remporter ainsi de nombreux sièges dans ces collèges.
- La cinquième et dernière intersyndicale est le SNAM-HP (Syndicat National des Médecins, Chirurgiens, Spécialistes, Biologistes et Pharmaciens des Hôpitaux Publics) dont l'actuel président est le Professeur Sadek Beloucif, PUPH d'anesthésie-réanimation à Bobigny. Le SNAM-HP a une représentativité assez proche de celle de la CMH et il est de toute façon très difficile de les départager puisqu'elles se sont présentées sous la bannière commune de Convergences HP lors des dernières élections. L'actuel président de Convergences HP est le Docteur Roland Rymer, ancien président du SNAM-HP.

## Préparez vos prochaines élections...

La plupart des intersyndicales ont un site Web qui présente leurs activités et les différents syndicats constitutifs qui les composent.

Il vous appartient donc désormais, avant les prochaines élections, qui auront probablement lieu en 2017, de savoir par qui vous souhaitez être représenté à la commission nationale statutaire (qui traite des problèmes d'insuffisance professionnelle) et au conseil de discipline (qui traite des problèmes de discipline) mais aussi dans la future instance créée par la loi de modernisation du système de santé de 2015 et qui devrait s'emparer de toutes les questions de modification du statut PH dès son entrée en fonction.

D'ici les prochaines élections, nous espérons que les critères de représentativité auront été clairement définis par les pouvoirs publics, que les règles de participation aux élections auront, elles aussi été mieux précisées afin qu'il n'y ait plus de discussions possibles après l'annonce des résultats et que l'on sache enfin qui représente qui au sein des intersyndicales.

Avenir hospitalier et la CPH partagent une vision très semblable de l'organisation hospitalière et leurs idées et propositions sont convergentes sur de nombreux points. Aussi en 2015 elles ont décidé de créer une structure commune appelée APH (Action Praticien Hôpital) avec un objectif de fédération des syndicats hospitaliers et de convergence d'idées. C'est le Docteur Nicole Smolski, anesthésiste-réanimateur à Lyon et ancienne présidente d'Avenir Hospitalier, qui préside APH.

## L'environnement intersyndical des praticiens hospitaliers en France

Par Max-André Doppia  
Président de Avenir Hospitalier

president@avenir-hospitalier.fr

Les différentes organisations sont engagées dans un imposant cycle de concertations avec les pouvoirs publics. L'issue de ce Marathon syndical va concerner notre quotidien, et ce pour plusieurs années. Avenir Hospitalier (AH) est l'une de ces clés intersyndicales dont le SNPHAR-Elargi est une composante essentielle.

### UN ÉTERNEL RECOMMENCEMENT...

Depuis 25 ans, les politiques hospitalières ont abouti à la crise démographique annoncée que nous subissons aujourd'hui. Celle-ci résulte d'une triple occurrence : une politique malthusienne pour la formation, une restructuration hospitalière quasi inexistante jusqu'à il y a peu (et à laquelle nous n'avons jamais été conviés), et enfin un manque de lucidité et de volonté en faveur d'une politique d'attractivité courageuse et efficace lorsqu'il en était temps. Depuis 1984, c'est grâce à des combats, toujours rudes, que des mesures de justice sociale ont été progressivement intégrées dans le statut de PH, par le biais d'engagements forts et déterminés dans l'action syndicale.

### Des acquis syndicaux pour tous les PH

Concours National de PH, droit d'entrée dans un statut particulier d'agent nommé à titre permanent mais non titulaire de l'Etat, grille salariale spécifique, 15 jours FMC, couverture sociale maladie-maternité, indemnisation des gardes et astreintes, inclusion dans l'assiette de cotisations retraite, inclusion de la garde dans le temps de travail et repos de sécurité, bornes légales de la durée du travail du PH et dispositif de plages additionnelles sur contrat, jours RTT, CET, Indemnité d'engagement de service public exclusif, prime multi-sites, élections professionnelles pour le conseil de discipline, la commission statutaire nationale, représentation syndicale dans les instances paritaires : Commissions Régionales Paritaires, etc.).

### PROTÉGER ET DÉFENDRE LES PRATICIENS

Aujourd'hui, bien des acquis sociaux sont susceptibles d'être attaqués et ébranlés au nom d'une rationalité économique qui semble être la préoccupation essentielle des managers hospitaliers. Soyons lucides : dans ce contexte changeant, aucun acquis ne vous sera garanti si vous ne le défendez pas ! Ce bref rappel est donc particulièrement destiné à aider chacune et chacun (PH, jeune ou moins jeune, PH à diplôme étranger), à comprendre l'organisation complexe du syndicalisme hospitalier en France.

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication permettent à ces organisations de vous adresser, en temps réel, leurs prises de position syndicales par des newsletters, des articles de Presse syndicale ou médicale et, de plus en plus, via les réseaux sociaux (Twitter, Facebook) ou par les dépêches d'agence qui reprennent leurs communiqués de Presse. Alors, comment savoir qui sont ces organisations de diverses sensibilités qui s'adressent ainsi à vous ? Comment comprendre ces regroupements sous des sigles nouveaux ? Comment comprendre l'articulation de ces organisations syndicales entre elles, mais aussi leur place dans le jeu complexe de la concertation avec les Pouvoirs Publics ?

### UNE INTERSYNDICALITÉ NÉCESSAIRE

Il existe effectivement plus de cinquante syndicats de praticiens hospitaliers en France. À l'évidence, les pouvoirs publics ne peuvent pas discuter avec un tel éparpillement de sensibilités ou d'intérêts. Ils ont donc, très tôt, exigé le regroupement de ces syndicats en structures intersyndicales, condition sine qua non pour être reçus au ministère (politique) ou à la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins : administration centrale), afin de participer aux différentes concertations, et être partie prenante d'éventuelles négociations.

“ Depuis 1984, c'est grâce à des combats, toujours rudes, que des mesures de justice sociale ont été progressivement intégrées dans le statut de PH. ”

Comme l'a rappelé Yves Rébufat (page 12), 5 intersyndicales de praticiens hospitaliers sont reconnues représentatives et, à ce titre, sont conviées à concerter, discuter ou négocier. Lorsqu'elles argumentent leurs revendications, ces cinq organisations représentent l'ensemble des 43 000 praticiens hospitaliers recensés en France en 2015 soit, chacun(e) d'entre vous. D'autres organisations, qui participent aussi aux concertations sur des textes impactant la place et le statut de leurs mandants dans les hôpitaux ou, ultérieurement, l'organisation de leur exercice en secteur libéral, sont à signaler. Il peut s'agir d'organisations de Chefs de Cliniques et Assistants (INSCCA), d'organisations d'Internes comme l'InterSyndicat National des Internes (ISNI) et de l'InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG).

### DES INSTITUTIONS, NON SYNDICALES, FONT PARTIE DE L'ENVIRONNEMENT...

Ce tableau ne serait pas complet s'il ne dressait pas la liste des « institutionnels » que nous retrouvons régulièrement autour de la table de discussion. Ainsi, la puissante Fédération Hospitalière de France (FHF) et les Conférences (Directeurs généraux de CHU, de CH, présidents de CME, Directeurs des affaires médicales et Doyens pour les CHU) pèsent leur poids dans les échanges qu'elles ont avec les Pouvoirs Publics. Leur puissance est telle qu'une unité intersyndicale se justifie, en regard, pour défendre le point de vue syndical sur le fonctionnement du service public.

Personne d'autre que les syndicats de PH n'a vocation à défendre les intérêts des PH (salaires et indemnités diverses, droits sociaux, représentation dans l'institution, etc.). Notons quand même ici le déséquilibre existant entre les moyens mobilisables par ces organisations (temps, financement des frais de déplacement, accès facilité à des espaces d'échanges, moyens de communication, organisation de réunions plénières régionales ou nationales, etc.) et, en regard, la pauvreté des moyens alloués aux organisations syndicales de PH pour assurer leur mission constitutionnelle : les cotisations de leurs mandants ! Ce point doit faire l'objet d'une concertation prochaine. Vous devez exiger des moyens pour ceux qui vous représentent.

