

PHARÉ

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

POINT DE VUE

Comment j'ÉgÈRE uN CoNfLit iNt ER-
PRof ESSioNNEL Au bLoC oPÉRAt oIRE ?

En 2014, de toutes nos forces, redonnons des
couleurs à l'Hôpital Public !
Le SNPHAR-E vous souhaite une bonne année

DOSSIERS

DES RéANimAt ioN DiALoguE SoCiAL



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 Nathalie Cros-Terraux
Vice-Présidente

Docteur Véronique Agaësse
Secrétaire Générale

10 janvier 2014

Pénibilité : Gardons le cap !

Depuis le début de l'été, le SNPHAR-E sollicite nos tutelles pour une prise en compte de la pénibilité du travail des médecins hospitaliers et attire l'attention de celles-ci sur la dégradation des conditions d'exercice au sein des établissements publics de santé.

C'est une revendication juste car il n'y a aucune raison qu'une profession soit exclue des dispositifs réglementaires prévus pour tous les autres corps de métiers qui sont exposés à des risques professionnels.

Le SNPHAR-E se félicite de son action et remercie tous ceux qui ont participé au mouvement de grève du 28 novembre dernier qui a assurément permis de faire avancer ce dossier. Plus largement, la pénibilité est désormais portée par toutes les composantes syndicales de praticiens des hôpitaux.

Nous venons tout juste de recevoir un courrier de Madame la Ministre nous informant de l'ouverture d'une concertation sur ce sujet avec trois chapitres :

- Connaissance des postes exposés à des facteurs de pénibilité
- Prévention des situations de pénibilité
- Accompagnement des praticiens exposés à des facteurs de pénibilité

Parmi les risques professionnels reconnus par le code du travail, on trouve le travail de nuit, les horaires atypiques et les rythmes de travail alternants.

Tous les praticiens qui participent à la permanence des soins sont donc exposés à ces risques et doivent donc se sentir concernés par les résultats de cette concertation. D'autres le sont certainement aussi au regard de l'augmentation exponentielle, depuis quelques années, des amplitudes d'ouverture des différents plateaux techniques.

Le SNPHAR-E avec son intersyndicale Avenir Hospitalier saura porter ce dossier afin que les dispositifs de prévention et d'accompagnement soient à la hauteur de l'investissement que font les praticiens dans le service public hospitalier en particulier pendant la période nocturne.

Cette contrainte ou sujétion, dont l'indemnité n'a d'ailleurs pas été revalorisée depuis de longues années, participe clairement au manque d'attractivité dont souffrent les hôpitaux en ce moment et nous veillerons donc particulièrement, à bien être entendus sur ce sujet.

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

Service d'Anesthésie Réanimation
CHU de Dijon - Hôpital Général
3 rue du Faubourg Raines
21033 Dijon Cedex
tél. 06 81 58 27 95
tél. 03 80 29 30 31 poste 16 428
✉ nathalie.cros-terraux@snphar.fr

Service d'Anesthésie Réanimation
CHU d'Amiens - Centre St Victor
354 Bd de Beauvillé
80000 Amiens
tél. 06 33 63 20 62
tél. 03 22 82 40 00
✉ veronique.agaesse@snphar.fr

| | |
|---|----|
| Point de vue de l'actualité | |
| 2013 : le bilan de l'année..... | 4 |
| dossier : des réanimation | |
| L'étrange distinction d'un DES de réanimation..... | 6 |
| La réanimation en Europe | 8 |
| Déjà en 1958... .. | 9 |
| Qu'en pensent les futurs concernés ? | 9 |
| Point de vue | |
| Comment je gère un conflit interprofessionnel au bloc opératoire ? | 10 |
| t émoignage | |
| J'ai rencontré un anesthésiste heureux | 12 |
| act ual it é | |
| Astreintes : les changements..... | 13 |
| dossier : Le dial ogue social | |
| Le dialogue social à l'hôpital : si les médecins y participaient..... | 14 |
| Commissions Régionales Paritaires..... | 17 |
| cont re-cour ant | |
| Comptes et mécomptes du temps de travail | 19 |
| int er view | |
| Un médecin fait-il un bon directeur ?..... | 20 |
| int er view | |
| Suicide au travail : un bilan difficile à établir | 22 |
| eur oPe | |
| Les systèmes de santé en Europe dans le contexte de crise financière | 25 |
| Pet ites annonces | 28 |

LE DPC A UN AN

Depuis un an, c'est pour les professionnels une nouvelle source de perplexité, d'inquiétude ou même de rejet du dispositif. Pour le SNPHAR-E, c'est une urgence syndicale.

En effet, ce que nous avons découvert, c'est un dispositif déséquilibré, flou et illisible : tous les ingrédients de l'iniquité et de l'injustice. Dans un tel contexte, il est nécessaire de rapidement identifier les points de cristallisation, source de conflits potentiels.

Tout d'abord, ne nous trompons pas de cible. Il est régulier d'incriminer les nouveaux acteurs que sont l'OGDPC et l'ANFH. Ils ont sûrement leur part de responsabilité mais dans le périmètre des responsabilités que leur a donné le législateur, ils sont loin d'avoir démérité. Le maillon faible est encore ce qui devrait se jouer dans nos établissements. Pour que le DPC fonctionne, il faut créer *de novo*, pour ses professionnels, une structure avec les compétences administrative et pédagogique du DPC. Ceci dans un contexte où il est difficilement envisageable de recruter et où l'investissement est sacrifié sur l'autel de l'équilibre budgétaire.

Cependant, les choix des établissements doivent être à la hauteur de leurs responsabilités vis-à-vis de leurs agents. Ils doivent construire un système d'information dédié pour assurer une comptabilité analytique transparente et une analyse des pratiques professionnelles individuelles puis du suivi de son amélioration.

C'est donc encore une fois dans nos établissements que tout se joue. Localement, nous devons gagner trois grandes batailles :

- **Assurer la transparence du budget du DPC de son établissement.**
Comment est utilisé le budget sanctuarisé du DPC ? Il est nécessaire de connaître le montant des sommes qui sont effectivement allouées à la pédagogie ou à l'organisation du DPC dans l'établissement.
- **Affirmer que le DPC n'épuise pas la formation professionnelle continue.** Son budget sanctuarisée et sa méthodologie axée sur la démarche qualité n'apportent qu'une réponse parcellaire à la question de la formation continue. Et surtout, les obligations de DPC ne se substituent pas aux droits statutaires à la formation continue et en particulier aux droits de congés formation (15 jours ouvrables annuels pour un PH à temps plein: Art. R. 6152-49 du code de la Santé publique).
- **Sécuriser son DPC.** Réglementairement, le professionnel est en responsabilité individuelle d'identifier les points de faiblesse de ses pratiques et de s'améliorer. Il choisit son programme de DPC en fonction de ses besoins. Cependant, l'expérience montre que son choix peut ne pas être reconnu et le financement du programme DPC choisi refusé par sa direction. Il faut exiger que ces refus soient notifiés et argumentés. Au moment de l'examen par les instances ordinales, ces éléments factuels devraient être déterminants pour la validation.

il est urgent que les établissements s'organisent pour que les professionnels puissent remplir leurs obligations de DPC. Chaque établissement doit allouer les moyens au service du dispositif et à la hauteur de ses exigences. Après une année, force est de constater que nous sommes loin du compte.

Le SNPHAR-E, de son côté, ne lâchera rien car ce qui est en jeu avec la formation continue, c'est l'avenir de notre hôpital.

Laurent Heyer, Administrateur du SNPHAR-E

NB : Nous nous devons de dire que devant la carence des établissements et/ou l'absence de structures *ad hoc*, les praticiens hospitaliers doivent savoir se tourner vers les Collèges de Spécialité qui proposent en tout état de cause de bons programmes DPC, clés en main. Le CFAR en est un bon exemple pour la spécialité d'anesthésie-réanimation.



ISSN : 1285-7254

Président du comité de rédaction :

Le président du SNPHAR-E

Rédacteur en chef : R. Torrielli

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

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

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

Éditeur : Ektopic

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

Directeur de publication : C. Mura

Rédaction : S. Sargentini

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

Impression : Imprimerie Imprimatur

2013 : le bilan de l'année

L'année 2013 a finalement été un honorable cru syndical hospitalier. La plupart des dossiers sur lesquels nous avons eu l'assurance d'obtenir des avancées ont été traités. Il reste néanmoins que ces avancées ne sont pas toujours au niveau attendu, en particulier pour ce qui est de l'évolution des commissions médicales d'établissement (CME). Les comptes épargne-temps (CET) ont été sécurisés, les commissions régionales Paritaires (CRP) révisées, les CME (un peu) renforcées et les astreintes vont maintenant sortir du *no man's land* réglementaire et enfin être reconnues comme du travail effectif.

ASTREINTES

Le nouvel arrêté sur les astreintes est paru en novembre, nous attendons maintenant avec impatience la circulaire qui permettra de décliner ce décret dans notre pratique quotidienne.

PLUSIEURS POINTS SONT À RETENIR

- Le temps déplacé est du temps de travail effectif et est comptabilisé dans les obligations de service statutaires.
- Le temps de trajet est aussi du travail effectif et est décompté de manière forfaitaire.
- Le temps de déplacement (et les temps de trajet) réalisé lors d'une ou de plusieurs astreintes s'additionnent et, toutes les cinq heures, le praticien bénéficie d'une demi-journée de temps de travail et d'une demi-indemnité de sujétion identique à celle de la garde.
- Un cas particulier : un déplacement unique d'une durée supérieure ou égale à trois heures (hors temps de trajet) donne droit à une demi-indemnité de sujétion et à une demi-journée temps de travail.

Les régimes de la « garde » (permanence sur place) et celui de l'astreinte deviennent similaires, une astreinte déplacée pendant au moins 10 heures la nuit sera indemnisée au même niveau qu'une garde et ouvrira droit à un repos quotidien équivalent à celui de la garde.

Il est possible selon le choix du praticien de se faire rémunérer et décompter les temps d'astreinte en temps additionnel, à la condition bien sûr d'avoir signé un contrat de temps additionnel avec son administration et de dépasser les 48h hebdomadaires.

Le repos quotidien est lui aussi garanti avec des aménagements possibles (pour les week-ends entre autres) avec l'accord des équipes, du pôle, de la COPS, et de la CME.

Ce nouvel arrêté présente cependant deux inconvénients. L'astreinte est maintenant au même niveau que la garde ce qui, pour nous, en termes d'attractivité, est loin d'être satisfaisant car l'indemnité de sujétion versée pour cette dernière n'a pas évolué depuis plus de dix ans.

Par ailleurs, ce dispositif rend obligatoire le décompte séparé des temps de déplacement, de trajet et du temps additionnel ce qui, au regard des moyens accordés aux directions des affaires médicales pour la gestion du temps médical nous apparaît extrêmement complexe et certainement difficile à mettre en place.

COMMISSIONS RÉGIONALES PARITAIRES

Les nouvelles Commissions régionales paritaires sont en cours de mise en place. Avenir Hospitalier, comme toutes les autres intersyndicales, a donné à la DGOS le 15 janvier sa liste de médecins désignés au niveau régional pour représenter les praticiens. À notre connaissance, aucune Commission régionale paritaire n'est en place actuellement en dehors de la Commission des Pays de Loire qui existe depuis bientôt deux ans et qui a déjà commencé à travailler sur certains sujets sensibles. Les missions et les prérogatives des Commissions régionales paritaires sont développées dans un article dédié à ce sujet dans ce numéro (page 17).

Gageons que ces commissions trouveront rapidement leur place et permettront de retrouver le dialogue social qui a tant manqué lors des dernières réformes hospitalières.

INTÉRIM MÉDICAL

Le rapport du député Olivier Véran sur l'intérim médical est paru. La presse s'en est d'ailleurs largement fait l'écho. Nous avons été interrogés par le député Véran à ce sujet il y a quelques mois et nous sommes donc plutôt en phase avec les conclusions de ce rapport. Nous regrettons cependant que l'accent soit mis sur la réglementation de l'intérim plutôt que sur l'attractivité des carrières hospitalières, ce qui permettrait, selon nous et si l'on voulait s'en donner les moyens, de limiter très fortement cette dérive vers l'intérim médical.

GRÈVE DU 28 NOVEMBRE 2013

Le mouvement de grève que nous avons lancé pour le 28 novembre a été largement suivi mais de manière hétérogène suivant les régions et les spécialités. Les revendications portaient principalement sur la prise en compte de la pénibilité, en particulier pour le travail de nuit et cela pour qu'il ne soit pas exclu d'un dispositif équivalent au plan personnel de prévention de la pénibilité qui se discutait dans le même temps à l'Assemblée Nationale et au Sénat lors de la réforme des retraites. Là aussi, nous avons souhaité élargir le débat à d'autres formes de pénibilité et nous espérons bien pouvoir mettre sur la table ces différentes déclinaisons le plus rapidement possible. L'attractivité des carrières médicales hospitalières ne pourra pas être traitée sans que tous les critères de pénibilité, qu'elle soit objective ou subjective, ne soient clairement abordés. Nous espérons que ce sujet sera évoqué dès le début de l'année et permettra des avancées tant sur le plan statutaire que sur le plan de l'exercice quotidien dans les hôpitaux. Les Commissions régionales paritaires, par un effet local et régional, devraient pouvoir nous y aider.

DES DE RÉANIMATION

La création d'un DES de réanimation exclusif aurait pour conséquence la suppression du versant réanimation de la spécialité d'anesthésie-réanimation et son exclusion des unités de réanimation polyvalente ou chirurgicale et des USC où exercent pourtant de nombreux médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR).

Le SNPHAR-E plaide en faveur du maintien du DES d'anesthésie-réanimation ainsi que d'un équivalent de l'actuel DESC de réanimation médicale (formation spécialisée transversale) et s'opposera avec la plus grande fermeté à tout projet de création d'une filière distincte et exclusive de formation à la réanimation.

Plus de la moitié des médecins anesthésistes-réanimateurs exercent, tant en public qu'en privé, une activité de réanimation, dont plus de 1600 effectuant le principal de leur activité en réanimation. La réanimation fait donc partie intégrante de la spécialité d'anesthésie-réanimation et de notre métier, et c'est justement cette polyvalence qui attire les jeunes médecins. Le grand nombre de MAR sur le territoire, en privé comme en public, permet d'assurer une permanence des soins dans les réanimations et les unités de surveillance continue sur l'ensemble du territoire et de ne pas faire supporter cette permanence par les seuls médecins présents la journée dans ces structures.

La compétence transversale permet donc le fonctionnement de ces unités en sécurité avec des médecins formés tout en maintenant des effectifs raisonnables pendant la période diurne ce qui devrait être reconnu en ces temps de rigueur budgétaire (lire le dossier pages 6 à 9).

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SNPHAR-E

L'assemblée générale du SNPHAR-E s'est tenue le 10 janvier dernier, à l'hôpital européen Georges Pompidou à Paris, avec cette année une nouveauté puisque nous avons décidé de faire une journée commune avec notre intersyndicale Avenir Hospitalier.

En dehors des présentations réglementaires nous avons pu discuter d'une autre façon de voir le management des hôpitaux publics au travers d'interventions dont nous vous ferons un résumé lors du prochain numéro.

Yves Rebufat, Président du SNPHAR-E

L'étrange distinction d'un DES de réanimation

Pour qu'une étrange distinction ne devienne pas une « étrange défaite »

La réforme du 3^{ème} cycle des études médicales a pour objectif de revoir la formation des internes et de professionnaliser les diplômes d'études spécialisées (des). Les desc de type 2 (qualifiants) seraient supprimés et deviendraient des des. Le groupe de travail piloté par les Prs François- René Pruvot et François Couraud est arrivé à un consensus... excepté pour la réanimation.

Le tissu universitaire est mis sous tension par la refonte de l'organisation du troisième cycle. Pour les études médicales, ce mouvement de « filiarisation » s'organise autour d'un nouveau DES par spécialité et implique de repositionner les formations complémentaires, les DESC I et II (les DU et les capacités).