Nos organisations ne revendiquent pas de négocier le salaire ou les primes des directeurs. Il va sans dire que si nous parlons de négociations, celles-ci ne doivent pas impliquer d'autres syndicats que ceux des personnels pour lesquels ils négocient. Ce point est entendu pour la question des salaires ou des compensations à obtenir pour toute nouvelle contrainte apparaissant dans le système. Ainsi, la mobilité accrue ou l'extension des plages de travail peuvent être des conséquences de la création des GHT et justifient une négociation propre aux PH pour fixer le montant indemnitaire attendu dans le cadre de la reconnaissance d'un investissement nouveau.

### APH : LE RAPPROCHEMENT ENTRE AH ET CPH...

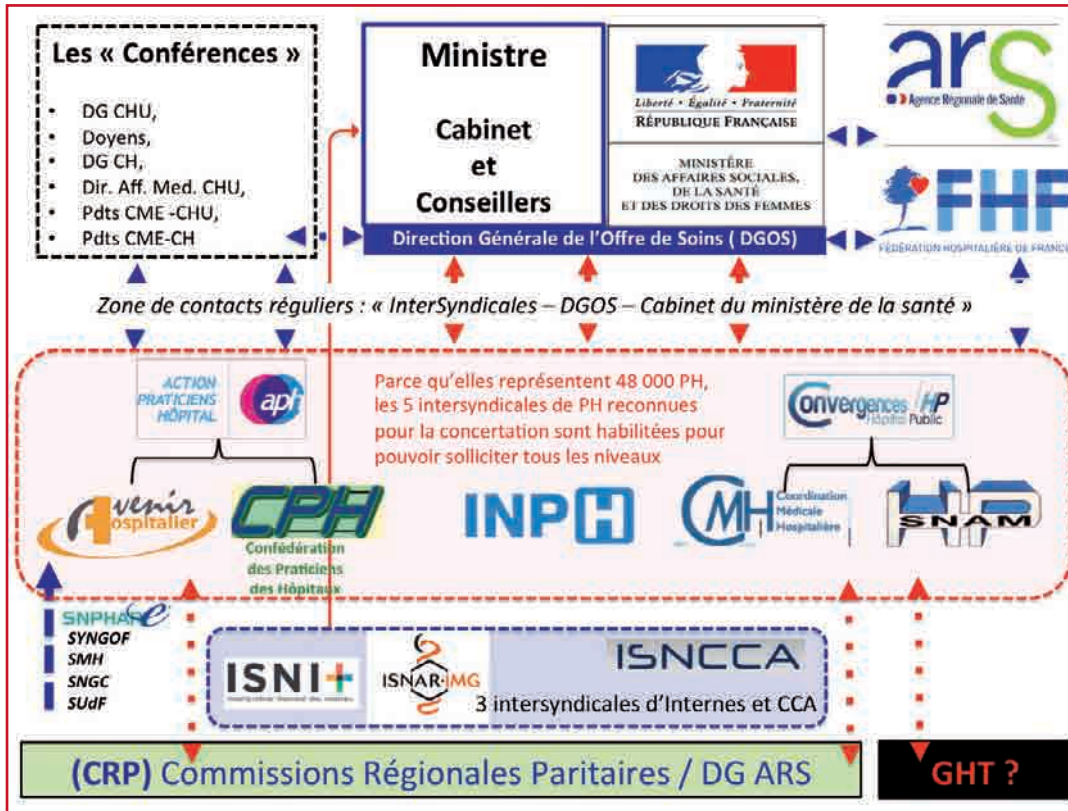
Avec d'autres syndicats partageant ses vues et ses méthodes, le SNPCHAR-Elargi a été à l'initiative de la fondation de Avenir Hospitalier en 2011. La sensibilité progressiste du SNPCHAR-E, historiquement relié aux seuls anesthésistes, lui a permis de s'élargir aux autres spécialités représentant aujourd'hui près de 20 % de ses adhérents. AH occupe pour sa part une représentation considérée comme importante puisque les dernières élections professionnelles l'ont créditée de presque 25 % des voix en lui assurant une représentativité reconnue par sa place dans les processus de concertation et demain, peut-être, de négociation.

Par son appartenance et sa contribution à Avenir Hospitalier, le SNPCHAR-Elargi, est donc un interlocuteur qui peut y faire valoir sa réflexion, comme celle des autres syndicats qui le composent. Chaque organisation dispose d'ailleurs d'un siège de vice-président au Conseil d'Administration d'AH.

### DES LIENS PRIVILÉGIÉS

Sans doute n'a-t-il échappé à personne qu'Avenir Hospitalier entretenait des liens privilégiés avec une autre grande Intersyndicale : la CPH. La création très récente d'une superstructure fédérative nous réunissant sous le sigle APH (Action Praticiens Hôpital) témoigne de notre partage de vues sur la plupart des points que nous considérons comme fondamentaux pour la place et la reconnaissance nécessaire du PH dans le système hospitalier. Notre réactivité est

“  
**La mobilité accrue ou l'extension des plages de travail peuvent être des conséquences de la création des GHT et justifient une négociation propre aux PH**  
 ”



pour opposer un front uni pour imposer un point qui fait consensus entre nous. L'exemple du rôle de l'équipe territoriale pour élaborer le projet médical dans les Groupements Hospitaliers de Territoires en est une parfaite illustration.

Le schéma ci-contre résume la composition des intersyndicales et leur articulation avec les autres organismes et les pouvoirs publics.

**L'INTERSYNDICALITÉ : UNE NÉCESSITÉ !**

L'entretien d'un débat démocratique et transparent entre les organisations syndicales de PH permet de porter au mieux vos attentes. L'inter-

remarquée par la parution régulière de Communiqués de Presse communs qui vous sont adressés ainsi qu'à nos correspondants respectifs. C'est donc ensemble que nous procédons à l'analyse rigoureuse des textes qui sont soumis à concertation et nous formulons toujours nos observations après des échanges approfondis.

Ces liens n'empêchent pas de conserver des relations courtoises et intelligentes avec les trois autres Intersyndicales. C'est, d'une part, nécessaire pour trouver les points de convergence lorsque des intérêts supérieurs sont en jeu pour l'ensemble du corps des Praticiens Hospitaliers et, d'autre part, indispensable

syndicalité est aussi une force mobilisatrice dont la puissance est susceptible d'être utilisée en cas de besoin. Ne perdons jamais de vue qu'en face, les directeurs, les membres de fédérations, les Affaires Médicales, etc. sont tous très syndicalisés. C'est pourquoi, il est important que vous puissiez contribuer à cet exercice chez les PH, à commencer par soutenir les organisations qui les composent en leur manifestant votre confiance par votre adhésion. AH a besoin d'un SNPHAR-Elargi fort et contributif, comme chacune des autres organisations qui le composent... C'est là que résidera notre vitalité. Donc, la vôtre !

**Colloque Avenir Hospitalier  
Quel avenir (hospitalier) pour la chirurgie ?**

**Le 12 Mai 2016, de 9h30 à 17h00 à l'Amphithéâtre Dausset, Hôpital Cochin,  
27 rue du Faubourg Saint Jacques, 75014 PARIS**

Les multiples bouleversements de la santé, les réformes successives de l'hôpital (HPST, T2A, organisation de l'activité autour de blocs centralisés, temps de travail, évolutions sociologiques), ont profondément modifié l'exercice de la chirurgie à l'hôpital.

L'intersyndicale Avenir Hospitalier, qui vient de créer un collège de chirurgiens H et HU, a décidé de se pencher sur ces évolutions, avec et pour les acteurs hospitaliers. Nous commençons ce cycle de réflexions avec les chirurgiens

hospitaliers, quelle que soit leur spécialité, et quel que soit leur statut.

Nous vous invitons à y participer, et invitons également les institutionnels et décideurs, qui doivent entendre la voix des acteurs de terrain (FHF, ministère, Conférences de DG et de PCME).

Vous trouverez le programme et les modalités d'inscription sur le site : [www.avenir-hospitalier.fr/index.php/2-non-categorise/303-colloque](http://www.avenir-hospitalier.fr/index.php/2-non-categorise/303-colloque)



# Le feuillet de PHAR-E : les missions des PH

Chaque médecin a une définition de l'exercice en hôpital public qui lui est propre. Les différentes générations se rejoignent-elles toujours sur les fondements de ce métier et sur l'avenir de celui-ci ? Pour le savoir, nous avons interrogé trois jeunes médecins, Sébastien Mirek (chef de clinique au CHU de Dijon, vice-président de l'ISNCCA), et deux PH nouvellement nommés Sandra Ollier (CHU d'Avignon) et AR (PH resté anonyme).

**PHAR-E : Quelle « représentation » avez-vous d'un médecin de l'hôpital public ? Quelles sont ses missions ?**

**Sébastien Mirek :** Le médecin de l'hôpital public a plusieurs missions. La première est une mission de soins et de prise en charge des patients quelque soit la spécialité du médecin. En anesthésie-réanimation nous avons une spécialité polyvalente mais toutes les spécialités doivent prendre en charge leurs patients. Et puis une mission d'implication dans sa structure au sein de son établissement, par plusieurs valences. Des valences administratives, syndicales mais également via la recherche, l'enseignement et la pédagogie. C'est ainsi que je vois le médecin au sein de l'hôpital public.

**Sandra Ollier :** La mission principale du médecin de l'hôpital public est de soigner tous les patients qui se présentent à lui sans aucune distinction. C'est d'ailleurs pour embrasser cette vision du métier, qui paraît un peu « utopique » aujourd'hui, que l'on choisit de s'engager dans cette voie à mon avis. Se dire que l'on va pouvoir soigner tout le monde sans avoir à demander une carte vitale ou sans avoir à connaître les ressources du patient par exemple. Par ailleurs, les missions d'enseignement et de formation sont également très importantes et elles complètent la mission de soins qui demeure la mission principale.

**AR :** Soigner tout le monde et avant tout : telle est la mission du médecin. Celui qui choisit de travailler à l'hôpital public applique cette maxime à tous ceux qui se présentent devant lui. Disons que choisir le service public c'est se consacrer aux autres par passion et par dévouement. Une autre de ses missions est de travailler main dans la main avec tous les personnels

soignants afin de faciliter la bonne marche de l'établissement.

Ce n'est pas toujours facile, tout le monde le sait.

**PHAR-E : Être médecin de l'hôpital public : est ce un sacerdoce, une vocation, un métier comme un autre, une galère ?**

**Sébastien Mirek :** Pour ma part, je dirais une vocation. En médecine nous avons la chance de pouvoir choisir notre spécialité, notre voie d'exercice. Je pense vraiment que c'est une vocation mais celle-ci peut être déviée par les difficultés que les médecins rencontrent, surtout celle de pouvoir se retrouver au sein de la gouvernance hospitalière et des structures importantes. Nous avons du temps clinique et très peu de temps non clinique afin de gérer les éléments pour la prise en charge des patients. Nous sommes aidés par le secrétariat mais certaines fois nous avons besoin de plus de temps non clinique

notamment pour encadrer les jeunes. Donc une vocation oui, mais avec des difficultés à se retrouver dans ces structures très importantes.

**Sandra Ollier :** À mon sens, c'est un métier comme un autre dans le sens où l'on choisit de le pratiquer parce qu'on ne se voit pas faire autre chose et c'est ce qui m'est arrivé. Je n'apprécie pas le terme de vocation qui ne me correspond pas vraiment, je dirais que c'est une évidence, une idée que l'on se fait de sa vie future et de la façon dont on veut pratiquer la médecine.

**AR :** À la fois une galère et une vocation ! Mais c'est avant tout une vocation. Nous avons la chance de pouvoir choisir notre chemin en tant que soignant et faire ce choix là, n'est pas anodin selon moi. Ce n'est

“ Afin d'être encore plus performant à l'hôpital public, je suis persuadée qu'il faut aller voir comment ça se passe ailleurs. ”

pas un statut très confortable ce qui pourrait être néanmoins amélioré, c'est un choix de vie. Malgré les difficultés la vocation prend toujours le dessus, en ce qui me concerne en tout cas.

**PHAR-E : A votre avis, un médecin de l'hôpital public doit-il se consacrer de façon exclusive à son établissement ou bien peut-il exercer son activité au dehors, et si oui, sous quelle forme ?**

**Sébastien Mirek :** Je dirais non dans le sens où l'on n'est pas obligés de se confronter uniquement à l'hôpital public lorsqu'on a fait le choix d'être médecin. Je pense que ce qui serait intéressant concernerait la mise en place des exercices partagés. On en parle déjà avec les GHT, il faudrait voir comment organiser ces pratiques au sein d'un territoire sanitaire. Actuellement on entend beaucoup parler de formation aux gestes de premiers secours, au vu de l'actualité malheureuse. Pour moi cela fait également partie de la vocation du médecin. Nous travaillons à l'hôpital mais ça ne veut pas dire qu'on ne peut pas en sortir.

**Sandra Ollier :** Je ne crois pas que la relation entre l'hôpital public et ses médecins doit être exclusive. Afin d'être plus performant, je suis persuadée qu'il faut également aller voir ce qu'il se passe en clinique privée, dans le milieu associatif ou autre. L'hôpital public a besoin d'être enrichi des multiples expériences des différents soignants et l'immobilisme n'est pas une bonne chose quelque soit le domaine dans lequel on évolue.

**AR :** Après avoir fait ses armes au sein d'un hôpital, j'imagine qu'un médecin a envie de mettre ses compétences au service des autres de façon différente. La mission au sein de l'hôpital doit rester la plus importante mais rien n'empêche qu'un médecin puisse s'impliquer plus franchement dans l'enseignement, la formation ou encore dans le milieu associatif. Pour ma part, l'aventure humanitaire me tente beaucoup et dès que je serais prêt, je n'hésiterai pas

**PHAR-E : Pensez-vous que des signes objectifs d'une meilleure reconnaissance de la globalité des missions des médecins des hôpitaux publics favorisent l'attractivité des carrières hospitalières ?**

**Sébastien Mirek :** Oui, car la difficulté que nous avons actuellement comme je le disais précédem-



ment, c'est de se retrouver au sein des structures hospitalières. Les médecins pour pouvoir être épanouis dans leur travail ont besoin de reconnaissance et pas seulement financière. Les médecins doivent pouvoir participer. On a besoin de se reconnaître et d'être reconnus dans une équipe. Si on résolvait une partie de ce problème là, la pratique de la médecine à l'hôpital public serait forcément plus attractive.

“ **On devient médecin de l'hôpital public par vocation, mais avec des difficultés à se retrouver dans ces structures très importantes.** ”

**AR :** J'ai pu constater que mes jeunes collègues étaient en manque de reconnaissance. La passion du métier les pousse à choisir le service public la plupart du temps mais si ce sentiment persiste, ils partiront. Pour rendre les carrières hospitalières plus attractives, je pense que les médecins, toutes spécialités confondues doivent être soulagés au niveau des tâches administratives qui les occupent trop souvent la plupart du temps. Ils devraient aussi pouvoir être véritablement reconnus en tant que professionnels et piliers du système public hospitalier.