Dans un premier temps, la réorganisation du DES a été clarifiée en trois phases successives : une phase socle, une phase intermédiaire et une phase de mise en responsabilité de l'Interne pour permettre une acquisition graduelle des compétences.

Dans un deuxième temps, l'articulation entre les diplômes complémentaires et les DES a été entreprise.

Un patient travail de concertation dirigé par les Prs F. Couraud et F. Pruvot a fait consensus pour la majorité des spécialités concernées, sauf pour la réanimation. Le DESC de réanimation n'a pas trouvé un avenir qui agrée aux acteurs, collègues de spécialistes et CNU. Ni la notion de formation complémentaire et transversale, ni celle de diplôme universitaire ne répondant à leur attente, la seule voie de survie pour la spécialité de réanimation médicale serait, selon eux, la transformation du DESC de réanimation en un « vrai » DES.

UNE ÉTRANGE PROPOSITION POUR LA RÉANIMATION

Avec l'individualisation d'un DES de réanimation, la spécialité d'anesthésie-réanimation voit, quant à elle, se profiler une fâcheuse distinction entre l'anesthésie et la réanimation, certificat de décès d'une spécialité. Dans cette lutte de survie, les échanges sont passionnés, les argumentaires virils, dérangeants, parfois maladroits et même, souvent blessants vis-à-

vis de la formation du DES d'anesthésie-réanimation. Les arguments mobilisés lors du débat académique sont les déterminants de la réorganisation de l'articulation entre les DES et DESC : le flux des professionnels formés, les besoins de la société, la transversalité de la discipline, la complémentarité avec les contenus des DES [snphar.com, sfar.org, srlf.org].

Au total, avec ces éléments d'argumentation, le rapport Couraud-Pruvot ne parvient pas à trancher ; il ne reste au final que l'affirmation unilatérale de l'existence d'une « autre » réanimation. Condition nécessaire pour justifier la création d'un DES de réanimation, ses tenants tentent d'affirmer une différence et définissent une hiérarchie. Il pourrait ainsi exister une « autre » réanimation, forcément et naturellement différenciée de celle qui est enseignée dans le cadre du DES d'anesthésie-réanimation. Il serait peut-être même dangereux que les réanimateurs soient formés dans une filière unique. Pour le professionnel de réanimation, quelle étrange distinction !

Décidément, ce débat académique prend une étrange coloration et apparaît découplée des enjeux métiers, ou même en opposition avec les attentes du terrain. Alors que c'est le « travailler ensemble » qui permet de relever les défis modernes de l'hôpital, c'est la distinction qu'on organise. Alors que « le travailler ensemble » est le moteur du laboratoire expérimental à l'origine des innovations thérapeutiques pour le patient aigu, c'est une distinction qui serait à privilégier.

En première analyse, ceci va à complet rebours des solutions proposées pour traiter les grands enjeux contemporains pour lesquels une coopération est incontournable. En quoi une réanimation qui se dirait « autre » pourrait-elle nous aider à préparer notre avenir, nous renforcerait pour relever les défis de notre profession ?

QUE VEUT DIRE UNE « AUTRE » RÉANIMATION DANS NOS HÔPITAUX ?

Une réanimation « autre » ne veut pas dire « deux » réanimations. La dualité a un coût humain et structurel que chacun connaît. Lorsque cohabitent des réanimations étiquetées médicales et chirurgicales, plutôt qu'une coopération positive, ce que vivent trop souvent les professionnels est bien plutôt le poids des singularités et de la splendide ignorance respectives. Au quotidien, ce sont les changements d'équipements de patients qui passent d'un environnement technique à l'autre car ils sont pensés différents. Ce sont aussi les effets collatéraux d'incohérences de pratiques érigées en doctrines.

Tous connaissent l'histoire de ces cursus d'internat où, aller dans un service de l'autre bord relevait assurément d'une faute de goût, parfois chèrement payée. Ce ne sont que les symptômes de la maladie chronique de nos hôpitaux, l'organisation en silos.

Comme toujours, en l'absence de conditions minimales de communication (un langage commun et un respect mutuel), la dualité d'organisation n'est pas une source d'enrichissement mutuel, mais de dispersion de moyens et de dilution des expertises. **Institutionnaliser cette étrange distinction dès la formation initiale ne ferait qu'accentuer ces travers.** La distinction dès la formation initiale des professionnels fait le lit d'une divergence du langage, délite la communication nécessaire à une coopération et grippe potentiellement le moteur de la construction de nos spécialités.

Comme le montre bien Richard Sennett [R Sennett, *Ensemble. Pour une éthique de la coopération*, Albin Michel, 2014], le véritable moteur du laboratoire expérimental où se construit l'avenir est l'articulation positive entre la coopération et la compétition, sous la condition, toujours, d'une bonne communication. Aussi, ne nous leurrons pas, une autre réanimation impose plutôt de gommer la distinction exclusive entre la réanimation médicale et la réanimation chirurgicale.

Il n'y a *a priori* aucun obstacle opérationnel. En pratique, les professionnels qui traversent les frontières savent bien que les mêmes principes thérapeutiques président à la prise en charge des patients multi-défaillants. Les réanimations médicales fonctionnent de jour comme de nuit avec les professionnels de la filière d'anesthésie-réanimation. Les réanimations polyvalentes sont bien la preuve que ces mêmes pratiques sont efficaces pour des patients « médicaux » et « chirurgicaux ».

Que veut alors dire une « autre » réanimation dans nos hôpitaux ? **Une réanimation autre qui se dit séparée**

de l'anesthésie s'expose aux mêmes incohérences opérationnelles. Les fâcheuses expériences des organisations où l'unité de réanimation se distingue de l'unité d'anesthésie sont riches d'enseignement. Là encore, les professionnels savent ce que cela veut dire. Ce qu'ils vivent, c'est à nouveau deux langages, l'ignorance respectives, si ce n'est le mépris dans l'hôpital. À cet égard, le solde nous est connu, à nous comme aux directions hospitalières concernées.

Au bloc opératoire, il n'y a plus de professionnels permanents. Ils sont partis et les intérimaires sont là ! la permanence des soins n'arrive plus à être assurée par l'équipe de réanimation sénior. Ils ne sont plus en nombre et les supplétifs sont là !

Il est aussi extrêmement significatif que l'exercice libéral de la réanimation dite médicale, découplée de l'anesthésie ou de la réanimation chirurgicale, ne soit pas viable.

QU'ABANDONNERAIT CETTE NOUVELLE FILIÈRE POUR PARVENIR À SE DISTINGUER ET DEVENIR AUTRE ?

Soit, une « autre » réanimation ! Mais à quelle autre réanimation préparerait donc une nouvelle filière qui, selon ses promoteurs, garantirait enfin l'appropriation d'une « indispensable culture médicale » ou « bain de culture médicale » auxquels ne pourrait pas prétendre l'anesthésie-réanimation ?

Il ne s'agirait ni plus ni moins ici que d'expurger des « données strictement liées à l'anesthésie et aux situations péri-opératoires non-complicées ». Mais ce qui serait aussitôt abandonné, seraient en réalité les incontestables acquis du dispositif construit par l'anesthésie-réanimation pour innover et relever les défis de sa spécialité. C'est une approche transdisciplinaire organisée autour d'un atelier expérimental, lieu de coopération et de compétition. C'est bien ce dispositif qui permet aux professionnels de la filière d'anesthésie-réanimation de prendre la mesure du risque de la perte d'autonomie de la décision médicale dans un environnement de haute technologie.

Un des acquis de la discipline est bien que cette autonomie soit préservée quelle que soit la nature de l'environnement : bloc opératoire, réanimation, salle de réveil, consultation, unité médicale et pré-hospitalier. C'est comme pour toute profession médicale, une approche prudentielle de la décision mais ici dans un environnement moderne exposé aux aléas technologiques [Florent Champy, *La sociologie des professions*, PUF, 2009].

L'anesthésie réanimation, c'est la maîtrise continue de ces risques tout au long du parcours clinique du patient. Le projet thérapeutique de réanimation d'un patient est assuré au bloc opératoire et l'anesthésie transposée en réanimation.

Sans cette continuité, l'activité chirurgicale est en péril. Point essentiel, cette réelle compétence de l'anesthésie-réanimation n'est acquise et ne peut être maintenue que par la confrontation au réel des différents environnements de travail. Celle-ci est exigeante, pesante, mais elle est aussi une puissante source de légitimité pour la spécialité.

L'alternative pourrait sembler séduisante avec un exercice dans un environnement unique qui permettrait de se dédouaner de l'acquisition de cette compétence si particulière et pourrait au contraire privilégier un exercice interdisciplinaire en place de l'approche transdisciplinaire. Cependant, pour l'élaboration de cette autre réanimation qui se revendique « forte et multiculturelle », il apparaît étrange de ne pas s'appuyer sur ces compétences qui ont fait leurs preuves au service du patient et des professionnels.

La valorisation de la transdisciplinarité en termes d'attractivité de la filière d'anesthésie-réanimation avec la résolution prochaine du déficit démographique renforce cet étonnement. En revanche, son abandon qu'induirait le confinement dans un seul environnement d'exercice remettrait en question la discipline de l'anesthésie-réanimation, non seulement en termes d'attractivité, mais aussi en termes de potentiel d'innovations thérapeutiques et de maîtrise des risques technologiques dans les hôpitaux. On peut craindre que cette autre réanimation conçue comme interdisciplinaire ne s'enferme dans une spécialisation « abs-traite » qui s'expose aux risques et dangers de la connaissance spécialisée bien démontrés par Edgar Morin.

LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SONT INQUIETS

Ainsi, la création d'une deuxième filière de réanimation est une demande de professionnels qui craignent pour leur avenir lorsque leur diplôme marqueur, le DESC de réanimation disparaîtra. **Ils doivent être entendus dans leurs craintes, mais pas nécessairement dans la solution qu'ils proposent.** Un consensus avec une juste place aux sous-sections 48/01 (anesthésiologie-réanimation, médecine d'urgence) et 48/02 (réanimation, médecine d'urgence) et à la nouvelle filière d'urgence doit être trouvé.

Cependant, alors que les enjeux sont doubles, universitaires et hospitaliers, avec arbitrage conjoint entre le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et des Affaires sociales et de la Santé, les enjeux universitaires monopolisent la réflexion. En particulier, les conséquences hospitalières de la création d'une autre réanimation sont oubliées du débat : les risques structurels et humains d'une cohabitation déséquilibrée entre les réanimations chirurgicales et médicales apparaissent

trop sous-estimés ; les risques de déstabilisation de la filière d'anesthésiste-réanimateur par une restriction d'accès aux unités de réanimation ne sont pas pris en compte ; les risques de déstabilisation de l'activité chirurgicale sont ignorés... Les professionnels de santé sont donc inquiets.

Au regard de ces risques hospitaliers, ne pas chercher une solution alternative à la création d'une filière propre de réanimation est bien étrange. Tout comme est étrange cette distinction académique pour les professionnels de santé, réanimateurs et chirurgiens des hôpitaux.

Il est urgent d'empêcher que cette bien étrange distinction ne conduise plutôt à une « étrange défaite » qui ne laisserait que des perdants sur le terrain médical.

Laurent Heyer, administrateur délégué du SNPHAR-E auprès d'Avenir Hospitalier

LA RÉANIMATION EN EUROPE

L'Europe préconise un temps de formation en réanimation pour les futurs anesthésistes-réanimateurs supérieur à 1 an pour un cursus de 5 ans. Plus de 20 pays partagent cette vue sur la formation en anesthésie-réanimation, avec une formation de plus de deux ans pour 16 d'entre eux selon l'*European Journal of Anaesthesiology* 2011 et pour certains d'entre eux (l'Italie et l'Allemagne notamment) l'anesthésie-réanimation est la seule discipline conduisant à l'exercice de la réanimation.

La représentation européenne de notre Discipline (*European Board of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine*) a insisté sur la nécessité d'inscrire la formation en réanimation dans la formation des futurs anesthésistes-réanimateurs lors du *Council* de l'Union Européenne des Médecins spécialistes qui s'est tenue à Bruxelles le 19 avril 2013. Seuls trois pays européens comptent aujourd'hui la réanimation comme spécialité à part : l'Espagne, le Portugal et le Royaume-Uni, et ce, plus pour des raisons conjoncturelles locales qu'en raison d'une réelle réflexion politique.

Par ailleurs, la représentation européenne des médecins spécialistes ne prône pas, en l'état, l'individualisation de la réanimation mais souhaite encourager la démarche de la reconnaissance d'une définition commune (« *Common training framework* ») des compétences en réanimation (notamment le programme « *Competence-Based Training in Intensive Care Education* » proposé par l'*European Board of Intensive Care Medicine*) et leur acquisition possible au travers de neuf spécialités différentes (neurologie, neurochirurgie, cardiologie, chirurgie cardiaque, pneumologie, médecine Interne, chirurgie générale, pédiatrie, anesthésie-réanimation).

En France, le DES d'anesthésie-réanimation comprend 4 semestres d'anesthésie, 4 de réanimation, et 2 optionnels, soit mieux que ce que préconisent les experts européens (minimum d'un an).

Le DESC actuel de réanimation, qui signifie convergence de plusieurs spécialités autour d'une compétence, permet en outre à de nombreux spécialistes (cardiologues, pneumologues, néphrologues...) de se former à la réanimation et est en cohérence avec la maquette de formation européenne. La suppression des DESC doit trouver une solution pour ces collègues qui veulent acquérir une compétence supplémentaire en réanimation.

Déjà en 1958 se posait la question de la distinction entre anesthésie et réanimation !

Le commentaire du Dr Yves Louville, MCU-PH honoraire Anesthésie-réanimation, CHU Necker-Enfants-Malades, secrétaire général du Club de l'Histoire de l'Anesthésie-Réanimation

(<http://www.char-fr.net/SITE/>)

En mai 1958, R. Deleuze avait présenté des projets de statuts : « L'ANESTHESIOLOGIE AU SEIN DE LA PROFESSION MEDICALE ». Dans ce rapport toute la problématique de l'anesthésiologie était déjà envisagée ; en fait ce rapport est toujours d'actualité, ce qui doit nous amener à défendre notre profession et donc nos patients.

EXTRAITS DU RAPPORT DE RAYMOND DELEUZE
« L'ANESTHESIOLOGIE AU SEIN DE LA PROFESSION
MÉDICALE » DU 13 MAI 1958.

... La réanimation respiratoire manuelle ou instrumentale pour une intervention de longue durée thoracique ou abdominale ne diffère pas de celle qui doit être mise en oeuvre au cours d'un coma oxycarboné ou au cours du traitement d'un noyé ou d'un électrocuté. L'équilibre électro-hydrolytique ou azoté d'un opéré du tube digestif ne présente que peu de différence avec celle d'un brûlé ou d'un traumatisé crânien grave...

R. Deleuze argumente de façon inattaquable que les techniques de réanimation sont les mêmes en chirurgie que pour la prise en charge de tout autre malades et peuvent donc être pratiquées par le même médecin. Même s'il précise un peu plus haut que cela nécessite une formation adéquate ce qui est le cas actuellement.

Là encore, R. Deleuze expose une évidence ; pourquoi créer deux types réanimateurs qui se différencieraient sur des détails non pas d'activité médicale mais sur des techniques que l'un pourrait faire et pas l'autre. Le problème n'est pas là mais sur la prise en charge globale d'un malade, quelles que soient les circonstances, par une équipe médicale homogène. En dehors de très rares unités très spécialisées, la réanimation polyvalente est donc la meilleure solution, tant pour les finances que pour la gestion des personnels et au final pour les patients.

.. À l'appui de cette conception, nous pouvons encore ajouter qu'on ne voit pas comment pourrait être créées deux sortes de réanimateurs possédant des titres différents, des conditions d'exercice différentes aussi pour en définitive, pratiquer des actes identiques, ceci sans augmenter considérablement les frais soit de la collectivité, soit du malade lui-même...

Qu'en pensent les futurs concernés ?

Le point de vue d'Emmanuel Loeb, président de l'InterSyndicat National des Internes

L'ISNI a participé activement au groupe de travail sur la réforme du 3^{ème} cycle universitaire des études médicales.

Comme le SNPHAR-E, l'ISNI s'interroge sur la proposition des réanimateurs d'instaurer un DES de réanimation. En effet, avec la disparition des DESC de type 2, cette proposition ne répond pas parfaitement à la question du référentiel métier du réanimateur : existe-t-il une telle différence entre le métier de réanimateur issu du DES d'AR et le métier de réanimateur issu de ce que serait le nouveau DES de réanimation? Cela nécessite-t-il deux référentiels de formation différenciés et quid de la formation des cardiologues, néphrologues et autres spécialités qui souhaitent travailler en

réanimation ? L'ISNI souhaite que la réflexion sur le cas particulier de la réanimation se poursuive afin que de nouvelles propositions puissent être étudiées en satisfaisant l'ensemble de la profession. Enfin, Emmanuel Loeb pose le problème de l'évolution des carrières de ces spécialistes à double compétence auxquels le conseil de l'Ordre demande de « choisir » sa « qualification » au moment de son inscription. Comment, dans de telles conditions, est-il possible pour un réanimateur de revenir à sa spécialité de base à un moment donné de sa carrière. La réflexion sur le 3^{ème} cycle devrait prendre également en compte cet aspect relatif au processus de qualification des médecins.

Comment je gère un conflit interprofessionnel au bloc opératoire ?

Microcosme sociétal, où interviennent de multiples corps professionnels avec des priorités, des valeurs, des organisations de travail différentes, une « estime sociale » différente, lieu historique d'expression théâtrale (*Operating Theater*), qui malgré tout doivent converger à un moment « t » sur un patient « X », le bloc opératoire est un territoire expérimental de conflits potentiels dont les conséquences peuvent être dramatiques aussi bien sur les acteurs du conflit, les témoins, ou les patients.

Le bloc est un lieu fermé, une zone où n'osent entrer que ceux qui en font partie et les patients. C'est un monde fermé, plein d'évidences et de connivences, qui nourrit les fantasmes, magique, mais en même temps gouverné par des règles et des procédures strictes, selon une organisation qui se veut manufacturière, avec un agencement rigide.

Une approche anthropologique relève pourtant une somme d'activités rituelles très humaines, avec des codes de langage, des métaphores guerrières (arsenal, armer une salle), des rapports humains complexes (séduction, rivalités, dérision, domination) et de très forts sentiments d'appartenance à un groupe professionnel ou à une spécialité. Tout le management d'un bloc opératoire consiste à « transformer une horde de solitaires en un groupe social », et à rendre prenable une forteresse imprenable.

LES RÈGLES AU SEIN DE L'HÔPITAL ONT CHANGÉ

Restrictions économiques, maîtrise des coûts, bureaucratisation croissante, application de normes ont en premier touché les blocs, qui ne peuvent plus être la « boîte noire » historique, avec des fonctionnements archaïques ou hiérarchiques non fondés. Désormais, les blocs se doivent d'être polyvalents, avec (théoriquement) la fin des propriétés privées et des organisations familiales, l'apparition de nouveaux métiers et, comme partout, un renforcement de l'encadrement.

Il faudrait pour un travail serein pouvoir prendre le temps de réfléchir aux notions d'autorité et de pouvoir, à leurs signifiants différents (le pouvoir a une notion de contrainte, tandis que l'autorité exclut le rapport de force et la contrainte, et est normalement légitime et reconnue), à savoir qui exerce ces rôles et

selon quelle légitimité. Mais réfléchir aussi, malgré les normes et règles qui envahissent notre exercice, à la notion d'expertise et d'autonomie professionnelle : cohabitent au bloc des professions à pratique « prudentielle » qui nécessitent la mobilisation de savoirs dans des situations d'incertitude, dans lesquelles on ne peut se contenter d'appliquer un savoir normalisé, mais de laisser une place à l'autonomie de décision, en opposition aux métiers standardisés.

Les conflits au bloc sous-tendent une notion de tensions et de dommages engendrés et doivent être distingués des désaccords, des divergences, de la notion d'agressivité ou de violence. Le conflit est source de stress, d'insatisfaction, d'épuisement, de départs et a, de plus, un impact fort sur le soin et le patient. Le conflit peut être parfois un jeu, avec des acteurs plus ou moins consentants (consensus conflictuel : « mon irremplaçable ennemi »), mais il faut savoir que ce jeu peut dégénérer.

TOUT CONFLIT A UNE GENÈSE, AVEC DES CASCADES OU DES ESCALADES NON RÉSOLUES

Il y a donc obligatoirement plusieurs phases plus ou moins latentes, ressenties différemment selon les groupes professionnels. Il faut différencier les conflits inter-personnels (relationnels) des conflits en rapport avec le patient ou l'organisation (conflits de tâches), qui peuvent toutefois s'interpénétrer.

Les conflits de tâches sont des conflits entre groupes professionnels

Ils surviennent là où règnent des zones d'incertitudes

notamment réglementaires (Chirurgiens anesthésistes, chirurgiens IBODEs, anesthésistes IADEs (USA), cadres contre tous, etc). Ces conflits de tâches peuvent devenir constructeurs s'ils sont bien gérés. Sinon, ils génèrent insatisfaction et mauvaises performances, voire danger pour le patient.

Les conflits relationnels surviennent entre deux individus travaillant ensemble

Ils sont d'expression parfois bruyante voire violente, et souvent en rapport avec certaines personnalités « MAD = *Mean Abusive and Disruptive Physician* : intimidations, menaces, humiliations, manipulations etc. Aucun groupe professionnel n'en est exempt. Ces conflits inter-personnels sont les plus destructeurs, pour toute l'équipe.

LES CONFLITS ONT PLUSIEURS TYPOLOGIES QUI DIFFÈRENT SELON LES ÉTABLISSEMENTS ET LEURS ORGANISATIONS

Ces différentes typologies n'empêchent pas la modélisation qui permet, associée à l'expérience, de relever les facteurs les plus fréquemment rencontrés : problèmes en rapport avec la gestion du temps (programmation, déroulement), désaccords entre des visions professionnelles différentes, et manque de communication. De manière sous-jacente, on retrouve souvent une désorganisation plus ou moins latente (plus ou moins voulue ?) et un manque de *leadership* juste (autorité).

LES STRATÉGIES DE GESTION DES CONFLITS

Il est difficile de proposer une gestion-type des conflits. Toutefois, certaines stratégies peuvent être décrites :

- des stratégies spontanées : évitement, accommodation, compétition, collaboration ;
- des techniques de prévention : écouter, calmer, prendre du recul, s'affirmer, recadrer, éviter l'affrontement, mettre à l'épreuve ;
- pendant une intervention : un seul objectif, éviter l'escalade. Donc réponse rapide et efficace immédiate ;
- après l'intervention : comprendre le mécanisme de survenue, écouter chacun, réfléchir ensemble à donner des réponses et rechercher ensemble des stratégies de prévention ;
- il faut parfois mettre en place rapidement et col-

lectivement des stratégies de protection temporaires ou d'évitements ou de confrontation ;

- et toujours faire relater, narrer par écrit l'événement, sa genèse, ses causes objectives ou subjectives. Outre sa vertu thérapeutique, cette narration peut être utile en cas de problème médico-légal ou pour les intervenants extérieurs éventuels.

UNE RÉFLEXION À DIFFÉRENTS NIVEAUX EST INDISPENSABLE À LA RÉOLUTION D'UN CONFLIT

Une réflexion de fond doit être menée. Il ne faut ni enterrer le problème, ni faire l'autruche : est-ce un conflit de tâches ? ou un conflit lié à des problèmes inter individuels ? Au contraire, il est nécessaire de mettre en avant, dans la recherche de solutions, les notions d'équipe, de travail en équipe afin de casser la spirale de l'isolement ou de l'individualisation.

La recherche de solutions devra mettre en avant les fondamentaux et la culture du professionnalisme, le respect mutuel, mais essentiellement activer la solidarité à l'intérieur des groupes.

En pratique, quand le conflit survient, il est nécessaire de constituer rapidement une cellule de médiation locale, avec des membres adaptés au type de conflit en cours, reconnus et non partie prenante dans le conflit. Cette cellule doit intervenir dans les plus brefs délais et a pour mission d'écouter, de faire parler, de chercher les racines du mal. Cette mission permettra le plus souvent la dédramatisation. En revanche, en cas de stagnation ou d'échec du dialogue, il ne faut pas hésiter à externaliser le conflit : le bloc doit s'ouvrir sur l'extérieur et ne pas être une zone de non-droit. Les différentes instances doivent alors être informées (direction, médecine du travail, chefs de service, de pôle, CME, CTE, CHSCT, syndicats, voire plus haut selon la gravité) afin d'intervenir justement.

Il est nécessaire de toujours garder à l'esprit les risques psycho-sociaux, le risque de suicide ou d'agression ou de prise des patients en otage, qu'un conflit peut engendrer.

LA PRÉVENTION DES CONFLITS REPOSE SUR UN MANAGEMENT PARTICIPATIF

Cela permet l'expression des différentes sensibilités professionnelles et des enjeux pour chaque groupe : mettre régulièrement les acteurs autour d'une table, leur faire décrire leurs tâches, écrire les règles communes, décrire les interfaces, obtenir une trame d'or-

ganisation solide et consensuelle avec une logique de programmation partagée, mais aussi sans démagogie déterminer qui décide, qui arbitre, qui rend compte et avec quels outils, et comment se font les adaptations.

Les outils théoriques existent et il faut les faire vivre : charte de bloc, conseils de blocs, conseils de service, indicateurs de fonctionnement choisis collectivement et transparents, cellule de programmation pluri-professionnelle avec des acteurs de terrain, CHSCT. La place du cadre de bloc, voire du manager de bloc, et leur formation sont de vraies questions, car c'est souvent à eux qu'échoie la première conciliation, sans que forcément ils y soient préparés.

Toutes ces actions seront, bien entendu, associées aux réflexions et démarches personnelles : contrôle des émotions et réactions, apprentissage d'outils de gestion de conflits, de stratégies de désamorçage.

LE BLOC OPÉRATOIRE, LA GRANDE MUETTE !

Personne ne connaît la récurrence ni la gravité des conflits au bloc opératoire, car l'institution peine à mettre son nez dans les relations inter personnelles *a fortiori* au sein du bloc, lieu fermé par excellence.

Pourtant, c'est souvent la transparence sur les organisations et fonctionnements qui sera le meilleur outil de prévention : car un management net et courageux de l'institution au niveau des blocs est rare, ce qui permet encore des fonctionnements archaïques et féodaux : est-ce une absence de courage, s'opposer au pouvoir de certaines fortes têtes pouvant s'avérer difficile, voire conflictuel.

Nicole Smolski, administrateur du SNPHAR-E

POUR PLUS D'INFORMATIONS

[Florent CHAMPY : Sociologie des professions. PUF

Marie Christine POUCHELLE : Essais d'anthropologie hospitalière : Tome 2, L'hôpital ou le théâtre des opérations [Broché]

John-Henry PFIFFERLING, march april 1999 the physician executive : Mean Abusive and Disruptive Physician,

Georges SALVODELLI : Résolution de conflits au bloc opératoire. MAPAR 2008.

Lucie CUVELIER : L'ingénierie de la résilience ? un nouveau modèle pour améliorer la sécurité des patients, exemple de l'anesthésie

TÉMOIGNAGE

J'ai rencontré un anesthésiste heureux !

Il pratique dans un centre hospitalier public d'une ville moyenne quelque part en France. Il a muté depuis un grand CHU par choix personnel.

En arrivant, il a trouvé un effectif plein de dix anesthésistes-réanimateurs sur dix postes budgétés. La pyramide des âges en est homogène : un tiers a plus de 55 ans, un tiers entre 40 et 55 ans, et un tiers entre 30 et 40 ans.

Il m'a dit que l'entente est excellente au sein de l'équipe. Un staff hebdomadaire d'anesthésie permet de prendre des décisions collégiales tant sur les problèmes médicaux que sur le fonctionnement interne.

Ils ne travaillent pas en temps continu et il n'y a aucun arrangement particulier sur le plan financier.

Chaque médecin anesthésiste dispose, lorsque cela est possible, d'une demi-journée libre, tous les 15 jours environ.

L'activité est assez variée et l'organisation de bloc bien conçue, avec environ 13000 actes par an. La maternité intégrée pratique un peu moins de 1500 accouchements par an avec 80 % de péridurales.

Les tâches sont réparties équitablement au sein de l'équipe, tant entre les différents postes de bloc et les

soins continus que pour la prise de garde. Sur ce dernier point, il dit que la charge en permanence de soins est acceptable : un week-end sur cinq, trois à quatre gardes par mois, sept jours d'astreinte toutes les dix semaines. Il est possible de prendre des congés formation sans problèmes et la prise en charge des frais par l'établissement est rapide.

L'administration est accessible pour gérer les problèmes du quotidien.

Tout n'est pas rose bien sûr, dit-il, mais la qualité de l'organisation interne à l'équipe et au bloc permet de diminuer dans une large part le stress du quotidien et d'éviter les conflits internes qui surgissent inévitablement lorsque l'organisation est bancale...

Ce tableau est celui que souhaiteraient la plupart d'entre nous et peut sembler une utopie qui aurait germé dans mon esprit.

Pourtant, ce collègue a vraiment tenu ces propos, et ces conditions de travail existent réellement.

Il a préféré garder l'anonymat et, bien entendu, nous le respectons...

Pour vivre heureux, vivons caché, dit le proverbe...

Astreintes : les changements

L'arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 est finalement paru au journal officiel. nous attendons l'instruction qui sera probablement publiée lorsque vous lirez cet article.

Plutôt que de réécrire l'arrêté nous vous proposons ce petit tableau expliquant les différents changements et les tarifs (bruts), sous réserve des modifications qui seront éventuellement amenées par l'instruction.

| | Remarque | indemnisation | tarif (approx.) |
|---|--|--|-----------------------|
| Dispositions générales | Modalités de mise en œuvre du dispositif pour chaque ligne d'astreinte validées par le pôle, la COPS et la CME et intégrées au règlement intérieur. | | |
| indemnisation | Soit intégrée aux obligations de service (OS) (temps + indemnité de sujétion [IS]) | | |
| | Soit rémunérée en temps additionnel (indemnité de TTA) | | |
| Sujétion téléphonique | Forfait inchangé | Indemnité d'astreinte de sécurité ou opérationnelle | 30,5 ou 42 euros |
| temps de trajet | Temps de travail effectif | Décompté forfaitairement : 1 heure pour chaque déplacement avec un maximum de 2 heures pour 1 période complète d'astreinte (1 nuit ou 1 journée) | |
| temps d'intervention sur place | Temps de travail effectif | Décompté en heures | |
| indemnisation standard | 3 heures d'intervention sur place (hors temps de trajet) | Une demi-journée + une demi IS | 132 euros |
| | Le temps d'intervention sur place et le temps de trajet sont cumulés. Une plage de 5 heures (même répartie sur plusieurs jours) donne | Une demi-journée + une demi IS | 132 euros |
| | Pour un déplacement de plus de 10 à 14 heures sur une nuit | Une journée + une IS (comme une garde sur place) | 264 euros |
| indemnisation en ttA (Nb : ne sera versée qu'après calcul en fin de quadrimestre) | 3 heures d'intervention sur place (hors temps de trajet) | Une demi-indemnité de TTA | 237 euros |
| | Le temps d'intervention sur place et le temps de trajet sont cumulés. Une plage de 5 heures (même répartie sur plusieurs jours) donne | Une demi-indemnité de TTA | 237 euros |
| | Pour un déplacement de plus de 10 à 14 heures sur une nuit | Une indemnité de TTA | 474 euros |
| forfaitisation | La forfaitisation est possible après avis de la CME et avec une évaluation annuelle du dispositif | Temps de déplacement décompté des obligations de service | Indemnité forfaitaire |
| Repos Quotidien (RQ) (improprement appelé repos de sécurité) | Il est garanti et obligatoire | | |
| | Il est « remboursé » par la génération de temps pendant l'astreinte sauf si l'on choisit l'indemnisation en TTA (dans ce cas, il sera ensuite soustrait des OS s'il est pris). | | |
| temps de travail additionnel (ttA) | Il doit être choisi (Opt Out) | | |
| | Il doit être contractualisé | | |

Le dispositif est suivi par la COPS et la CME. Le CHSCT peut être saisi en cas de situation non conforme. De même, les nouvelles commissions régionales paritaires peuvent être interpellées sur ce sujet.