**Sandra Ollier :** Totalement. Les administrations ne sont pas assez proches de la réalité du terrain dans un premier temps et pour ne donner qu'un exemple je parlerai du salaire d'un pH en début de carrière. Après toutes ces années d'études, de dur labeur, 2000 euros par mois ce n'est pas beaucoup à mes yeux et je sais que de nombreux collègues sont d'accord avec moi. Ce n'est pas très attirant pour les jeunes qui vont préférer se diriger vers le privé à juste titre.

**PHAR-E : Quelle position pensez-vous qu'un médecin de l'hôpital occupe par rapport à la structure administrative de son établissement ?**

**Sébastien Mirek :** Je pense que la gouvernance

“  
**Les jeunes PH sont en manque de reconnaissance. La passion les pousse vers le service public, mais si ce sentiment persiste, ils partiront.**

”

hospitalière doit être davantage pensée à l'échelle humaine. Il faut privilégier un équilibre entre la vie professionnelle et personnelle. Avoir du temps clinique pour la prise en charge des patients, et du temps non clinique pour pouvoir se former et optimiser ces prises en charge. A l'image de

la société contemporaine, la société évolue et notre vision de la médecine évolue elle aussi. Il faut qu'on recentre notre spécialité sur l'exercice médical pour ne pas se perdre dans les tâches administratives qui sont difficiles à gérer et qui ajoutent une lourdeur qui n'est pas saine.

**Sandra Ollier :** Une position qui n'est souvent pas à la hauteur de ce tout ce que le médecin peut apporter. Les structures administratives nous apparaissent parfois si lointaines alors qu'elles sont si proches finalement. Le rôle du médecin est de soigner dans un premier temps mais pour parvenir à soigner correctement ses patients, il a besoin de travailler dans un environnement qui lui apporte de la reconnaissance et du soutien. Ce n'est pas le cas aujourd'hui donc on peut comprendre le désamour de certains jeunes pour cette branche qui est pleine d'avenir malgré tout.

**AR :** Le médecin et la gouvernance hospitalière ne doivent pas être en opposition mais plutôt complices. Le médecin ne doit donc pas être mis à l'écart au moment de la prise de décisions et nous savons que c'est souvent le cas. Le travail du médecin de l'hôpital public ne peut être efficient qu'à condition que la communication avec son administration soit réelle et permanente. Sans cela, le travail collectif finit par en pâtir et c'est toute la structure hospitalière qui en paie les conséquences.

*Propos recueillis par Saveria Sargentini*

## Du côté des nouveaux... La jeunesse syndiquée veut construire son futur !

**Ils sont jeunes, ils sont praticiens hospitaliers et ils ont tous les deux pris la décision de rejoindre le SNPHAR-E. Sandra et AR, jeunes PH, ont accepté de partager leur vision du syndicalisme avec nous. Lumière sur un échantillon de la jeunesse syndicaliste, plus que jamais consciente du rôle des syndicats et de ses enjeux actuels.**

**PHAR-E : Pourquoi avez vous fait le choix d'intégrer le SNPHAR-E ?**

**AR :** Je pensais à intégrer un syndicat alors que j'étais déjà étudiant. Le temps a passé, et j'ai débuté ma carrière à l'hôpital. Les débuts ont été assez difficiles. J'ai eu quelques problèmes avec ma hiérarchie et j'ai cherché du réconfort, des conseils auprès des représentants syndicaux. Grâce à eux, j'ai non seulement pu régler mes problèmes mais j'ai pu trouver une source de soutien et d'informations qui aujourd'hui me paraît d'autant plus essentielle. Chaque praticien devrait se poser la question. Il est important de connaître ses droits et devoirs.

**Sandra Ollier :** Mes parents, tous les deux médecins à la retraite aujourd'hui, ont toujours été syndiqués. J'ai grandi dans une famille qui considérait le combat syndical comme une étape essentielle de la vie d'un médecin.

L'action politique via la communauté syndicale me semblait donc évidente. C'est grâce à des gens comme eux que les statuts des médecins et des personnels soignants ont pu évoluer dans le bon sens. Après avoir rejoint le monde du travail en tant qu'anesthésiste-réanimateur, j'ai donc compris ce qu'ils essayaient de m'inculquer et un an après avoir intégré l'hôpital dans lequel je travaille aujourd'hui, j'ai sauté le pas.

IL EST IMPORTANT DE CONNAÎTRE SES DROITS ET SES DEVOIRS, DE SAVOIR QUE C'EST GRÂCE AUX DIFFÉRENTS SYNDICATS FRANÇAIS QUE NOUS POUVONS AUJOURD'HUI TRAVAILLER DANS DE MEILLEURES CONDITIONS.

**PHAR-E : Quel est le rôle d'un syndicat médical selon vous ?**

**Sandra Ollier :** Je crois que son rôle est de défendre les intérêts de ceux qui soignent et ceux qui sont soignés, d'apporter des réponses à ceux qui en ont be-

soin, et de soutenir ceux qui se retrouvent dans des situations délicates. En France, nous avons la chance de pouvoir nous faire entendre librement et chaque personne qui intègre la communauté des soignants devrait en avoir conscience. Je ne veux pas paraître radicale en disant cela, je pense simplement qu'il est important de connaître ses droits et ses devoirs, de savoir que c'est grâce aux différents syndicats français que nous pouvons aujourd'hui travailler dans de meilleures conditions. Les exemples sont nombreux mais ils ne

C'EST GRÂCE AUX JEUNES QUE LES CHOSSES BOUGERONT DANS LE FUTUR. ON NE PEUT PAS CONTINUER À SE PLAINDRE SANS ARRÊT DE LA SITUATION DE L'HÔPITAL EN FRANCE, SANS JAMAIS AGIR.

sont malheureusement pas connus de tous, il faut tenter d'y remédier.

**AR :** Accompagner tous les médecins pendant leur carrière, leur apporter du soutien et représenter leurs intérêts face

aux pouvoirs publics je pense que ce sont les missions principales d'un syndicat. Parler d'une seule voix, quand c'est possible, est beaucoup plus utile que la parole de chacun face au rouleau compresseur des administrations et des politiques. Les revendications sont plus claires et plus défendables quand c'est la voix d'un syndicat qui les porte. Sans le SNPHAR-E, ma situation aurait pris des allures dramatiques quand j'ai débuté. J'ai pu retrouver une certaine sérénité grâce au syndicat et il me semblait normal d'apporter ma contribution à mon tour.

### **PHAR-E : Les jeunes médecins et le syndicalisme... qu'est ce que ça vous inspire pour l'avenir ?**

**Sandra Ollier :** C'est une formule qui donne de l'espoir dans un premier temps. Les gouvernements qui succéderont à celui d'aujourd'hui devront discuter avec tous ceux qui prennent le temps de se battre pour les acquis sociaux, tous qui veulent les conserver en proposant des changements adaptés au terrain, à la réalité des métiers de l'hôpital. Ce n'est pas chose facile il faut en avoir conscience. Je crois qu'appartenir à un syndicat demande également de l'implication et aujourd'hui le temps est précieux. Nous essayons tous de conjuguer nos vies personnelles et professionnelles, cela peut paraître difficile voire impossible parfois et pourtant en ce qui me concerne j'y crois. Certains dossiers méritent toute notre attention, il ne faut pas l'oublier.

**AR :** C'est rassurant. Je vois pas mal de jeunes collè-

gues comme moi qui ont envie de s'impliquer mais ils hésitent. Ils sont souvent déjà submergés par leur boulot et ne voient pas comment ils pourraient être utiles au sein d'un syndicat pourtant c'est grâce à eux que les choses pourront bouger

dans le futur. On ne peut pas continuer à se plaindre sans arrêt de la situation de l'hôpital en France, sans jamais agir.