Le dialogue social à l'hôpital : si les médecins y participaient...

Jean-Paul Guillot est docteur d'état ès sciences économiques. Il est président de réalités du dialogue social (r ds), depuis 2005. Il a participé au groupe débattant du dialogue social et des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière de la mission county (Pacte de confiance) qui était présidé par Danielle Toupillier.

PHAR-E : Les médecins hospitaliers découvrent la notion de dialogue social, pourtant celui-ci est inscrit dans la Loi depuis plusieurs années. Pouvez-vous nous tracer les éléments de cette Loi ?

Jean-Paul Guillot : Le dialogue social existait avant la Loi 2010 n° 2010-751 du 5 juillet 2010. Elle est relative à la rénovation du dialogue social dans la fonction publique. La population médicale, en dehors des PUPH qui relèvent de la fonction publique d'État, ne relève toujours pas de cette Loi. En effet, cette loi porte sur les trois fonctions publiques ou les praticiens hospitaliers ne relèvent pas du statut de fonctionnaire. De ce fait, ils ne votent pas aux élections professionnelles dans la fonction publique.

Le pacte de confiance a proposé de mettre en place un dispositif juridique au niveau pertinent (Loi ou décret en Conseil d'État) pour permettre aux praticiens hospitaliers de s'inscrire à part entière dans le dialogue social, en cohérence avec la Loi du 5 juillet 2010 et avec tous les textes régissant le dialogue social pour les personnels de la fonction publique hospitalière.

Quoiqu'il en soit, depuis quelques années il existe des commissions nationales entre les intersyndicales de médecins et le ministère qui traitent d'un certain nombre de sujets.

Par ailleurs, des Commissions régionales paritaires ont été mises en place il y a quelques années, mais n'ont pas été très actives. Il est à noter que la Commission régionale paritaire, créée par l'article R. 6152-325 du Code de la santé publique est aujourd'hui spécifique aux praticiens hospitaliers.

Le pacte de confiance préconise de promouvoir, soutenir et de conduire le dialogue social au niveau régional notamment en faisant fonctionner la Commission Régionale Paritaire (CRP), placée auprès du DGARS, et en la faisant évoluer vers un espace formalisé qui pourrait traiter notamment des bonnes pratiques du dialogue social, de la démographie des professionnels personnels (médicaux et fonction publique hospitalière), des programmes pluriannuels de santé au travail...

Le dialogue social commence au plus près du ter-

rain dans un service au niveau de l'établissement ou du groupement d'établissement, puis au niveau de la région, au niveau national et enfin au niveau européen. Les sujets qui peuvent y être discutés sont de nature différente en fonction du niveau. Par exemple, les rémunérations des praticiens sont discutées au niveau national, mais les primes sont à la discrétion du directeur d'établissement.

À LIRE DANS « FAIRE VIVRE LE DIALOGUE SOCIAL DANS LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE » [1]

La Loi du 5 juillet 2010 « relative à la rénovation du dialogue social » dans la fonction publique transcrit les Accords de Bercy signés le 2 juin 2008 par six organisations syndicales (CFDT, CFE-CGC, CGT, FSU, Solidaires, UNSA) et par les ministres du Budget et de la Fonction Publique. Ce texte, qui concerne quelques 5 millions d'agents, est porteur de changement pour les 3 fonctions publiques et ses salariés.

Ce texte :

- incite employeurs publics et organisations syndicales à négocier « à tous les niveaux pertinents », sur l'ensemble des sujets liés à l'emploi, aux carrières, aux conditions de travail... ;
- fait désormais reposer la représentativité des organisations syndicales sur les élections professionnelles (celles des Comités Techniques) auxquelles participent désormais tous les salariés quel que soit leur statut ;
- précise les règles de validité des accords signés et institue le principe de l'accord majoritaire ;
- rénove les instances de concertation et généralise les CHSCT ;
- renforce les garanties de carrière des agents investis de mandats syndicaux.

PHAR-E : En quoi pensez-vous que le dialogue social est nécessaire au sein de chaque entreprise ou administration ?

Jean-Paul Guillot : Le groupe « dialogue social » du pacte de confiance à l'hôpital a réuni les fédérations

nationales des syndicats des services de santé et services sociaux et les intersyndicales des praticiens hospitaliers. Il a été clairement indiqué que dans un groupe humain, comme ce que l'on retrouve au sein des établissements de soins, il existe des sujets de vie quotidienne qui se gèrent par un management opérationnel et d'autres sujets qui concernent le collectif de travail pour lesquels il est nécessaire d'avoir des personnes représentatives pouvant discuter, au nom de leurs collègues, avec la direction de l'établissement.

Le dialogue entre acteurs légitimes, direction d'un établissement et représentants professionnels, est le moyen par lequel sont organisés les échanges qui permettront de trouver les réponses aux problèmes posés.

Définition du dialogue social selon l'Organisation Internationale du Travail :

« Le dialogue social inclut toutes formes de négociation, de consultation ou simplement d'échange d'informations entre représentants des gouvernements, des employeurs et des travailleurs sur des questions d'intérêt commun liées à la politique économique et sociale ».

PHAR-E : Existe-t-il des endroits ou des groupes professionnels pour lesquels ce dialogue social n'est pas organisé ?

Jean-Paul Guillot : Il reste encore des marges de progrès pour avoir un dialogue social loyal et efficace dans le secteur hospitalier, notamment dans les établissements et en y impliquant les praticiens. Toutefois, il existe une structure méconnue par le corps médical : le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), qui permet d'aborder très concrètement des sujets concernant tous les personnels d'un établissement. De ce fait, le dialogue social est possible dans tous les établissements de santé.

Sur le plan juridique, seul le CHSCT permet d'associer les médecins de façon formelle aux fonctionnaires hospitaliers. En effet, au sein du CHSCT une ou deux places, selon la taille de l'établissement, sont réservés aux médecins désignés par la CME.

Actuellement il existe un débat au sein des intersyndicales, certaines souhaitant une élection des médecins siégeant au CHSCT et non une désignation par la CME. Cependant, peu de praticiens hospitaliers s'impliquent dans ces structures par méconnaissance ou par désintérêt.

PHAR-E : Si les médecins jusque là ne se sont pas sentis concernés, pensez-vous que cela soit lié à des facteurs culturels ou sociologiques? Ou à une volonté institutionnelle ?

Jean-Paul Guillot : Le manque d'intérêt des médecins hospitaliers pour les instances où un dialogue social peut avoir lieu est à mon sens, principalement d'origine sociologique. Si les médecins acceptaient d'intégrer le régime des fonctionnaires au sens statutaire, ils voteraient avec leurs collègues. Cependant les médecins hospitaliers ont choisi de ne pas appartenir à la fonction publique hospitalière. En revanche, dans le secteur privé, les médecins sont salariés de l'établissement et votent avec les autres salariés. Les fédérations syndicales de fonctionnaires travaillent pour 5 millions de fonctionnaires et ont très peu de médecins en leur sein, les pouvoirs publics quant à eux sont plus habitués à traiter de la fonction publique d'État que de la fonction publique territoriale et hospitalière. Tout cela explique que personne ne se soit intéressé aux 50 000 praticiens hospitaliers.

PHAR-E : Comment essaieriez-vous de « vendre » un dialogue social local vers les médecins aux managers de chaque établissement ?

Jean-Paul Guillot : Le pacte de confiance a défini quatre objectifs indissociables pour un établissement : qualité de soins pour les usagers, qualité des conditions de travail pour le personnel, efficacité économique de l'établissement et performance sociale de l'établissement.

Tous les participants à la réflexion du pacte de confiance ont convenu que pour définir la qualité d'un établissement, un effort commun pour trouver des réponses qui satisferont ces 4 objectifs doit être entrepris.

Prenons l'exemple de la réflexion sur l'amélioration du fonctionnement du bloc opératoire. L'ensemble des parties prenantes, soit les médecins anesthésistes, les chirurgiens, les IADE, les IBODE, les aides-soignantes... doivent se réunir et non praticiens hospitaliers d'un côté et personnels de la fonction publique hospitalière de l'autre. Or, d'un point de vue juridique aujourd'hui, si un directeur d'établissement souhaite faire avancer un projet collectif sur le bloc opératoire, il a un dispositif de négociation et de concertation avec le personnel non médical (via les syndicats, le CTE, le CHSCT) mais concernant les médecins, seule la concertation avec la CME est possible. Les textes permettent d'organiser des réunions communes entre CTE et CME de façon à traiter les projets avec l'ensemble de ses acteurs, mais ce dispositif est peu connu et donc très peu utilisé.

Au total, les dispositifs permettant de traiter divers sujets

ne manquent pas, en revanche, nous sommes en manque d'acteurs qui se mobilisent pour les traiter. On parle beaucoup du *burn-out* des praticiens. Si ce problème est abordé d'un point de vue individuel, médecins du travail et psychologues le prendront en charge. En revanche, il est possible de s'interroger collectivement, et c'est là tout l'intérêt du dialogue social qui s'attachera à rechercher des causes génériques (organisation du travail, temps de travail...) à cette problématique et à travailler ensemble pour faire baisser le niveau de pression. Ensemble, car l'organisation du travail des médecins et des autres professionnels de santé s'articule.

De plus, il sera plus facile au directeur de l'établissement de discuter avec l'ensemble des parties prenantes pour trouver des solutions qu'il pourra ainsi mettre en application.

PHAR-E : Que pensez-vous de l'« enterrement » actuel du CHSCT ouvert aux médecins ?

Jean-Paul Guillot : Nombre de médecins pensent qu'un ou deux postes dans le CHSCT ne permettent pas d'aborder et de prendre en charge les problèmes qui leur sont liés et ne participent pas à leur CHSCT. Cette crainte est tout à fait injustifiée car les organisations

syndicales de fonctionnaires ne font aucune obstruction au traitement de ces problématiques puisque l'hôpital ne peut fonctionner qu'avec l'ensemble de ses acteurs. Concernant les moyens syndicaux à donner aux médecins, il faut rappeler que la majorité des intersyndicales de médecins s'est plutôt concentrée sur les négociations au niveau national et non local. Avenir Hospitalier me semble mobilisée pour être partie prenante dans les négociations locales. À certaines exceptions près (anesthésistes par exemple), les praticiens hospitaliers sont peu syndiqués, ce qui rend difficile l'identification de praticiens qui accepteraient de passer du temps au service collectif localement.

Au congrès de la CPH, les futurs médecins (internes, étudiants en médecine) ont présenté leur vision de l'hôpital de demain. Ils ont clairement exprimé la nécessité de ces concertations transversales en termes de fonction à l'intérieur d'un établissement hospitalier. Ainsi, l'avenir du dialogue social étendu repose très certainement sur eux.

Propos recueillis par C. Mura

“ **Peu de praticiens hospitaliers s'impliquent dans les structures permettant un dialogue social par méconnaissance, mais également par désintérêt.** ”

RÉFÉRENCE

[1] Faire vivre le dialogue social dans la fonction publique hospitalière . Jean-Paul Guillot - Essai. Editions de l'Atelier, 2011

AGENDA DU CA

Depuis le 22 novembre 2013

NOVEMBRE 2013

29 Novembre Commission Nationale Statutaire Anesthésie-Réanimation

DÉCEMBRE 2013

3 Décembre Conseil d'Administration du SNPHAR-E (Paris)

5 Décembre Réunion du conseil d'administration avec PH-services

13 Décembre Directoire du CFAR

JANVIER 2014

9 Janvier Conseil d'Administration du SNPHAR-E (Paris)

10 Janvier Assemblée générale du SNPHAR-E, élection du Bureau, Assemblée générale d'Avenir Hospitalier

24 Janvier Réunion avec le Conseil National Professionnel - anesthésie-réanimation

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

Commissions Régionales Paritaires

Comme le mentionne Jean-Paul guillot dans son interview, à la suite du pacte de confiance, qui s'est déroulé à la fin de l'année 2012, les pouvoirs publics ont pris conscience de la nécessité de renforcer le dialogue social avec les personnels médicaux hospitaliers. Pour cette raison, la ministre des affaires sociales et de la santé a décidé de consolider et de renforcer les missions des commissions régionales paritaires.

Ces instances existaient depuis de nombreuses années mais n'avaient jamais été réellement activées dans les différentes agences régionales de santé. À notre connaissance une seule région, la région Pays-de-Loire, avait une instance de ce type réellement fonctionnelle.

Après plusieurs mois de discussions avec la DGOS, les intersyndicales de praticiens hospitaliers ont obtenu la publication d'un décret, d'un arrêté et d'une instruction qui ouvrent de nouvelles perspectives aux Commissions régionales paritaires (CRP).

COMPOSITION DES CRP

- Dix membres titulaires et 10 membres suppléants représentant des praticiens hospitaliers, des personnels enseignants hospitaliers issus des différentes intersyndicales (Avenir Hospitalier, CPH, CMH, INPH, SNAM-HP).
- Un membre titulaire et 1 suppléant représentant le chef de clinique assistant des hôpitaux
- Un membre titulaire et 1 membre suppléant représentant les internes.
- Quatre membres titulaires et 4 membres suppléants représentant les directeurs (désignés par la FHF).
- Quatre membres titulaires et 4 membres suppléants représentant des présidents de Commission médicale d'établissement.
- Quatre membres titulaires et 4 membres suppléants représentant de l'Agence régionale de santé.

MISSIONS DES CRP

Elles sont définies dans le décret no 2013-843 du 20 septembre 2013 modifiant l'article R6152-326 du Code de la Santé Publique.

Art. R. 6152-326. – La commission régionale paritaire est consultée par le directeur général de l'Agence régionale de santé sur :

- 1 l'organisation de la permanence et de la continuité des soins ainsi que de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et l'évaluation de cette organisation ;
- 2 le suivi des emplois médicaux, et en particulier leur adaptation aux besoins de santé et de l'activité hospitalière. La commission régionale paritaire est destinataire d'un bilan annuel des postes de praticien dont la vacance a été publiée ainsi que des opérations de restructuration ou de coopération et de leurs incidences sur les emplois de praticiens et la situation des praticiens concernés ;
- 3 la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences des personnels médicaux ;
- 4 les actions d'amélioration de l'attractivité de l'exercice des professions médicales dans les établissements publics de santé ;
- 5 les demandes de dépassement du plafond de progression annuelle du compte épargne-temps des praticiens prévues à l'article R. 6152-807-4 ;
- 6 le bilan régional de la réalisation du temps de travail additionnel des praticiens prévu à l'article R. 6152-27 ;
- 7 l'élaboration et la diffusion de bonnes pratiques relatives :
 - a) à la santé au travail et à la prévention des risques professionnels, notamment psychosociaux, des personnels médicaux ;
 - b) à la gestion du temps de travail des personnels médicaux ;
 - c) au dialogue social, à la qualité de l'exercice médical et à la gestion des personnels médicaux ;
- 8 le suivi des praticiens mentionnés au 3o de l'article L. 6152-1. « La commission peut se voir confier, à la demande du Centre national de gestion mentionné à l'article 116 de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ou à la demande du directeur général de l'Agence régionale de santé, une action de conciliation en matière de gestion des praticiens ou de prévention des conflits.

Et complétées par l'instruction DGOS/RH4/2013/394 du 29 novembre 2013 :

Au-delà des missions initiales portant sur l'organisation de la permanence des soins et le suivi des emplois médicaux, notamment en lien avec la recomposition de l'offre de soins, les nouvelles missions de la Commission régionale paritaire sont les suivantes :

valoriser l'exercice hospitalier en travaillant à la mise en place :

- d'actions de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences des personnels médicaux ;
- d'actions d'amélioration de l'attractivité de l'exercice des professions médicales dans les établissements publics de santé ;

être moteur et promoteur sur les questions liées au temps de travail avec :

- le suivi des demandes de dérogation au plafond de progression annuelle dans le cadre de la gestion des comptes épargne-temps ;
- l'examen du bilan régional du suivi de la réalisation du temps de travail additionnel ;

contribuer à l'élaboration et la diffusion de bonnes pratiques relatives à :

- la santé au travail et la prévention des risques professionnels, notamment psychosociaux des personnels médicaux, sujet de préoccupation notamment des futurs et jeunes praticiens ;
- le dialogue social ;

- la qualité de l'exercice médical ;
- la gestion des personnels médicaux.

L'objectif est de créer un lieu privilégié de débat et de synthèse, propre à faciliter le retour d'expériences et à éclairer les politiques régionales, voire nationales ayant des impacts sur l'exercice médical.

Le contour large donné aux missions des CRP devrait permettre d'aborder toutes les questions afférentes à l'exercice médical hospitalier. Le niveau régional est probablement le meilleur niveau pour appréhender la problématique de la permanence des soins, améliorer l'attractivité des établissements publics de santé et prévenir les conflits avant que le Conseil de discipline ou la Commission nationale statutaire ne soient saisis.

Le SNPHAR-E par l'intermédiaire de son intersyndicale Avenir Hospitalier sera présent dans de nombreuses CRP. Nous remercions tous les praticiens qui ont accepté d'y siéger et espérons grandement que ces instances pourront répondre aux missions qui leur sont dédiées ainsi qu'aux attentes des praticiens des hôpitaux publics.

Yves Rébufat, Président du SNPHAR-E

EN BREF

Les fruits de la lutte ET du dialogue social en 2013

A- Reconnaissance officielle par le Ministère de la santé de l'intersyndicale que nous avons fondé : « Avenir Hospitalier » et participation, *de facto*, à l'ensemble des négociations (Pacte de Confiance, SNS, préparation de la Loi de 2014 pour la création d'un service public territorial de santé - SPTS)

B- Textes officiels négociés et parus au JO :

- Nouveau décret sur la composition et les compétences élargies des commissions régionales paritaires au sein des ARS (actant la reconnaissance officielle d'Avenir Hospitalier comme 5^{ème} intersyndicale).
- Nouveau décret sur les compétences des CME (amenant à la marge HPST).
- Arrêté « Refonte du texte sur les CET, gestion des stocks et des flux, notamment introduction de la possibilité d'une monétisation du flux ».
- Arrêté sur la « Valorisation des déplacements (temps de trajet compris) en astreinte et leur intégration dans le temps de travail effectif ».

- Circulaire « Report congés en cas de maladie ».
- Lettre d'engagement de Mme la Ministre de la Santé qui ouvre une négociation sur un an - 2014 - pour la reconnaissance officielle de la pénibilité du travail de nuit des médecins hospitaliers.

C- Défense du DES d'AR en raison du risque pour la spécialité que représenterait la création d'un DES de réanimation.

D- Dénonciation des abus liés à la T2A et aux politiques d'externalisation du codage hospitalier à des entreprises privées conduisant et révélant de probables cas de violations du secret médical, des fraudes à l'assurance maladie. Les nouvelles pratiques de la gouvernance hospitalière post-HPST fragilisent l'indépendance des médecins (en l'espèce des médecins DIM).

Contre-courant

On dit d'un fleuve emportant tout, qu'il est violent. Mais on ne dit jamais rien de la violence des rives qui l'enserrent.

Bertolt Brecht

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

Comptes et mécomptes du temps de travail

Un jour, mon fils qui avait alors huit ans, me dit : « Travailler, c'est ce qu'on est obligé de faire ».

Au fil de mes années d'activité de médecine hospitalière, j'ai régulièrement alterné les instants, les périodes, les époques, durant lesquelles se succédaient le sentiment exaltant du plaisir de bien faire mon boulot sans penser à compter ma peine ou mon temps, avec celui de la contrainte sous le poids d'une tâche qu'il me hâtait d'achever : il me venait alors à l'esprit le décompte insoutenable du temps passé entre les murs de l'hôpital qui dépassait de loin les normes en vigueur en d'autres lieux. L'épuisement me guettait, et ma sortie à l'air libre prenait des airs de levée d'écrasement...

Était-ce là le « travail », cette torture du *tripalium*, que notre français ne distingue pas des douleurs de l'enfantement, (contrairement à l'anglais *work* et *labor* pour l'accouchement, et l'italien *lavoro* et *travaglio* pour l'accouchement) ? Qu'est ce qui faisait qu'une obligation (pourtant réelle) n'était pas ressentie certains jours, et soumise dans d'autres fois à l'autocontrôle strict de la limite de sa durée ?

Les 40 heures de travail hebdomadaire décrétées par le Front populaire, puis les 39 heures sous Mitterrand furent longtemps le repère étalon. Vinrent les 35 heures, slogan électoral qu'une victoire de la gauche, suite à une dissolution inattendue de l'Assemblée Nationale, obligea cahin-caha à convertir en règlements applicables en tout lieu. Y compris à l'hôpital, au sein duquel les médecins de statuts hétéroclites exerçaient dans des conditions autant imprécises qu'anarchiques pour ce qui relevait du temps passé à « travailler ». Ceux d'entre eux soumis à une situation d'aval de quelqu'un ou de quelque chose, *de facto* amputés d'une partie de leur autonomie professionnelle (anesthésistes, urgentistes, obstétriciens, et d'une manière générale les spécialistes tenus à des gardes), furent les premiers à exiger une application claire de la Loi sur le temps de travail. Le combat fut rude, et la lutte continue... L'inadéquation entre un temps de travail réduit par la Loi des 35 heures d'une part, et les exigences du soin associées aux effectifs limités d'autre part, a conduit à l'élaboration de textes réglementaires complexes à l'interprétation plurivoque, suscitant conflits, agressivité, défiance, et au total insatisfaction partagée par les médecins hospitaliers et les responsables des directions. Dans ces échanges coup pour coup entre les pouvoirs publics et les organisations syndicales, pour étendre d'un côté et limiter de l'autre la durée devant être passée à travailler à l'hôpital, un point central fut atteint par la mise en demeure d'appliquer la Directive Européenne (DE) limitant la durée hebdomadaire de travail à 48 heures. Si celle-ci a permis des avancées pour servir de borne aux excès exigés ici et là, elle est devenue la norme dans les esprits de la majorité des directeurs des affaires médicales, voire de certains chefs de service. D'autant qu'un éventuel *opt-out* permet d'outrepasser la borne, avec des contreparties aléatoires, comme la rémunération du Temps Additionnel... Dans ce chemin de croix de la définition de la durée de travail, les positions intransigeantes des uns et des

autres génèrent des extrémismes humiliants, du genre décompte du temps de repas, périodes dites « inactives », retenue sur salaire pour temps de travail non effectué, et autres mesquineries.

Le plus grave dans cette affaire n'est pas la perte de considération des médecins hospitaliers par le personnel administratif, mais la dégradation de notre image à nos propres yeux : de là à ne plus percevoir la différence entre nous et le reste du personnel soignant soumis à des humiliations identiques par les directions sur le temps de travail, il n'y a qu'un pas, que certains d'entre nous sont sur le point de franchir. Ce n'est pas d'une question de supériorité d'un statut sur l'autre, de médecin à soignant non médecin qu'il s'agit, mais de la capacité d'autonomie professionnelle qui nous a fait choisir ce métier plutôt que celui d'infirmière. Si rien ne nous distingue les uns des autres, si ce n'est un salaire (un peu) meilleur et des responsabilités en première ligne, notre « travail » sera ressenti le plus clair du temps comme une « obligation » dénuée d'attraits dont la durée sera souhaitée la plus brève possible.

Il est donc temps, voire urgent, de définir, à côté d'indispensables limites claires et simples, notre travail autrement que par sa durée calculée au petit poil près, pour que chacun y trouve son compte justement, et ce sans chercher à tout moment à s'en tirer à bon compte...

Il n'est que temps de s'attaquer à la définition de ce que je nommerai Temps Médical Nécessaire (TMN) pour faire face aux différentes situations, fonction du type de soin, consultation, opération, interprétation, réunion de services... Ce temps médical sera forcément variable en fonction des progrès de la science, des avancées technologiques, et différent selon les structures hospitalières. Ce TMN sera aussi différent pour chaque patient qui constitue un cas singulier. Pourtant un TMN moyen ne sera pas plus difficile à évaluer qu'une quelconque tarification à l'activité. C'est en revanche, au contraire de la T2A, prendre le problème par les bons bouts, celui du patient et du soignant, ou plutôt de ce qui se passe entre eux. Du TMN découleront les effectifs nécessaires. Chaque établissement possèdera l'outil nécessaire pour établir son projet médical. S'il n'y avait pas adéquation entre TMN et effectifs, cela signifierait que la mission du service public ne peut être assurée dans les meilleures conditions pour le patient et le soignant. Le choix serait alors ouvertement politique de mettre ou pas en adéquation temps et effectifs, et les acteurs de soins comme les citoyens pourraient en tirer les conséquences.

La prise en compte du TMN, défini en commun par les professionnels de santé, constituera un élément majeur de reconnaissance des tâches effectuées par chacun. La reconnaissance est une condition non seulement de la paix sociale dans les hôpitaux, mais surtout du bien-être au travail, qui lui-même conditionne en grande partie la qualité de celui-ci.

Un médecin fait-il un bon directeur ?

Le docteur Michel-Frédéric André est anesthésiste-réanimateur au CHU de Bordeaux et assure actuellement un mi-temps aux affaires médicales du CHU. Dans son riche parcours, il a assuré les fonctions de directeur d'hôpital. Il a accepté de relater son expérience ainsi que l'enrichissement qui en découle.

PHAR-E : Votre parcours professionnel est original : passer de la fonction de PH à celle de directeur, puis retourner sur le terrain clinique. À quelles motivations avez-vous obéi dans un premier temps en quittant votre poste de médecin ?

Dr Michel-Frédéric André : Ce fut un long parcours. J'ai toujours été intéressé par la vie de mon établissement, la santé publique, d'où mon intérêt pour la gestion et la direction. J'ai été pendant 10 ans médecin de prélèvement d'organes et de tissus en vue de greffe, directeur de la banque de tissu et j'ai fondé le réseau de prélèvement aquitain.

Toutes ces expériences m'ont amené à collaborer quotidiennement avec les directions des hôpitaux. Cette expérience m'a permis de mesurer le pouvoir et la capacité d'organisation des directions. Avec le terme direction, la notion de responsabilité transparaît.

Ce pouvoir n'est certes pas toujours efficient et efficace et il est contraint, mais les processus de gestion, de décision et de management sont passionnants.

Parallèlement, je donnais des cours à l'école de Rennes. Ce sont cet intérêt et cette expérience qui m'ont donné envie de les mettre en application au service d'un hôpital. Au total, c'est l'absence de prise en compte des problématiques du POUVOIR (de faire, de décider, de diriger), de la LEGITIMITÉ (république contre démocratie, bureaucratie et autocratie) et de la RESPONSABILITÉ qui m'ont conduit à ce choix.

PHAR-E : Quels enseignements tirez-vous de cette expérience administrative, tant dans votre vie professionnelle personnelle que pour celle des médecins hospitaliers en général ?

Dr Michel-Frédéric André : Les enseignements n'ont pas été uniquement sur le plan personnel mais bien plus sur le plan professionnel et général. Cela m'a permis de percevoir à quel point la gestion de l'hôpital était complexe et demandait des compétences.

Concernant les médecins hospitaliers, il est nécessaire qu'ils prennent conscience qu'ils ont beaucoup plus de pouvoir sur le plan réglementaire qu'auparavant. Cependant, ils ne l'exercent pas toujours alors qu'ils le pourraient en participant activement à l'utilisation des finances dans les services. Pourtant, les médecins ont acquis la moitié des sièges au sein du directoire, mais très peu de médecins s'investissent dans l'évolution de la gestion de leur hôpital. Cet

investissement n'est pas réservé aux chefs de pôle, tout médecin peut y participer.

Il existe des poncifs tels que « l'hôpital n'est pas une entreprise. » « La rentabilité d'un hôpital n'est pas économique mais sociale et sanitaire ». Cependant, il existe des contraintes économiques indéniables. Le « toujours plus » est terminé et il est nécessaire que les équipes de professionnels de santé s'impliquent dans la

gestion de leur service, dans l'organisation des soins, du travail. Dans un contexte de diminution de moyens, les choix doivent être partagés en redéployant les moyens vers des secteurs plus productifs pour le patient.

PHAR-E : La connaissance par l'intérieur du monde administratif vous a-t-elle aidé à mieux le comprendre ?

Dr Michel-Frédéric André : La direction d'un hôpital ne se réduit pas au monde « administratif » mais relève plus du monde « gestionnaire ». La plupart des directions que j'ai côtoyées sont formées de personnes compétentes, notamment les jeunes qui ont bénéficié de formations universitaires de haut niveau. Pour exemple, la formation à l'école de Rennes, même si elle est critiquée, voire critiquable, offre une formation qui n'oublie pas les aspects pratiques et permet de créer des réseaux. Aujourd'hui les décisions au sein d'un hôpital passent par la concertation et la communication avec donc une nécessité d'interpéné-

“ Les médecins ont aujourd'hui les moyens réglementaires de prendre leur destin en mains ! ”

tration du « monde » des directeurs et du « monde » médical et de tout le personnel hospitalier.

Les médecins ont aujourd'hui les moyens réglementaires de prendre leur destin en mains, notamment grâce aux chefferies de pôle. Cependant, comme je le disais plus haut, il n'existe qu'une petite frange de médecins qui s'impliquent dans la gestion des hôpitaux et des réseaux de santé. Cela nécessite beaucoup de travail de recherche d'informations puisque les médecins n'ont pas reçu ce type de formation. Un passage par l'école de Rennes facilite ces recherches et les communications entre « administratifs » et médecins grâce à son réseau.

PHAR-E : Pouvez-vous comparer les niveaux de stress des deux métiers ?

Dr Michel-Frédéric André : Comme pour les chefs d'entreprise, les problèmes financiers sont au premier plan, notamment en termes de salaires qui doivent être versés en temps et en heure.

Les médecins ont le stress lié aux patients mais en termes de quantité de travail, je pense qu'ils ont moins de contrainte, ils peuvent s'organiser lorsque l'équipe fonctionne correctement.

Pour revenir aux chefs de pôle, on leur en demande beaucoup : être à la fois chef d'équipe hospitalière, parfois chef d'équipe de recherche et s'investir dans l'hôpital et dans l'université. Ce n'est pas possible de TOUT faire. Certains jeunes chefs de pôle se mettent en retrait sur certains aspects et ont ainsi appris à déléguer ou à partager les autres tâches.

Comme les médecins qui s'appuient sur des personnels compétents, les chefs d'établissement s'appuient sur des collaborateurs de haut niveau. En effet, le chef d'établissement peut être entouré par plusieurs directeurs attachés à des spécialités différentes comme celle des affaires médicales....

Le directeur d'un établissement se retrouve sur des fonctions de gestion de très haut niveau de la fonction publique hospitalière et est soumis aux contraintes et questions d'un ensemble de personnes émanant de milieux très différents : le corps médical, le personnel soignant, les tutelles...

Quoiqu'il en soit, il faut sortir du conflit « direction »/ « médecins ». C'est un ensemble qui doit collaborer et communiquer pour faire vivre l'institution hospitalière, chacun selon ses compétences.

PHAR-E : Pensez-vous que c'est une bonne chose qu'un médecin occupe un poste de direction ?