### **PHAR-E : Justement, que pensez-vous des GHT qui est un dossier actuel et « brûlant » ?**

**AR :** Je ne connais pas assez le dossier pour vous donner un avis très élaboré. Je pense simplement que cela peut être une bonne chose dans la mesure où l'on regrouperait les petites structures hospitalières qui seraient gérées par une direction compétente. Pour avoir travaillé à la fois au sein de petits plateaux techniques et d'autres plus importants, je sais à quel point il est difficile de s'en sortir pour les plus petits qui sont souvent obligés de faire appel à des médecins intérimaires qui coûtent très chers.

**Sandra Ollier :** Je crois que c'est un dossier qui nous préoccupe tous. Pour ma part c'est une bonne idée qui pourrait rapidement devenir véritablement problématique si la gestion de ces groupements hospitaliers n'était pas adaptée à la réalité du terrain. La médecine hospitalière a clairement d'une restructuration pour lutter contre l'intérim qui « ronge » les dernières forces qu'il lui reste. Cette restructuration ne doit pas être violente mais plutôt instaurée dans l'intérêt des médecins et des patients. C'est à double tranchant. Si les pouvoirs publics prennent en compte l'avis des médecins et des personnels soignants et que les deux parties travaillent de concert, les GHT peuvent être une belle réussite. Dans le cas contraire cela ne ferait qu'aggraver la situation qui est déjà très inquiétante.

*Propos recueillis par Saveria Sargentini*

# Une autre histoire de la Sécurité sociale

## Un levier de pouvoir peu à peu confisqué aux salariés

Par Bernard Friot et Christine Jakse - Le Monde Diplomatique ; Décembre 2015

Bernard Friot et Christine Jakse relatent dans cet article les incessantes attaques subies par la Sécurité Sociale depuis sa création en 1945 par le ministre Ambroise Croizat et Pierre Laroque (1er directeur de la SS). Au sortir de la guerre et conformément au programme du Conseil National de la Résistance, ce nouveau système devait remplacer le préexistant millefeuille de mutuelles, de couvertures par profession et de caisses syndicales et patronales. Le projet initial prévoyait une caisse unique mais un seul organisme, socialisant le tiers de la masse totale des salaires, aurait donné un tel pouvoir aux salariés que les résistances ont été énormes. Dès le début, la branche famille (représentant plus de 50 % des prestations) a été séparée des autres caisses du régime général. L'unification d'un millier d'organismes de protection sociale a reposé sur le seul travail des militants de la CGT malgré de nombreuses oppositions de la part de l'administration (par exemple pour trouver des locaux) ou de syndicats rivaux. En moins d'un an les « hussards rouges » ont mis sur pied 123 caisses primaires de sécurité sociale et 113 caisses d'allocations familiales. Les 70 000 agents issus des anciennes caisses de protection sociale ont été reclassés dans un seul corps professionnel.

Dès le départ, le principe de caisse unique a fait l'objet d'un travail de sape systématique. Les logiques professionnelles divergentes des cadres, des fonctionnaires et des branches spécifiques comme EDF-GDF, les mines ou la SNCF, se sont opposées à une caisse unique. Diverses caisses ont été créées contre le régime général. La caisse de retraite complémentaire pour les cadres (Agirc) a été créée en mars 1947. Son équivalent pour les salariés (Arrco) a été créé en 1961. L'assurance chômage s'est séparée du régime général en 1958 lors de la création de l'UNEDIC. Dès 1947, les mutuelles de fonctionnaires étaient déjà en dehors du régime général. Les auteurs de l'article soulignent d'ailleurs que les mutuelles ont toujours été un adversaire majeur du régime général.

Pour Bernard Friot et Christine Jakse, le patronnat s'est beaucoup appuyé sur les différents gouvernements pour diviser les caisses. Les niveaux des cotisations retraites et des pensions (fixées par le gouvernement) ont longtemps été bloquées et les excédents ont été largement ponctionnés pour couvrir les dépenses

courantes de l'Etat. En 1950 plus de la moitié des cotisations retraite n'ont pas été affectées aux pensions, mais versés à la Caisse des dépôts. Leur cumul représentait à cette époque, plus de 20 % du produit intérieur brut (PIB). Les ministères des finances ont toujours cherché à obtenir le transfert des cotisations (gérées par les travailleurs) vers l'impôt (géré par l'Etat). C'est l'origine de la contribution sociale généralisée (CSG ; créée en 1990) qui est un impôt affecté au régime général.

Les batailles ont été nombreuses pour diminuer l'emprise de la CGT sur la gestion de la SS. Le patronat a systématiquement apporté ses voix aux syndicats minoritaires se heurtant néanmoins au rapprochement entre la CGT et la CFDT. En 1967 les ordonnances Jeanneney ont imposé le paritarisme alors qu'auparavant, les syndicats élistaient deux fois plus de représentants que le patronat.

Au final l'expérience d'un régime général comme caisse unique, à taux unique, gérée par les salariés eux-mêmes, n'a réellement duré que de 1947 à 1960, mais elle a permis de reconnaître le travail parental, de payer les soignants et de subventionner l'équipement hospitalier en préservant le domaine de la santé du chantage à l'emploi et du recours au crédit. La retraite du régime général a été établie comme un « salaire continué », différent dans sa philosophie des comptes individuels de « salaires différés » de l'Arrco-Agirc (mais aussi de l'Ircantec des PH !).

Les auteurs concluent en soulignant la « dimension subversive » de la cotisation sociale en appelant à une mobilisation pour sa défense et sa généralisation.





**Le CH Saint-Denis région Ile-de-France (93)**  
Proche de Paris, accessible par métro, tramway et automobile. A T et 700.  
Hôpital de 700 lits de médecine, de chirurgie et gynéco-obstétrique,  
urgences générales et pédiatriques.



## Recrute deux anesthésistes (h/f) Temps plein

L'équipe d'anesthésie accompagne toutes les activités chirurgicales et obstétricales de l'hôpital. Elle est composée de 8 médecins PH et 1 assistant.

Le service accueille 4 DES.

L'anesthésie loco-régionale est largement privilégiée en chirurgie orthopédique et pour partie en chirurgie pédiatrique.

Nous intervenons particulièrement dans le traitement de la douleur post-opératoire. Les anesthésistes de l'établissement prennent toute leur part dans le développement de la chirurgie ambulatoire, priorité actuelle de la politique hospitalière.

**Pour tout renseignement :**

Dr Bernard BORNSTEIN - Chef de service - Mail : [bernard.bornstein@ch-stdenis.fr](mailto:bernard.bornstein@ch-stdenis.fr)

**ou envoyez vos candidatures :**

Mme BOISTARD - DAM - Mail : [martine.boistard@ch-stdenis.fr](mailto:martine.boistard@ch-stdenis.fr)



Centre hospitalier  
**Pays de Ploërmel**  
Ploërmel - Malestroit - Josselin



## LE CENTRE HOSPITALIER ALPHONSE-GUERIN

Etablissement Public de Santé situé en Bretagne à 30 min du Golfe du  
56800 Ploërmel - Morbihan et 60 km de Rennes

## Recherche deux praticiens anesthésistes pour son service anesthésie et surveillance continue

Adresser candidatures auprès de M. le Directeur - Centre Hospitalier Alphonse Guérin - 7, rue du roi Arthur BP 131 - 56804 Ploërmel Cedex  
Renseignements Administratifs auprès de la Direction des Affaires Médicales Mme DUBOIS - Attaché Service DRH - Tél. : 02 97 73 26 02  
Adresse mail : [drh@ch-ploermel.fr](mailto:drh@ch-ploermel.fr)



## LE CENTRE HOSPITALIER DE BOURGES

900 lits et places. Plateau technique incluant scanner et IRM, cardiologie interventionnelle et UNV.  
Établissement Pivot du territoire de santé du Cher. Réseau autoroutier : 1h d'Orléans, 2h de Paris, 1h30 de Tours  
et de Clermont-Ferrand (agglomération 100 000 habitants), recherche h/f :

### Praticien Hospitalier ou Praticien Contractuel ou Assistant POUR SON SERVICE D'ANESTHÉSIE Spécialité anesthésie réanimation

• Chirurgie polyvalente, 6 lits USCC • Maternité 1 600 accouchements • Possibilité de planning aménagé  
Paiement du temps additionnel. Mise à disposition temporaire d'un logement.