Dr Michel-Frédéric André : Oui, à condition qu'il soit formé à cette tâche. Ces deux mondes s'interpénètrent de plus en plus, mais ont du mal à se comprendre, notamment car leurs modes de fonctionnement diffèrent. Pour exemple, le temps de réponse d'un gestionnaire et celui d'un médecin ne sont pas les mêmes.

Le médecin, face à son malade, doit apporter rapidement une réponse à un problème, une question. En revanche, le directeur d'établissement est sollicité par ses tutelles, le personnel de son établissement et doit prendre le temps de consulter l'ensemble de ses partenaires, ses tutelles (sécurité sociale, ARS, Ministère, DGS...) avant d'apporter une réponse.

Médecins et administratifs travaillent souvent dans l'urgence mais autant les médecins sont maîtres de leurs décisions, autant les administratifs doivent apporter des réponses en accord avec leurs tutelles.

Donc pour répondre à votre question, oui un médecin peut exercer cette fonction mais uniquement après avoir été formé.

Propos recueillis par C. Mura

POINT DE VUE

L'expérience, rare, de notre collègue et ses allers-retours entre les sphères des directions hospitalières et le terrain clinique est instructive à plusieurs titres.

Elle devrait permettre une compréhension mutuelle et réciproque des problématiques de deux mondes qui se méconnaissent quand qu'ils ne s'affrontent pas.

Elle montre qu'un médecin peut s'intéresser au fonctionnement intime de la gestion hospitalière jusqu'à en partager la charge, sans toutefois renoncer définitivement aux attraits de son métier d'origine.

C'est une chance que d'avoir pu mettre en parallèle les charmes et les charges des deux professions, et montrer qu'un médecin peut s'acquitter honorablement d'une fonction directoriale. L'inverse, un directeur partageant un jour la responsabilité singulière devant un patient en devenant médecin reste fort improbable...

Richard Torrielli, Rédacteur en Chef de PHAR-E

Suicide au travail : un bilan difficile à établir

Par -e a rencontré Florence Bègue, psychologue du travail et consultante en entreprise afin de dresser l'état des lieux d'un phénomène qui est devenu presque « courant » aujourd'hui : les suicides en lien avec le travail et les souffrances qu'ils peuvent créer.

PHAR-E : Parler du suicide est-il aujourd'hui devenu moins tabou en France ?

Florence Bègue : Le suicide au travail est devenu un fait d'actualité ces dix dernières années et les médias ont porté le débat sur la place publique, notamment après les suicides de France Telecom et les nombreux autres qui ont suivi.

Le sujet devient aujourd'hui presque banal, comme si les rapports de causalité entre suicide et travail étaient évidents, comme si ce geste ultime était aussi banal qu'une dépression ou qu'une crise d'angoisse. Et les médias ont participé à cette banalisation en reprenant les sujets de la fragilité, des statistiques ou encore d'épidémie.

Tout cela montre qu'il reste très compliqué d'aborder le sujet de l'étiologie du suicide au travail, de faire le lien entre les nouvelles formes d'organisation et de gestion, d'évoquer les sujets de l'éclatement des collectifs de travail, de la souffrance éthique, de l'isolement, de la peur...

Il faut souligner la difficulté des dirigeants à faire face à ces situations ; les suicides les confrontent à l'implicite, à l'absurde, eux qui connaissent si peu le monde réel du travail, qui croient à la toute puissance de leurs outils, de la rationalité instrumentale, de la mesure et de l'ordre, les voilà soudain confrontés brutalement à la question du sens, du sens de ces suicides, du sens du travail, de leurs actions ... Ces drames les confrontent à l'illusion dans laquelle l'obsession de la performance les a conduits.

On pourrait même parler de conspiration du silence autour de ces questions ! En évitant de penser et de parler ces situations inacceptables, en se désengageant ainsi de l'espace public, mais aussi en anesthésiant ses affects, en sacrifiant sa faculté

de juger, son sens moral et son éthique, chacun contribue à les rendre acceptables. Nous sommes tous concernés par ce renoncement à penser, à parler et à agir... mais il se paye très cher.

PHAR-E : Y-a-t-il vraiment recrudescence des suicides au travail en France ?

Florence Bègue : Il est très compliqué de déterminer, sur les 10000 décès par suicide par an en France, quel pourcentage est en lien avec le travail. Les travaux du département Santé Travail de l'INVS permettent de décrire la mortalité par suicide et son évolution chez les salariés selon le secteur d'activité. Toutefois, ces analyses ne permettent pas d'en

analyser les causes.

Sans prétendre me baser sur un dispositif d'observation ou de comparaison, je peux simplement faire le constat que, malgré les dépressions, suicides et alertes perpétuelles sur la montée de la souffrance au travail, malgré les enquêtes, les rapports parlementaires, les suicides en lien avec le travail se suivent et se ressemblent ! Toutes les organisations sont touchées, privées, publiques, tous les champs d'activités. Et les entreprises et administrations persistent à s'en remettre au symptôme et au traitement individuel.

PHAR-E : Peut-on espérer réduire leur incidence, notamment en milieu hospitalier et comment ?

Florence Bègue : La démarche est de longue haleine. D'abord, il s'agit de signifier la volonté de comprendre, de chercher la signification des suicides au travail, d'élucider ces « messages » adressés à toute la communauté de travail. Montrer la volonté de comprendre avant d'agir, et pour agir. Cela passe par la parole et l'écoute.

La question de l'action n'est pas une affaire indi-

viduelle. Les fonctions psychologiques et sociales du travail sont les meilleurs remparts à opposer contre la souffrance au travail.

Cela veut dire :

- Reconstruire ensemble le dossier du travail, du travail vivant, et ne jamais se satisfaire du travail prescrit : un médecin ne sera jamais qu'un prescripteur de soins, un magistrat ne sera jamais qu'un prescripteur de règles ! C'est impossible ! Rouvrir le dossier du travail vivant sous-entend de rétablir par la parole la possibilité de penser son métier et ses critères pour pouvoir l'exercer ; comment tenir le lien entre un travail de qualité et mes valeurs, entre un travail de qualité et mon éthique ?
- Reconstruire des collectifs de travail vivants en situation de débattre du travail sur leur périmètre, de les amener à participer à la prise de décision concernant l'organisation de leur travail.

Si l'on souhaite des changements « en profondeur », il faut viser l'accroissement des compétences collectives des salariés, de leur capacité à penser le travail et de leur aptitude à débattre dans l'espace de délibération interne à l'organisation. **Ce travail est toujours collectif, c'est déterminant, il renforce l'appartenance, le sens commun, les coopérations.** Lorsque la direction est partie prenante dans la démarche, il peut être possible d'ouvrir des espaces de discussions où arguments techniques, rationnels, gestionnaires doivent être évoqués mais aussi et surtout, c'est là le plus difficile, les arguments plus subjectifs liés au vécu, à l'expérience, à la reconnaissance, au « vivre ensemble », à la convivialité. De ces débats doivent déboucher de nouvelles formes de travail plus « vivantes », permettant l'exercice de compétences, d'intelligence, de créativité, de marges de manœuvres, permettant aux salariés de faire des choix, de faire autorité sur leur travail, permettant également à chacun d'être reconnu au sein de son collectif de travail.

Ce n'est pas forcément négatif de faire évoluer les organisations, si c'est pour faciliter le service au client, la prise en charge du malade, améliorer la communication, la prise de décision, la réactivité, les coopérations...

Ce qui est problématique, c'est la manière dont sont conduits les changements ! Conduits par des dirigeants coupés du réel du travail, des métiers, des contraintes que vivent les professionnels, de leurs valeurs. Ces changements sont conduits sous les yeux des salariés, jamais débattus, pensés, réfléchis avec eux.



Toutes ces questions se posent à nous, que l'on soit dirigeant, ouvrier, collègue, ami, syndicaliste. Ainsi, nous avons tous à coopérer pour inventer ensemble des moyens d'agir, même minimes.

Nous vivons du langage. La parole doit circuler pour créer des ponts, rompre avec l'ignorance et la bêtise, rompre avec l'isolement

Parler, c'est créer du lien, c'est produire et partager du sens, de l'effort commun. C'est lutter pour rendre l'action collective possible.

PHAR-E : « Il (elle) était fragile... ». Réduire le suicide à la fragilité du suicidé : erreur, injustice ?

Florence Bègue : Le déni, les résistances, l'hostilité, les explications simplistes comme la fragilité individuelle ou phénomène d'imitation etc. sont les réactions souvent premières, servant à masquer les peurs, l'angoisse, la culpabilité. Je pense que ces explications, loin de s'attaquer aux véritables problèmes, les renforcent ! Vouloir sauver les apparences en ciblant les fragilités des personnes, en les culpabilisant de n'être pas suffisamment « solides », en tentant de renforcer leur résistance aux difficultés (révélant souvent de l'inacceptable) qu'ils rencontrent, risque de mettre en danger toute la communauté de travail.

Dans ces explications, le travail et ses nouvelles formes d'organisations sont souvent exclus du champ de l'analyse, évitant ainsi toute remise en question des décisions du management. Il est vrai qu'un salarié qui se suicide pourrait avoir des difficultés personnelles ; mais qui n'en n'a jamais eu ? La question se pose autrement : pourquoi l'organisation, le management, le collectif, le métier n'ont-ils pas joué leur rôle de protection ? Il faut cesser de penser l'organisation pour des individus idéaux, cela n'existe pas, c'est une illusion de toute puissance, une illusion insensée de

“ Parler, c'est créer du lien, c'est produire et partager du sens, de l'effort commun ; c'est lutter pour rendre l'action collective possible. ”

pouvoir tout contrôler. Mais les salariés morts nous rappellent que le monde de l'entreprise n'est pas une gigantesque mécanique, prévisible et cohérente dans

laquelle chacun exercerait sa mission à la perfection. Ils nous amènent à reconsidérer notre regard sur le travail, sur l'homme au travail, et dans la société.

Propos recueillis par Saveria Sargentini

POINT DE VUE

Même s'ils présentent le même taux d'idées suicidaires, les médecins se suicident deux fois plus que la population générale. C'est un sujet grave et complexe qu'il nous faut appréhender collectivement dans notre communauté professionnelle. Tant que l'information restera insuffisante sur ce risque, nous n'aurons pas la possibilité d'éviter le passage à l'acte ou de l'élucider lorsqu'il aboutit. Comme l'indique Florence Bègue qu'il faut ici remercier pour la clarté de son propos, ne pas nous arrêter aux premières explications, toujours simplistes, est alors un véritable devoir [voire note].

Au sein des équipes de soins, la prise de conscience des multiples aspects que revêtent les troubles de la santé au travail - dont les atteintes à la santé mentale - n'est pas encore un fait acquis. De notre capacité à nous saisir de ces questions dans nos métiers à fortes contraintes, peut dépendre notre résistance à un ou des facteurs déclenchants. Il peut s'agir de l'implication dans un accident médical, d'une erreur, ou d'une incapacité à soutenir des conditions d'exercice délétères, conséquences des nouvelles organisations du travail, de l'isolement contraint ou de l'intensification à tout va.

Le SNPHAR-Elargi entend poursuivre dans cette voie et soutient toute démarche pour améliorer la connaissance et l'information dans ce domaine. Une première approche, collégiale, est en cours au sein du CFAR (<http://www.cfar.org/>) qui, depuis le 1^{er} octobre 2013, propose des ressources en ligne et un Numéro Vert pour les professionnels de l'anesthésie-réanimation en difficulté psychologique. Ce dispositif a naturellement vocation à s'étendre à l'avenir.



En 2014, le CFAR fera du suicide l'une de ses priorités et, avec des experts reconnus, conduira une réflexion approfondie sur la prévention du risque suicidaire et la prise en charge d'une équipe lorsqu'elle est touchée par cette épreuve.

Max-André Doppia, Administrateur du SNPHAR-E, Vice-président du CFAR

Note : On pourra utilement se référer à l'ouvrage de Florence Bègue et Christophe Dejours : « *Suicide et travail : que faire ?* » Coll. Souffrance et théorie, éd. PUF, 2009, 130 p.

Sous l'égide de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR), et avec l'accord de nombreuses sociétés savantes chirurgicales, l'équipe de Rennes vous propose de participer à une enquête, totalement anonyme, sur votre vécu dans le monde professionnel hospitalier*.

Le sujet étant intéressant sur le plan syndical, le SNPHAR-E a publié le lien pour répondre à l'enquête sur son site. Tout professionnel ou étudiant au bloc peut répondre à cette enquête. Aussi, n'hésitez pas à la diffuser.

* <http://www.sfar.org/categorie/76/enquetes/1>

Les systèmes de santé en Europe dans le contexte de crise financière

Les budgets sociaux sont en constante augmentation, du fait du vieillissement de la population, de la technologie médicale grandissante et de la revendication croissante de la population d'un accès à des soins de qualité au fur et à mesure qu'elle accède à la démocratie. mais la crise financière est là...

La crise financière et la dette croissante des états européens ont rendu la situation difficile à gérer selon le modèle social occidental (voir articles sur le sujet dans PHAR 60 avril 2012 et PHAR 64 avril 2013). Tous les systèmes de santé publique des pays membres de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) partagent un même problème : quelle solution technique utiliser pour maintenir 8 à 11 % du revenu national dans les services de soins de santé.

ACCROISSEMENT DE LA DEMANDE, MAIS BAISSÉ DES RESSOURCES

Les budgets de la santé constituent une grande part des dépenses publiques dans l'Union Européenne et le secteur des soins de santé est considéré comme l'un des grands succès de l'Europe.

Pour les Européens, il s'agit de l'un des éléments qui fait du « vieux continent » un endroit à part sur la planète en termes de qualité de vie. Toutefois, le vieillissement de la population et les chocs de la crise financière ont placé le contraste important entre les idéaux de l'Europe et la réalité, sur le devant de la scène [1].

La crise financière qui a débuté en 2007-2008 s'est transformée en une crise sociale et économique longue et douloureuse.

La pauvreté, l'insécurité alimentaire, les difficultés liées au logement, l'augmentation de la consommation d'alcool et la hausse du chômage ont des retombées sur la santé physique et mentale, ainsi que sur le taux de suicide.

En Grèce, 3 millions d'habitants (27,7 % de la population) sont sans couverture sociale, avec des conséquences particulières sur les enfants et les femmes

enceintes. La crise financière prend des airs de « tragédie grecque » s'agissant de l'accès aux soins de santé pour les patients, a écrit Martin McKee, professeur de santé publique européenne à la London School of Hygiene and Tropical Medicine, dans un article publié dans The Lancet [2].

Il est évident que disposer d'une Europe en bonne santé ne suffira pas pour sortir de la crise, mais un secteur et des services de santé performants sont essentiels.

Le secteur des soins de santé représente 10 % du PIB de l'UE et les services de santé et les secteurs qui y sont associés font partie des plus grands employeurs d'Europe.

L'industrie pharmaceutique, notamment, est l'un des employeurs et des exportateurs qui se portent le mieux en Europe. L'industrie est sous une pression croissante, dans la mesure où les gouvernements cherchent à faire baisser le prix des médicaments et que certains ne payent plus leurs factures.

La crise financière frappe le secteur des soins de santé en Europe, alors que les problèmes démographiques deviennent préoccupants.

La population européenne va subir des changements démographiques importants: le pourcentage de personnes âgées de 65 ans ou plus devrait en effet doubler au cours des 50 prochaines années, passant de 17,4 % en 2010 à 30 % en 2060.

Les acteurs du secteur s'inquiètent des problèmes qui pèsent sur leurs services en raison de l'accroissement de la demande et de la baisse des ressources. En Europe, le nombre de postes d'infirmiers a été réduit et certains professionnels de santé ont vu leurs salaires gelés, voire réduits. En conséquence, moins de personnel a été recruté et des travailleurs ont dû quitter leur emploi.



LA CRISE : UNE OPPORTUNITÉ DE REPENSER LES SYSTÈMES DE SANTÉ ?