Contact : Docteur MICHEL, chef de pôle - T. 02.48.48.49.55 - [olivier.michel@ch-bourges.fr](mailto:olivier.michel@ch-bourges.fr)  
Candidatures Direction Affaires médicales : [benedicte.soilly@ch-bourges.fr](mailto:benedicte.soilly@ch-bourges.fr) / [marie.pintaux@ch-bourges.fr](mailto:marie.pintaux@ch-bourges.fr)  
145 avenue François Mitterrand, 18020 Bourges Cedex

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

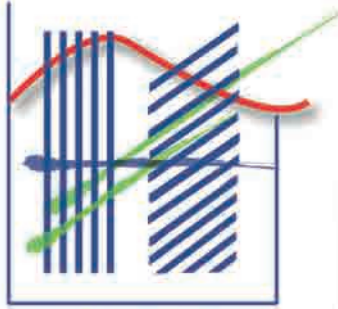


## Le Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise recrute un réanimateur pour renforcer son équipe.

Compétences souhaitées en anesthésie. Le médecin participera à la permanence des soins. Le service est moderne. L'équipement est neuf : respirateur, échographe, hémodialyse, hémofiltration. Service actif et bonne ambiance.

Envoyer votre candidature à : [affaires.medicales@ch-montargis.fr](mailto:affaires.medicales@ch-montargis.fr) - Tél. : 02 38 95 90 08





**CENTRE HOSPITALIER  
HENRI MONDOR  
D'AURILLAC**

### 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 MEDECIN 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 d'anesthésie : Dr Thierry LANGS

Chef du pôle des chirurgies : Dr MOMPEYSSIN

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



### Le CENTRE HOSPITALIER DE DAX – Côte d'Argent

30 min de l'océan, 1h de l'Espagne, 1h des Pyrénées, 1h30 de Bordeaux - 988 lits et places

## Recherche

### Un anesthésiste-réanimateur à temps plein

pour son service d'anesthésie de 10 ETP dans un contexte d'accroissement d'activité.

Activités de consultation, maternité niveau IIA, bloc opératoire (chirurgie orthopédique et traumatologique, gynécologique, viscérale, vasculaire, urologique, ophtalmologique).  
Permanence assurée sous forme de garde sur place.

### Un anesthésiste-réanimateur à temps plein

l'équipe de réanimation polyvalente - USC (10 + 6 lits) de 8 ETP.

#### Contacts :

M. le Dr. BARREAU - Chef de service d'anesthésie - barreaud@ch-dax.fr - Tél. : 05 58 91 48 66

M. le Dr. MAZOU - Chef de service de réanimation polyvalente - USC - mazoujm@ch-dax.fr - Tél. : 05 58 90 55 44

M. BEAUDRAP - Directeur des affaires médicales - beaudraps@ch-dax.fr - Tél. : 05 58 91 49 42

Courrier : Boulevard Yves du Manoir - BP 323 - 40107 DAX CEDEX

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

## LE CHU DE BORDEAUX,

4<sup>ème</sup> CHU français par son importance  
et leader dans de nombreux domaines

## Recrute 4 médecins anesthésistes-réanimateurs temps plein

Pour différents secteurs d'activité  
(statut praticien hospitalier,  
titulaire ou contractuel,  
ou praticien clinicien)

Contact :

Pr Francois SZTARK

Chef du pôle d'anesthésie-réanimation

francois.sztark@chu-bordeaux.fr

+33 556 795 514



**C·H·U**  
Hôpitaux de Bordeaux



## Médecin Anesthésiste - Réanimateur au CHRU de Nancy

Recrutement sur statut praticien contractuel avec perspective d'installation praticien hospitalier

### LIEU D'EXERCICE

Etablissement hospitalo-universitaire de 1900 lits et places, disposant sur la cardiologie et la chirurgie cardiaque d'un plateau technique récent. Etablissement de référence sur la région, au 10ème rang français sur la recherche et à proximité de Paris (IH30 par TGV).

Unité d'Anesthésie Réanimation Cardiaque (UARC) à l'hôpital de Grabois.

### ACTIVITES CLINIQUES

Anesthésie en chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle : Activité de chirurgie valvulaire et de chirurgie coronarienne, activité de transplantation cardiaque et activité d'assistance ventriculaire en progression constante.

Réanimation et USC de chirurgie cardiaque.

Consultation d'anesthésie.

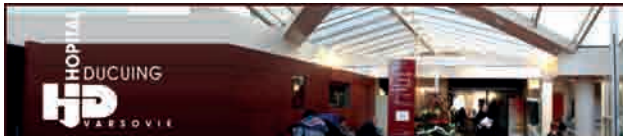
Participation à la permanence des soins.

### Personne à contacter :

Docteur Mathieu MATTEI - Praticien Hospitalier

Unité d'Anesthésie et Réanimation Cardiaque  
m.mattei@chru-nancy.fr

Yasmine SAMMOUR - Directrice des affaires médicales  
y.sammour@chru-nancy.fr



## HOPITAL JOSEPH DUCUING TOULOUSE

Etablissement privé à but non lucratif ESPIC (établissement de santé privé d'intérêt collectif) - Hôpital général MCO - Centre ville (rive gauche), Service d'urgences, lits UHCD, surveillance continue - Activité obstétrico-chirurgicale (2 400 accouchements par an, gynécologie, chirurgie digestive, orthopédie, endoscopie, oncologie), Médecine interne et polyvalente - Unité de soins palliatifs et centre de consultation pour la prise en charge des douleurs chroniques rebelles.

RECHERCHE CDI temps plein - Prise de fonction 1<sup>er</sup> janvier 2016

### 1 MEDECIN

### ANESTHESISTE REANIMATEUR

Une équipe de 8 MAR est déjà en place sur l'activité :

- De chirurgie digestive/orthopédique et traumatologique/gynécologique/endoscopique.
- De maternité de niveau I.

Une unité de 4 lits de surveillance continue et un dépôt de sang d'urgence sont opérationnels.

Rémunération CCN FEHAP du 31 octobre 1951 (33 CA/18 RTT/Repos de sécurité après garde sur place).

Adresser CV et candidatures au Docteur Guillaume MORCELY - Chef du Service d'Anesthésie Réanimation - 05 61 77 89 50 - Télécopie : 05 61 77 50 96 - Mail : gmorcely@hjd.asso.fr

ou au Docteur Laure JONCA - Directrice des Affaires Médicales - Tél. : 05 61 77 49 96 - Télécopie : 05 61 77 50 28 - Mail : ljonca@hjd.asso.fr

ou à Monsieur Guillaume SERVAT - Directeur des Ressources Humaines - Tél. : 05 61 77 50 74 - Télécopie : 05 61 77 49 50 - Mail : gservat@hjd.asso.fr

HOPITAL JOSEPH DUCUING - 15, rue Varsovie - 31027 TOULOUSE CEDEX 3 - Tél. : 05 61 77 34 82 - Télécopie 05 61 59 81 22



## Centre Hospitalier d'Auch EN GASCOGNE

LE CENTRE HOSPITALIER D'AUCH (GERS) Etablissement Pivot du Territoire de Santé du Gers (80 km de Toulouse - 1 heure des Pyrénées - 2 heures de l'océan - 2h30 de la Méditerranée)

### RECRUTE

#### UN PRATICIEN HOSPITALIER

POUR SON SERVICE DES URGENCES  
SAMU-SMUR-UHCD

Activité en constante progression  
(+5 % par an, > 21 500 passages en 2015).