La crise offre toutefois l'opportunité de repenser les systèmes de santé. Mais pour cela, il faudrait adopter des perspectives à plus long terme et évaluer différentes options. Si la réduction des coûts pour les systèmes de santé semble l'option la plus évidente pour un comptable, les économistes spécialistes de la santé affirment que cela n'aurait aucun sens sur le long terme. Alors que des réductions douloureuses sont opérées dans les budgets des gouvernements, il peut être judicieux de prendre en compte les risques et les bénéfices des différentes approches et d'évaluer l'impact de ces dernières sur la santé à long terme. Quels domaines sont les plus efficaces ? Comment pourrait-on économiser de l'argent ? Quel rôle pour l'innovation et comment assurer le caractère durable des options envisagées ?

L'Union Européenne apporte sa contribution de deux manières :

- La première méthode consiste à proposer des programmes de soutien pour les pays qui reçoivent directement des financements du fonds de sauvetage.
- L'UE peut également intervenir de manière indirecte. Le Conseil des ministres européens de la santé a par exemple demandé le 6 juin 2011 que la Commission fournisse aux Etats membres des outils et des méthodologies efficaces en matière d'évaluation des performances des systèmes de santé.

De manière plus générale, l'UE a un rôle important à jouer s'agissant d'encourager et de stimuler les investissements dans les soins de santé au sein des Etats membres. Elle se doit notamment de garantir que

les financements considérables alloués dans le cadre des fonds de cohésion, de la stratégie numérique et de la recherche sont correctement dépensés.

Les mesures d'austérité et la nécessité de trouver de nouvelles sources de revenus offrent aux gouvernements l'opportunité de lutter contre l'épidémie d'obésité qui frappe l'Europe, bien que ce soit par le biais de mesures controversées. En plus d'offrir une solution pour combattre l'obésité, les recettes générées par de telles taxes pourraient renforcer les budgets. De nombreux gouvernements en Europe l'ont bien compris et ont déjà introduit ce type de taxes. Il s'agit de la Hongrie, de la France et du Danemark. Les bénéfices de la lutte contre l'obésité sont liés aux besoins de liquidités des gouvernements et les problèmes affectant le financement des systèmes de santé touchent également le secteur privé et surtout l'industrie pharmaceutique.

La Grèce est une fois de plus un exemple type. L'Association panhellénique des pharmaciens affirme avoir enregistré une pénurie de près de 50 % des 500 médicaments les plus utilisés dans le pays. Même lorsque les médicaments sont disponibles, les pharmaciens doivent payer d'avance ou les patients préfèrent s'en passer. Les problèmes financiers du gouvernement ne font qu'aggraver la situation. Les assurances publiques retardent les paiements aux pharmacies qui, à leur tour, ne sont plus en mesure de payer leurs fournisseurs à temps. Comme les assureurs publics ne règlent pas leurs dettes vis-à-vis des pharmaciens, certaines de ces charges retombent à présent sur les patients. Début 2012, des patients faisaient la queue devant les pharmacies pour acheter leurs médicaments. Au lieu de présenter les reçus des services sociaux, ils tenaient de l'argent dans leurs mains.

LA SANTÉ EN EUROPE NE CESSE POUTANT DE S'AMÉLIORER, EN DÉPIT DE LA CRISE

Depuis que l'*Euro Health Consumer Index* (EHCI) a commencé à mesurer les résultats [3], le niveau moyen de performance des soins de santé a considérablement augmenté.

L'amélioration générale est évidente, à l'ombre de l'austérité. **Les patients sont mieux pris en charge par le développement d'une information de meilleure qualité. Il y a une prise de conscience croissante de la nécessité de prévention.**

Mais les pays riches réussissent mieux à contrer les effets de la crise et il semble qu'il se creuse un écart égalitaire entre les pays européens.

Une longue attente pour les rendez-vous et, encore plus, pour les traitements semblent être un phénomène culturel dans certains pays plutôt qu'un phénomène financier, un modèle difficile à changer.

L'économie sur les produits pharmaceutiques est l'effet le plus évident de l'austérité. Les médicaments génériques bon marché signifient que beaucoup peuvent accéder à des traitements adéquats, même si les nouveaux médicaments conformes à l'état de l'art deviennent trop peu accessibles.

EN FRANCE, LES DÉPENSES À LA CHARGE DES PATIENTS SONT LES PLUS FAIBLES DANS L'OCDE

Entre 2009 et 2011, les dépenses de santé par habitant ont chuté dans 2/3 des pays de l'OCDE, avec les plus durement touchés par la crise, selon le dernier rapport publié [4]. La Grèce est l'un des pays qui a pris les mesures les plus sévères, mais l'Espagne et d'autres États comme la France et la République tchèque ont adopté des mesures semblables. Depuis 2008, les inégalités dans le domaine de la santé augmentent sensiblement. **Selon plusieurs experts, les gouvernements devraient donc innover pour rendre les soins de santé accessibles, tout en assurant leur « rentabilité » et une bonne qualité de soins.**

Ceci est en contraste net avec la forte croissance des dépenses de santé au cours des années 2000-2008, avant la crise. Les restrictions gouvernementales ont ainsi été les plus marquées en Grèce (11,1 %) et en Irlande (6,6 %). **Les réductions de l'offre de services de santé et l'évolution de leur financement par l'augmentation des paiements restant à la charge des patients ont également affecté l'accès aux soins,** souligne l'OCDE, entraînant des temps d'attente pour certaines opérations au Portugal, en Espagne, en Angleterre et en Irlande après des années d'amélioration.

En France, grâce à la Sécurité Sociale et aux dispositifs de couvertures complémentaires, les dépenses restant à la charge des patients demeurent parmi les plus faibles dans l'OCDE : elles représentaient seulement environ 8 % des dépenses totales de santé en France en 2011 - la part la plus faible après les Pays-Bas - contre 20 % en moyenne dans l'OCDE. Selon le rapport, les groupes à faible revenu sont les plus touchés et ont moins accès aux médicaments ou *check-up* pour les maladies chroniques (HIV), **qui peuvent avoir des conséquences sanitaires et économiques à long terme sur les plus vulnérables dans la société.**

L'impact de la crise sur la santé, cependant, a été diversifié. Bien que le taux de suicides ait augmenté au début de la crise, ces chiffres se sont stabilisés. La mortalité par accident de la route a diminué, car la crise a amené moins de voitures sur les routes, tandis que l'alcool et la consommation de tabac ont également diminué dans de nombreux pays, avec la baisse des revenus des usagers.

Sarah Thomson, chercheur senior à l'Observatoire européen des systèmes de santé et des politiques et directeur adjoint à la LSE Santé, a déclaré: « *Bien que ce ne fût pas toujours le cas lors de la crise, certains pays ont réagi très rapidement dans de nombreux cas contre le risque potentiel de coupes dans le budget de la santé et ils ont utilisé une très large gamme d'outils pour essayer de maintenir les niveaux de dépenses publiques de santé. Certains pays étaient en mesure de répondre et certains d'entre eux ont montré que, grâce à des réformes du financement, il était possible de protéger le budget de la santé. Il est aussi possible de faire des changements qui protègent le marché du travail et d'adopter des politiques plus ciblées* » [5].

Une population en bonne santé signifie plus de productivité, plus de temps au travail, plus de personnes employées, plus de personnes âgées au travail et moins de demande en soins de santé. La Commission Européenne souligne le rôle de soutien de la politique de santé de l'UE dans la reprise économique, en aidant les États membres à faire face aux défis actuels. Investir dans les professionnels de santé avec de bonnes conditions de travail, des salaires corrects et un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie familiale, c'est investir dans le renouveau économique de l'UE.

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

RÉFÉRENCES

- [1] Austérité : les systèmes de santé en péril.
<http://www.euractiv.fr/sante/austerite-les-systemes-de-sante-linksdossier-511428>
- [2] Financial crises, austerity and health in Europe
Karaniolos/Mladovsky/Cylus/Basu/Stuckler/Mackenbach/McKee (2013): The Lancet, Vol. 381, April 2013, pp. 1323-1331
- [3] Euro Health Consumer Index 2013
<http://www.healthpowerhouse.com/index.php?Itemid=55>
- [4] Panorama de la santé 2013: les indicateurs de l'OCDE
<http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sante-2013.pdf>
- [5] European Observatory on Health Systems and Policies
<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory>



(Savoie)

Centre hospitalier de 245 lits dont 103 MCo
(41 lits de Médecine + 4 lits de surveillance Continue + 40 lits de Chirurgie
+ 16 lits de Maternité + 2 lits d'UHCd)
70 km de Chambéry – 100 km de Grenoble – 170 km de Lyon
à proximité des stations de ski

ReCHeRCHe
2 PRaTICIeNS HoSPITaLIERs
eN aNeSTHeSIE-ReaNIMaTIoN

à fin de Compléter l'équipe de praticien s

Pour tous renseignements Contacter :

Mme Vincent, directrice

tél. : 04 79 20 60 00

direction@ch-sjm.fr

M. le docteur Perrot, Chef de service

tél. : 04 79 20 60 43

RÉGIE PUBLICITAIRE :

Macéo éditions / RPS

11, bd Ornano - 75018 Paris

Directeur : Monsieur Kamel Tabtab

Tél : 01 53 09 90 05 - Mail : k.tabtab@reseauprosante.fr

Web : reseauprosante.fr

Prochain numéro : Avril 2014

Annonces de Recrutement



LE CENTRE D'ACCUEIL ET DE SOINS HOSPITALIERS (CASH) DE NANTERRE

Situé dans les Hauts-de-Seine en Ile de France est une structure unique en France puisqu'elle regroupe à la fois : une structure sanitaire classique : l'hôpital public Max Fourestier, et plusieurs structures sociales dont 1 EHPAD .

Le CASH recherche :

► Anesthésistes-réanimateurs 2 postes de praticiens hospitaliers à temps plein

• 179 lits MCO.

- Vos candidatures sont à adresser au bureau des affaires médicales par mail : nadia.mehdi@ch-nanterre.fr
- Informations disponibles auprès du Chef de service - Dr Adeline
Mail : johny.adeline@ch-nanterre.fr - Tél. : 01 47 69 66 03
- CASH de Nanterre - 403, avenue de la République - 92014 Nanterre cedex



LE CENTRE HOSPITALIER DE CHATEAURoux

Médecin anesthésiste à temps plein Recherche

pour son équipe médicale de 9 ETP

Descriptif :

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

Plateau technique et équipements (500 lits environ) :

scanner, IRM, radiologie conventionnelle avec six salles, 1 mammographie, 5 échographes, 6 salles au bloc opératoire, 1 bloc obstétrical, 1 hélicoptère, 1 service de réanimation avec garde séparée (mais possibilité de prendre quelques gardes en réa), 1 service de soins continus, 1 service de soins intensifs cardiologiques.

Activité variée (hospitalisation complète et service d'ambulatoire) :

L'activité (9000 actes/an) se partage entre chirurgie orthopédique, traumatologie, viscéral et digestif, gynéco-obstétrique (1600 accht), vasculaire [artères (aorte et carotides) et veines].

Equipements actualisés et récents :

Monitoring et ventilateurs, circuit fermé, stations AIVOC, moniteur BIS, hémodynamique, équipement Dräger, 1 appareil d'échographie pour ALR et abord vasc, un 2è en cours d'acquisition, récupérateur de sang, PCA, PCEA.

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

Contact :

Vous pouvez répondre adresser les candidatures (C.V. + lettre de motivation) à :
Centre hospitalier de CHATEAURoux - Direction
216, avenue de Verdun - BP 585
36019 CHATEAURoux

Tél. : 02 54 29 65 14 - Fax : 02 54 29 60 40
Mail : direction@ch-chateauroux.fr

site internet de l'établissement
www.ch-chateauroux.fr



LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES (44)

Recrute plusieurs anesthésistes à temps plein

Pour tout renseignement s'adresser à :

Madame Terrien - Direction des affaires médicales - Centre Hospitalier Universitaire de Nantes - Immeuble Deurbroucq - 5, allée de l'Île Gloriette
44 093 Nantes Cedex 01

nicole.terrien@chu-nantes.fr - 02 40 08 71 22

CENTRE HOSPITALIER CENTRE BRETAGNE

PENNOSPITAL KREIZ-BREIZH

RECRUTE

1 À 2 POSTES D'ANESTHÉSISTES RÉANIMATEURS

Etablissement pôle de son territoire de santé (130 000 habitants) près de 1000 lits et places dont un hôpital neuf de 400 lits.

- Plateau technique complet et moderne présentant la majorité des spécialités médicales et chirurgicales.
- Bloc opératoire avec activité chirurgicale multidisciplinaire : chirurgie viscérale, gynécologie, orthopédie, rachis, urologie, ORL, endoscopies digestives et bronchiques, chirurgie ambulatoire.
- Activité obstétricale avec une maternité de niveau 2 A (1100 accouchements).
- Unité de surveillance continue médico-chirurgicale (5 lits) sous la responsabilité des anesthésistes-réanimateurs.
- Une garde sur place (bloc, maternité, UCS).
- Possibilité de gardes réduites en cas d'affection principale sur l'UCS.
- Equipe composée de 6 médecins anesthésistes-réanimateurs.
- Possibilité de recrutement sous statut d'assistant ou d'attaché associé.
- Logement T1 proposé à titre provisoire.

Contact :

Madame Priol - Direction des affaires médicales

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

LE CENTRE HOSPITALIER DE CENTRE BRETAGNE



Le Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Brest

7 sites - 2 593 lits et places - 5 500 collaborateurs

Recrute un praticien coordinateur CPO

Unité de Coordination Hospitalière des Prélèvements d'Organes et de Tissus

Inscrit au Tableau de l'Ordre.

À temps plein ou à temps partiel pour assurer les fonctions de médecin coordinateur en charge de l'organisation générale de l'unité et de l'activité de prélèvement.

En charge de :

- L'organisation générale de l'activité dans le respect des règles de sécurité, d'hygiène et de traçabilité.
 - La disponibilité du personnel et de l'équipement nécessaires à l'activité de l'unité.
 - La formation des personnels de l'établissement aux règles de bonnes pratiques de prélèvement.
 - Des relations avec les autres partenaires du processus thérapeutiques (médecins des donneurs, préleveurs et transplantateurs et coordination interrégionale de l'Agence de Biomédecine).
 - Du signalement de tout dysfonctionnement de cette activité aux coordonnateurs interrégionaux de l'Agence de Biomédecine.
- Ce médecin travaille en collaboration avec une équipe paramédicale de valeur de l'unité de coordination.

Le poste est vacant immédiatement

Renseignements :

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

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



LE CENTRE HOSPITALIER ALPHONSE-GUERIN

56800 PLOERMEL

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

RECHERCHE URGENTISTES

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

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

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

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

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

LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-BRIEUC

COTES D'ARMOR (22) – BORD DE MER - Communauté d'agglomération de 115 000 habitants - PARIS 3h TGV – 4 h Route
 HOPITAL DE REFERENCE DU TERRITOIRE DE SANTE N°7 & 3^{ème} établissement de santé breton par son activité, très beau plateau technique/toutes spécialités sauf Neuro-chirurgie
 et Chirurgie Cardiaque - 792 lits et places MCO – 40 lits SSR – 484 lits et places d'EHPAD - 70 241 séjours et séances en MCO.