Camu exigée.

Postes polyvalents (régulation Centre, 15, SMUR, accueil urgences UHCD), plateau technique de pointe (IRM, TDM), équipe dynamique.

Deuxième ligne d'accueil des urgences jour en voie de création.

Prise en compte du temps extra-clinique en voie de négociation.

#### UN PRATICIEN HOSPITALIER

POUR SON SERVICE DE REANIMATION POLYVALENTE  
Centre Hospitalier général de 330 lits MCO

Présence d'un SAU et d'un SMUR, toutes spécialités médicales présentes, Maternité de niveau II, Plateau technique complet, 8 lits de réanimation, 350 entrées/an, DMS 61, ICS médian 43.

Les locaux sont conformes aux recommandations et le matériel récent ou en cours de renouvellement.

Intégration de la Surveillance continue en projet avec 4 lits à proximité immédiate.

Quatre praticiens hospitaliers en poste.

Possibilité de temps partagé entre la réanimation et le bloc opératoire pour les médecins anesthésistes - réanimateurs.

Deux internes présents (DES d'anesthésie réanimation ou DESC de réanimation).

Temps médical continu avec garde dédiée sur place.

Candidature - Renseignements : Monsieur le Directeur des Ressources Humaines et des Affaires Médicales  
Centre Hospitalier d'AUCH - Allée Marie-Clarac - BP 80382 - 32008 AUCH CEDEX - Tél. : 05 62 61 31 06





Centre Hospitalier Ariège Couserans, au pied des Pyrénées Ariégeoises, à une heure de Toulouse, proche stations de ski, à 2 heures de la Méditerranée et à 3 heures de l'Atlantique, le CHAC bénéficie d'un cadre de vie exceptionnel.

Le Centre Hospitalier comprend plus de 1 000 salariés dont plus de 60 médecins, 4 pôles cliniques, des activités diversifiées (MCO, urgences, SSR, SIR), centre de réadaptation, neurologique, psychiatrie intra et extra-hospitalière (ARIège, EHPAD) et un plateau technique complet avec laboratoire, pharmacie et scanner.



## CHERCHE DEUX ANESTHÉSISTES RÉANIMATEURS

Postes disponibles courant 2017.

- Soins intensifs respiratoires.
- Surveillance médicale continue.
- Bloc opératoire et salle de surveillance post interventionnelle.

**Envoyer candidature conforme à la réglementation nationale et européenne et CV détaillé à :**

M. D. GUILLAUME - Directeur des Ressources Humaines

Centre Hospitalier Ariège Couserans - BP 60111 - 09201 Saint-Girons Cedex - 05 61 96 21 94

ou par mail : [secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr](mailto:secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr) ou [s.claustres@ch-ariège-couserans.fr](mailto:s.claustres@ch-ariège-couserans.fr)



Centre Hospitalier de Manosque  
(Alpes-de-Haute-Provence)

## Recherche Médecin Anesthésiste Réanimateur (H/F)

L'équipe actuelle se compose de 7 anesthésistes réanimateurs PH titulaires (6 temps pleins, et un temps partiel).

- Hôpital neuf (5 ans).
- bloc opératoire de 6 salles dont une réservée aux urgences obstétricales, équipement aux normes les plus exigeantes (BIS, vidéoscopes, monitoring hémodynamique invasif et non invasif, fibroscopes UU, ...).
- Activité chirurgicale variée : orthopédie, gynécologie, digestif, ORL, stomatologie, urologie (pédiatrie : plus de 3 ans).
- Maternité : 3 salles de travail, deux sages-femmes sur place H24 et un obstétricien et un pédiatre d'astreinte H24 ; environ 900 accouchements par an.
- USC de 8 lits, avec un équipement très complet (monitoring hémodynamique, échographie, respirateurs polyvalents et VNI, Optiflow® ...).
- Un médecin titulaire gère l'activité de journée.
- Les trois sites d'activité ainsi que les services d'hospitalisation de maternité et de chirurgie sont regroupés sur le même étage.

**L'activité de jour se déroule sur une base de 5 médecins par jour. Gardes sur place ; 2 IADES d'astreinte H24 :**

- Bloc opératoire, maternité, consultations, suivi post-opératoire limité à la douleur et aux apports intraveineux, avis spécialisés.
- Équipe dynamique, staff quotidien du matin, RMM, groupes de travail (CLUD, transfusion, médicament, antibithérapie, ...), formations IADES et IDE de l'USC, congrès et formations dans le cadre du DPC.

Plages additionnelles récupérées ou payées. Le recrutement se fait sur une base de PH contractuel ou PH titulaire, de préférence temps plein (rémunération négociée selon l'expérience). Un ou plusieurs remplacements préalables sont tout à fait envisageables.

Manosque, capitale du Luberon, est située dans une région très convoitée de par son ensoleillement (plus de 300 jours par an), sa proximité avec la mer et la montagne (1 heure 30 des stations de ski ou de la Méditerranée), ses accès directs autoroutiers aux « capitales régionales » que sont Aix en Provence (45 min), Marseille (1 h) ou Gap (1 h). L'Italie est proche, et la région est très bien desservie par les aéroports de Marignane, les gares TGV d'Aix et Avignon, ainsi qu'un excellent réseau autoroutier.

Contact : Dr Sauvat Stéphane - MAR - Chef de Pôle - Tél. : 04 92 73 45 79 - Mail : [sauvat.s@ch-manosque.fr](mailto:sauvat.s@ch-manosque.fr)



Institut de  
Cancérologie  
de l'Ouest  
René Gauducheau



L'ICO, ESPIC membre d'UNICANCER, 1<sup>er</sup> Centre de lutte Contre le Cancer Français pour la fille active de patients, est le fruit de la fusion des CLCC Paul Papin à Angers et René Gauducheau à Nantes. Le site nantais de 156 lits, regroupe 750 professionnels de santé dont 67 médecins, 30 infirmières d'anesthésie, de 8 médecins et 11 IADEs, recrute dès que possible :

## DEUX ANESTHÉSISTES REANIMATEURS

- 1 CDI sous le statut de praticien spécialiste des CLCC.
- 1 CDD sous le statut d'assistant spécialiste des CLCC.

L'activité centrée sur la cancérologie est variée :

chirurgie digestive, gynécologique, sénologique, sarcome, radiothérapie pédiatrique, radiologie interventionnelle, pose de dispositifs intra-veineux de longue durée, algologie.

Le plateau technique comporte 6 salles de bloc opératoire, dotée d'un équipement récent et 4 lits de surveillance continue. Astreinte opérationnelle, nuits et WE, sans garde sur place.

Diplôme de médecin, spécialisation en anesthésie-réanimation et inscription à l'Ordre des Médecins.

Adresser votre lettre de motivation et CV à :

Direction des Ressources Humaines  
ICO R. Gauducheau - Boulevard J. Monod  
44 805 Nantes-ST Herblain Cedex

ou par mail : [srh.nantes@ico.unicancer.fr](mailto:srh.nantes@ico.unicancer.fr)

Renseignements :

Docteur Denis LABBE - Chef du Service d'Anesthésie  
Tél. : 02 40 67 99 00 (poste 9351)  
[denis.labbe@ico.unicancer.fr](mailto:denis.labbe@ico.unicancer.fr)

Site Internet : [www.ico-cancer.fr](http://www.ico-cancer.fr)



## Le Centre Hospitalier Anney Genevois (CHANGE)

Environnement naturel offrant un cadre de vie remarquable. Proximité de Lyon (1h30), Grenoble (1h15), Genève (30 minutes).

### Recrute des médecins anesthésistes

**Statuts :** assistants, praticiens hospitalier, contrat de cliniciens, praticiens hospitaliers contractuels...

Etablissement issu de la fusion des sites d'Anney et de Saint-Julien en Genevois est l'un des centres hospitaliers les plus importants de la région Rhône-Alpes.

Afin de déployer son projet d'extension et de diversification de l'offre de soins chirurgicale sur les deux sites (passage de 14 à 20 salles de bloc, mise en service d'une salle hybride pour le développement des actes interventionnels et d'une troisième salle de cardiologie interventionnelle), Le CHANGE est à la recherche de médecins anesthésistes.

Toutes les spécialités chirurgicales sont représentées y compris les spécialités de recours comme la chirurgie cardiaque ou la neurochirurgie.

L'ensemble de ces activités connaissent une progression constante en lien avec l'attractivité de l'établissement et le développement démographique de la région.

Il s'agit de compléter une équipe médicale dynamique de 23 anesthésistes et développant d'ores et déjà avec succès des surspécialités dans de nombreux domaines.

**Atouts :**

Conditions d'exercice professionnel particulièrement intéressantes et sécurisées. Performance de son plateau technique et de ses équipes médicales et soignantes. Projets de recherche clinique (Centre de recherche clinique labellisé).

Nous nous tenons disponibles pour mieux nous faire connaître et échanger autour de votre projet professionnel :

Dr Bruno PIOCILLE - Responsable médical du service d'anesthésie - 04 50 63 63 47 - [bpiocille@ch-anneygenevois.fr](mailto:bpiocille@ch-anneygenevois.fr)

Pascalie COLLET - Directrice des affaires médicales - 04 50 63 62 20 ou 04 50 63 62 03 - [pcollet@ch-anneygenevois.fr](mailto:pcollet@ch-anneygenevois.fr)

Poste à pourvoir dès que possible



Au cœur d'une région dynamique le centre hospitalier Métropole Savoie  
Recrute **1 praticien hospitalier en anesthésie h/f**



L'équipe d'anesthésie est composée de 24 ETP de médecins et de 4 internes.

- Environ 18 000 actes de chirurgie par an, couvrant toutes les disciplines : orthopédie et traumatologie, chirurgie viscérale, endocrinienne et bariatrique, urologie, chirurgie vasculaire et thoracique, spécialités chirurgicales, radiologie interventionnelle.
- Une maternité de niveau 3 avec 3 400 accouchements environ par an.
- Deux gardes sur place.
- 11 salles de bloc central, 2 blocs ambulatoires : 6 salles sur le site chambérien, 4 salles sur le site aixois.

Candidature à envoyer à la direction des affaires médicales : [dsm@ch-metropole-savoie.fr](mailto:dsm@ch-metropole-savoie.fr)

Contact : Romain PERCOT - Directeur des affaires médicales et générales

Renseignements : Docteur Christian CARMAGNAC - Chef de service



Le Centre Hospitalier Alpes Léman (Haute-Savoie), d'une capacité de 445 lits MCO proche Genève permettant les communications internationales (aéroport), à proximité de Chamonix, dans un cadre agréable, proche important Centre Hospitalo-Universitaire. Possibilité d'accueil des enfants du personnel en crèche.

## Recrute un anesthésiste réanimateur temps plein pour compléter une équipe de 13 ETP

Service de 16 lits de réanimation + 8 lits de soins continus - Garde séparée en anesthésie et réanimation  
Temps médical continu - Urgences et SMUR gérés par les médecins urgentistes

Renseignements : Dr GREVY - 04 50 82 26 69 - [vgrevy@yahoo.fr](mailto:vgrevy@yahoo.fr)

Candidatures : P. GONIN - Directeur des Affaires Médicales - [pgonin@ch-alpes-leman.fr](mailto:pgonin@ch-alpes-leman.fr)  
Centre Hospitalier Alpes Léman - 558, route de Findrol - BP20500 - 74130 CONTAMINE-SUR-ARVE



## Le centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône

34 km de LYON et 42 km de MACON  
646 lits  
1790 personnels médicaux et non médicaux

Recherche pour son service d'anesthésie  
(13,5 ETP, 3 internes)

# un(e) anesthésiste temps plein

pour remplacer un départ  
à la retraite

**l'hôpital**  
NORD  
OUEST

**Contact :**  
Dr Djamal FATAH

04 74 09 28 90 - dfatah@lhospitalnordouest.fr

**Candidatures à adresser à :**

Madame Monique Sorrentino  
Directeur - Direction Générale  
Boîte Postale 436  
69655 Villefranche-sur-Saône Cedex



Centre Hospitalier  
de Saint-Quentin

### LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-QUENTIN

Etablissement de référence du territoire de santé Aisne-Nord/Haute-Somme, il représente 59% des capacités en lits et places de médecine, chirurgie et obstétrique de ce secteur: 971 lits et places. Un plateau technique complet récemment reconstruit dont 1 bloc polyvalent avec 12 salles d'opération, 1 salle de surveillance post-interventionnelle de 25 postes, 5 salles de radio, 2 scanners et 1 IRM, 2 accélérateurs de particules avec collimateurs multilames, 1 plateau technique de rééducation ...

# Recrute un médecin qualifié en réanimation médicale

Pour son service de réanimation composé de 18 lits (12 lits de réanimation médicale et 6 lits de soins continus) avec 1 équipe de 4 médecins réanimateurs l'activité s'est élevée à 6170 journées pour 2014.



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

Pour tout complément d'information contacter : M. le Dr AROUSSE - Chef de Service - a.arousse@ch-stquentin.fr - Tél. : 03 23 06 72 09  
Adresser candidature et cv. : M. le directeur - BP 608 - 02321 SAINT-QUENTIN CEDEX - directiongenerale@ch-stquentin.fr - Tél. : 03 23 06 73 40



### Le Centre Hospitalier de Dunkerque recherche 2 anesthésistes-réanimateurs (Praticiens Hospitaliers - Praticiens Contractuels - Assistants Spécialistes) pour compléter son équipe

Dans le cadre d'une restructuration et de l'augmentation de son activité, le Centre Hospitalier de Dunkerque recherche des Praticiens en Anesthésie-Réanimation pour ses 2 sites :

**Dunkerque** (12 500 interventions/an, astreinte opérationnelle) : Chirurgie générale et viscérale - Orthopédie-Traumatologie Thoracique - Vasculaire Bariatrique - OPH - ORL - Urologie **Grande-Synthe** (2 500 interventions/an, garde sur place) : Péritonalité Maternité de niveau 2A (1 700 accouchements/an) - Gynécologie.

**Le poste peut être uni- ou bi-sites.**

Le Centre Hospitalier de Dunkerque comporte 577 lits et places de MCO et offre un plateau technique complet : radiologie, TDM, IRMN, biologie, chirurgie robotisée, urgences, service de réanimation et unité de surveillance continue (activité partagée possible, service validant pour le DESC de réanimation médicale).

L'équipe d'anesthésie comprend actuellement 6 praticiens ainsi que des vacataires. Le service est validant pour le DES d'anesthésie-réanimation (validation du module « anesthésie loco-régionale » dans la maquette) et offre 2 postes d'internes.

**Profil des candidats :** Ancien DESAR Formation managériale et/ou qualité, gestion des risques bienvenue.

**Localisation :** Agglomération accueillante de 200 000 habitants, proximité immédiate des plages (sports de glisse) - 45 min. de Lille, 1H30 de Londres et Bruxelles, 2H00 de Paris.



**Contacts :**  
Dr Thérèse Avertin - Chef de Service - 03 28 28 58 94  
therese.avertin@ch-dunkerque.fr

Isabelle Riou - Directrice des Affaires Médicales  
03 28 28 52 95 - isabelle.riou@ch-dunkerque.fr

Rejoignez  
la communauté  
des Anesthésistes  
Réanimateurs

Réseau  
**PR**  
Santé

Sur  
**Reseauprosante.fr**



www.resauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode



Pour tous renseignements, 01 53 09 90 05 - [contact@resauprosante.fr](mailto:contact@resauprosante.fr)