RECRUTE, pour son service d'anesthésie, suite à départ en retraite d'un praticien hospitalier UN ANESTHESISTE Temps plein - Praticien hospitalier - Praticien contractuel ou assistant

Equipe médicale : 21 médecins Anesthésistes (20,40 ETP) - Deux listes de gardes (Maternité et Bloc) - Repos post-garde.
Profil : Activité polyvalente au sein des différents secteurs d'activité (Chirurgie digestive - Chirurgie vasculaire et thoracique - Chirurgie orthopédique et traumatologique - Chirurgie pédiatrique - Spécialités chirurgicales : ORL, ophtalmologie, chirurgie buccale, urologie - Endoscopies digestives - Cardiologie, pneumologie et gastro-entérologie interventionnelle)

Sites Internet à consulter pour de plus amples informations sur l'environnement économique, social et culturel des Côtes d'Armor :

- www.mairie-saint-brieuc.fr (rubrique "découvrir Saint Brieuc")
- www.cotesdarmor.cci.fr (rubrique "cci info")
- www.cg22.fr
- www.baiedesaintbrieuc.com

Site Internet à consulter pour de plus amples informations sur l'établissement :
<http://www.ch-stbrieuc.fr>

Pour tout renseignement contacter :

• M. le docteur Rédouane CHOUI
 Chef de Service
 Tél.: 02 96 01 74 00
 Mail : redouane.choui@ch-stbrieuc.fr

• Mme KERAMBRUN
 Directeur adjoint chargé des affaires médicales et des actions de coopération sanitaire
 Tél.: 02 96 01 73 11
 Fax : 02 96 01 77 99
 Mail : sec.affmed@ch-stbrieuc.fr

Adresser lettre de candidature + CV à :

Centre Hospitalier de Saint Brieuc

Direction des affaires médicales et des actions de coopération sanitaire

22027 - SAINT BRIEUC Cédex 1



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



Centre
 Hospitalier
 d'Auch
 EN GASCOGNE

RECHERCHE

Soigner & prendre Soins

- UN MEDECIN ANESTHESISTE (H/F)
- UN MEDECIN REANIMATEUR (H/F)

Pour son Bloc Opérateur (6 salles)

Service d'Anesthésie :

- 275 lits MCO
- 5 000 Anesthésies pratiquées en 2011
- 8 Infirmières anesthésistes DE
- 6 salles de Bloc (2 ortho, 4 viscéral et obstétrique)

Renseignements :

Docteur Cuvilliers - Tél : 06 49 57 45 66 - Mail : p.cuvilliers@ch-auch.fr
 Docteur Jaulin - Mail : j.jaulin@ch-auch.fr

Contact affaires médicales : 05.62.61.31.02

Mail : direction_generale.secretariat@ch-auch.fr

- UN MEDECIN URGENTISTE (H/F)

Titulaire du DESC ou de la CAMU et inscrit au Conseil Départemental de l'Ordre.

Activité au siège du SAMU 32 du Gers, du SMUR d'Auch et de l'antenne SMUR de Condom et disposant d'une USC-UHCD de 6 lits (extension à 10 lits prochainement) .

Contexte des Urgences :

- Nouveau chef de service
- 17 000 passages aux urgences /an
- 4.5 lignes de garde en temps médical continu (deux sites)
- Equipe médicale d'urgentistes de 19.60 ETP
- Projet de Fédération de Médecine d'Urgence

Candidatures par Courrier au Centre hospitalier d'Auch en Gascogne
 Allée Marie Clarac BP382 32008 AUCH Cedex





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.

Etablissement public de santé dont le siège social est à Saint Giron - Le Centre Hospitalier comprend plus de 1000 salariés dont plus de 60 médecins, 4 pôles cliniques, des activités diversifiées (MCO, urgences, SSR, SIR, centre de réadaptation neurologique, psychiatrie intra et extra de l'Ariège, EHPAD) et un plateau technique complet avec laboratoire, pharmacie et scanner.

CHERCHE ANESTHESISTE REANIMATEUR

- 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 :

Mr GUILLAUME.D - Directeur des ressources humaines Centre Hospitalier Ariège Couserans - BP 60111 - 09201 SAINT GIRONS CEDEX - Mail : secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr

Pour toutes questions complémentaires sur la nature du poste à pourvoir :

Pour anesthésie réanimation : Dr PICHAN - Président de CME et chef de pôle - 05 61 96 20 24



Centre hospitalier du val d'Ariège

Etablissement pivot de territoire situé au pied des Pyrénées et à 40 mn au sud de Toulouse

RECRUTE SON 9^{ème} ANESTHESISTE

sur un poste de praticien hospitalier vacant

[Possibilité d'exercice à temps plein ou à temps partiel - Possibilité d'activité partagée entre anesthésie et réanimation]

Contacts :

Docteur JOUCLA - Responsable de l'U.M.A. d'anesthésie - 05 61 03 32 33
Direction des ressources humaines - 05 61 03 30 50

Adresse postale : BP 90064 - 09017 FOIX CEDEX
E-mail : direction@chi-val-ariège.fr

Profil de poste consultable sur le site internet de l'établissement :

www.chi-val-ariège.fr



Capiro Clinique Saint Jean Languedoc

est un important établissement hospitalier privé, implanté à TOULOUSE (31)

Recherche dans le cadre de son développement

un anesthésiste-réanimateur (h/f)

L'établissement est une clinique MCO soins continus, toutes spécialités sauf neurochirurgie et chirurgie thoracique.

SDF de 6 anesthésistes recherche pour cause de départ à la retraite, son 7^{ème} anesthésiste-réanimateur, spécialités exercées : obstétrique pour - de 1000 accouchements/an, orthopédie, gynécologie, chirurgie plastique, chirurgie cervico faciale, endoscopie et stomatologie.

Equipe pluridisciplinaire avec 2 IADE (partage honoraires).

Astreintes et pas de garde sur place.

A noter : déménagement en 2017 sur site neuf avec regroupement avec une autre clinique.

Pour toute candidature, merci de vous adresser à :

Docteur Brigitte COURTIADÉ - 06 40 23 65 75 - bcourtiade@orange.fr

Par courrier, à l'attention du docteur COURTIADÉ :

Clinique saint Jean Languedoc 20 Route de Revel, 31500 Toulouse



LE CENTRE HOSPITALIER D'ALBI

22 Boulevard Sibille - 81000 ALBI

La ville d'Albi classée au patrimoine mondial de l'UNESCO, est localisée à 45 mn de Toulouse (aéroport) et dispose de toutes les infrastructures scolaires, universitaires et culturelles.

- Cherche un praticien hospitalier anesthésiste-réanimateur pour compléter une équipe de 4 médecins en réanimation polyvalente. Service de 8 lits de réanimation et 4 lits de soins continus.
- Cherche 3 praticiens hospitaliers urgentistes (CAMU validée ou DESC-MU)
 - SAU : 30 000 passages/an - Garde de nuit doublée + 2 internes.
 - SMUR : 1 400 primaires/an.
 - Régulation : 140 000 appels/an - 50 000 DRM - Téléphonie avancée.

Inscription à l'ordre des médecins en France dans la spécialité obligatoire

Candidatures à adresser à : Mme Saliot - Mail : marieisabelle.saliot@ch-albi.rss.fr





LE CENTRE HOSPITALIER DE BÉTHUNE (62)

est un établissement public de proximité situé au cœur de l'Artois, il dessert un bassin de population de 210 000 habitants.

Recrute

2 MEDECINS URGENTISTES

Contrat(s) : Assistant spécialiste - Médecin - PH temps partiel - Praticien contractuel - Praticien hospitalier.

Descriptif : le Centre Hospitalier de Béthune recrute pour le service des urgences (accueil - admissions - déchoquage - lits portes - traumatologie - banque du sang - SMUR), 2 praticiens hospitaliers temps plein, titulaire de la capacité de médecine d'urgence, pour rejoindre une équipe de 12 médecins.

Conditions : pour postuler à cette offre vous devez être titulaire d'un diplôme de médecine.

CONTACTS

Pour tout renseignement, merci de contacter le président de CME
Dr Alain-Eric DUBART - Mail : adubart@ch-bethune.fr - Tél. : 03 21 64 44 44

Candidatures à adresser à la direction des affaires médicales

Par mail : diram@ch-bethune.fr

Par courrier : Centre hospitalier de Béthune (Béthune) rue Delbecque 62408 Béthune CEDEX



CENTRE HOSPITALIER D'AUXERRE (89) RECRUTE

PRATICIENS HOSPITALIERS TEMPS PLEIN

Service d'anesthésiologie-réanimation chirurgicale, équipe de 11 ETP

Bloc central astreinte opérationnelle, bloc gynécologie obstétrique garde

Renseignements Docteur MILLER chef de service - cmiller@ch-auxerre.fr

SAU/SAMU 89 C15 SMUR

Pour activité SAMU/SMUR/Accueil urgences adultes

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

430 lits MCO 80 lits SSR

SMUR terrestre et hélicoptère

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

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

Urgences pédiatriques

Radiologie conventionnelle - scanner - IRM

Chirurgie générale, viscérale et digestive, orthop. & traumatologique, vasculaire, urologie.

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

Pour toute candidature :

Responsable : Annick DUPONT, adjoint au directeur des ressources humaines et des affaires médicales

03 86 48 47 47 - adupont@ch-auxerre.fr



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

Recherchent pour URGENCES/SAMU/SMUR

Deux médecins à temps plein



- Les Urgences Adultes reçoivent plus de 70 000 passages par an, sur deux sites, l'Hôpital Hautepierre qui est identifié trauma center régional et le Nouvel Hôpital Civil, qui dispose d'un plateau technique neuf avec filière spécifique cardio-pulmonaire.
- 323 000 dossiers traités par le SAMU et 11 500 sorties SMUR (terrestre et hélicoptère) en 2012.
- Recrutement en tant que contractuel, avec possibilité de titularisation par la suite.
- Activité partagée Urgences/SAMU-SMUR.
- Participation aux missions d'enseignements et de recherche du CHU.

Renseignements et candidatures :

M. David MALLET - Directeur du Personnel Médical

Coordonnées téléphoniques 03 88 11 62 05 ou par mail : david.mallet@chru-strasbourg.fr

LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT DIÉ DES VOSGES

Recrute un anesthésiste réanimateur

Type de contrat : Praticien hospitalier à temps plein ou praticien contractuel.

Conditions pour postuler : être inscrit à l'ordre des médecins.

Situé au cœur d'une ville moyenne et à proximité de Nancy et Strasbourg, le Centre Hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges, établissement de référence du bassin de santé qu'il dessert, dispose d'une offre de soins complète, avec une capacité total d'accueil de 458 lits.

La mise en service d'un nouveau bâtiment médico-logistique, en octobre 2011, lui a permis d'améliorer les conditions d'accueil de ses usagers ainsi que les conditions de travail de ses personnels.

Il s'est doté en avril 2013 d'un nouveau projet d'établissement. Son projet médical repose sur 6 orientations stratégiques dont « développer les alternatives à l'hospitalisation complète », « mettre en œuvre une politique ambitieuse de développement de l'activité ».

Dans le cadre de son développement d'activité, l'établissement recrute pour son service d'anesthésie-réanimation, son 6^{ème} praticien.

Le service d'anesthésie est intégré au pôle « Chirurgie » et sera concerné par plusieurs projets d'envergure, au titre desquels figure l'informatisation du bloc opératoire.

Les candidatures sont à adresser à :

M. le Directeur - Centre Hospitalier - 26 Rue du Nouvel Hôpital - 88100 Saint-Dié-des-Vosges

Tél. : 03 29 52 85 81 - Mail : maria.moya@ch-saintdie.fr



Centre Hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges



Communauté d'Établissements de la Déodaté





Le Centre Hospitalier de Roanne Recherche

UN PRATICIEN HOSPITALIER

temps plein en anesthésie et réanimation chirurgicale



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

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

Toutes les salles possèdent un respirateur PRIMUS.

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

Le dossier anesthésie per et de SSPI est informatisé.

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

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

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

Pour tous renseignements :

• Docteur Alain CANNAMELA

Responsable du service d'anesthésie - réanimation

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

• Madame Christiane MAZZARIOL

Responsable des affaires médicales

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

LES HÔPITAUX DRÔME NORD, RECRUTENT

ANESTHESISTE TEMPS PLEIN

Travail en temps médical continu avec garde sur place.

Activité : ORL, viscérale, orthopédie, gynéco-obstétrique, ophtalmologie, endoscopie.

Maternité 2B, 1500 accouchements/an, médecin gynéco en garde sur place.

Equipe en place : 7 MAR et 17 IADE.

Compléter et renforcer une équipe de 7 anesthésistes.

ALR sous écho, activité ambulatoire en augmentation.

Equipe douleur dédiée.



Contact :

Dr Hélène MONTCHARMONT - Chef de service

Mail : h.montcharmont@hopitaux-drome-nord.fr - Tél. : 04 75 05 76 54

secrétariat Bloc ou 04 75 05 75 32 Cadre de santé

Dr Jean -Pierre PICHETA Président de CME

Mail : jp.picheta@hopitaux-drome-nord.fr - Tél. : 04 75 05 76 96

Candidature à adresser à :

M. Raymond CHAFFANEL - Directeur des affaires médicales

Mail : r.chaffanel@hopitaux-drome-nord.fr

Tél. : 04 75 05 75 41 secrétariat



LE CENTRE HOSPITALIER DOCTEUR RÉCAMIER 52 rue Georges Girerd - 01300 BELLEY

à ½ heure de route de Chambéry et d'Aix les Bains, à 1 heure de Lyon et Genève
proximité des pistes de ski et des lacs de Savoie

► Cherche un praticien hospitalier médecin anesthésiste

pour compléter son équipe - Inscription à l'ordre des médecins en France dans la spécialité obligatoire

Pour une activité de chirurgie digestive, bariatrique, orthopédique et traumatologique, gynécologique, urologique, stomatologie en hospitalisation complète et ambulatoire et pour sa maternité.

- Actes sous anesthésie : 3 169
- Interventions entre 20h et 8h : 44
- Consultations péri anesthésiques : 3 005
- Accouchements par an : 500 (dont 300 péridurales et 70 césariennes)

La permanence des soins est assurée sous la forme de gardes rémunérées sur place.

Candidatures à adresser à M. HUDRY - DRH - Mail : recrutement@ch-belley.fr



Le Centre Hospitalier Albertville-Mouâters

BP 126 - 73208 ALBERTVILLE CEDEX (Savoie) - www.cham-savoie.fr

Situé à proximité des stations de ski (Val d'Isère, Tignes, Courchevel...) et des villes comme Annecy, Chambéry, Grenoble et Genève.

recherche un PH temps plein en anesthésie-réanimation

4 salles d'interventions - 3500 interventions sous anesthésie

Spécialités chirurgicales : chirurgie orthopédique et traumatologique, viscérale, gynécologique, ORL, vasculaire et dentisterie. Maternité de niveau 2 (1100 accouchements/an) - 5 lits de surveillance continue.

Renseignements auprès du :

Dr BERARD - Responsable de structure
interne jp.berard@cham-savoie.fr

Emilie SAUGUES - Affaires médicales
04 79 89 56 64 - e.saugues@cham-savoie.fr



Le Centre Hospitalier ANNECY-GENEVOIS (Haute-Savoie)

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

deux anesthésistes en renfort d'une équipe de 23 praticiens

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

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

Contact :

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

Dr Emmanuelle GROSERRIN - Tél. : 04 50 63 60 28 - egroserrin@ch-annechy.fr



Le Centre Hospitalier de Belfort Montbéliard (CHBM)

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

Recrute

• 2 PH ANESTHÉSISTES - RÉANIMATEURS - temps plein

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

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

• Service Réanimation :

Equipe bi-sites de 11 praticiens avec 22 lits de réanimation et 10 lits d'unité surveillance continue.

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

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



Pour tout renseignement ou candidature :

Direction des activités médicales

Delphine BELLEC

14 rue de Mulhouse - 90016 Belfort cedex
Tél. : 03 84 98 56 37 - Mail : dbellec@chbm.fr



LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE FRÉJUS/SAINT-RAPHAËL

240, Avenue de St Lambert - BP 110 - 83608 FREJUS Cedex

RECRUTE

UN PRATICIEN TEMPS PLEIN

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

Pédiatrie à partir de 3 ans, 1650 accouchements, 70% de péridurale.

Gardes sur place avec temps additionnel - Equipe au complet de 11 praticiens.

Adresser candidature et curriculum vitae à :

Madame le docteur Reynaud - Responsable de l'Unité

Tél. : 04 94 40 20 62 - reynaud-s@chi-frejus-saint-raphael.fr

Monsieur Croisy - Directeur adjoint DRH/DAM

Tél. : 04 94 40 21 44 - drh@chi-frejus-saint-raphael.fr



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