

# PHAR

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

**analyse** : Des big Data à big brother ?

COMPLEX SYSTEM

BIG DATA

**Une apathie sociale des médecins au sein des hôpitaux ?**

**Une analyse des difficultés des médecins à s'opposer aux réformes et à enrayer la domination gestionnaire**

**MISE AU POINT :**

**Considérations sur le temps de travail d'un PH**

Juillet 2015

Le site du snphar-e : <http://www.snphar-e.com>

<b>Dr Yves REBUFAT - Président</b> CHU de Nantes - Hôpital Laënnec - Nantes yves.rebufat@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Site web www.snphar.com	Ligne Directe : 02 40 16 51 47 Portable : 06 86 87 62 76
<b>Dr Nathalie CROS-TERRAUX - Vice- Présidente</b> Centre Hospitalier Universitaire - Dijon nathalie.cros-terraux@snphar.fr	DPC Médecins en formation	Ligne Directe : 03 80 29 36 82 Portable : 06 81 58 27 95 Fax : 03 80 29 34 21
<b>Dr Veronique AGAESSE - Secrétaire générale</b> CHU Amiens veronique.agaesse@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) FMC-DPC - Veille Syndicale	Standard : 03 22 82 40 00 Portable : 06 33 63 20 62
<b>Dr Patrick DASSIER - Trésorier</b> 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
<b>Dr Claude WETZEL - Trésorier adjoint - Administrateur honoraire</b> claude.wetzel@mac.com	Affaires Européennes	Ligne Directe : 03 88 56 09 85 Fax : 03 88 56 09 85 Portable : 06 60 55 56 16
<b>Dr Raphael BRIOT - Secrétaire Général Adjoint</b> 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
<b>Dr Max Andre DOPPIA - Secrétaire Général Adjoint</b> CHU Côte de Nacre -Caen max-andre.doppia@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation - Groupe Communication - Observatoire - Souffrance au Travail -Comité Vie Professionnelle la SFAR - CFAR	Standard : 02 31 06 31 06 Fax : 02 31 06 53 81 Portable : 06 83 37 62 64
<b>Dr Samuel LEROY - Secrétaire Général Adjoint</b> Hôpital du BELVEDERE - Mont Saint- Aignan samuel.eroy@ch-belvedere.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) - Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) - Groupe Communication - FaceBook SNPHAR-E et Twitter - Site web www.snphar.com - www.avenir-hospitalier.fr	Ligne Directe : 02 40 16 51 47 Portable : 06 86 87 62 76
<b>Dr Jullien CROZON - Administrateur</b> Groupement Hospitalier Edouard Herriot - Lyon julien.crozon@snphar.fr		
<b>Michel DRU - Administrateur</b> Centre Hospitalier H. Mondor - SAMU 94- Créteil michel.dru@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Région parisienne - Urgences	Ligne Directe : 01 48 02 66 93 Portable : 06 71 14 74 72
<b>Dr Jean Luc GAILLARD-REGNAULT - Administrateur</b> Hôpital Jean Verdier - Bondy jean-luc.gaillard@snphar.fr	Relations avec le Conseil de l'Ordre des Médecins Relations avec les délégués Restructurations hospitalières	Ligne Directe : 03 83 85 20 08 Fax : 03 83 85 26 15 Portable : 06 07 11 50 13
<b>Dr Jean GARRIC - Administrateur</b> Hôpital Central - Nancy jean.garric@snphar.fr	Textes officiels - Retraites Administrateur CNG FAQ - Conseil supérieur des hôpitaux	Standard : 05 56 79 56 79 Fax : 05 56 79 55 93 Portable : 06 11 94 77 20
<b>Dr Louise GOUYET - Administrateur</b> Groupe Hospitalier Pellegrin - Bordeaux louise.gouyet@snphar.fr	Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) PH temps partiel Qualité et organisation du bloc	Portable : 06 31 18 57 61
<b>Dr Laurent HEYER - Administrateur</b> Agence de Biomédecine - Saint-Denis laurent.heyer@gmail.com	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation)	Ligne Directe : 02 99 28 90 74 Portable : 06 62 81 87 74
<b>Dr Pascal MENESTRET - Administrateur</b> pascal.menestret@snphar.fr	Groupe Communication - Comité Rédaction PHAR Observatoire Souffrance au Travail Veille Syndicale	Portable : 06 62 81 87 51
<b>Dr Renaud PÉQUIGNOT - Administrateur</b> Hôpitaux de Saint-Maurice - Gériatrie renaud.pequignot@snphar.fr	Site Web www.snphar.com	
<b>Dr Didier REA - Administrateur</b> Hôpital de la Source - Orléans didier.rea@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Groupe Communication - FEMS	Ligne Directe : 02 38 22 96 08 Fax : 02 38 51 49 50 Portable : 06 75 02 32 23
<b>Dr Nicole SMOLSKI - Administrateur</b> Hopital de la croix rousse - Lyon nicole.smolski@gmail.com	Présidente 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
<b>Dr Richard TORRIELLI - Chargé de mission</b> richard.torrielli@snphar.fr	Rédacteur en chef de la revue PHAR-E	



Point de vue de l'actualité	
Une circulaire réservée aux urgentistes, Mission Le Menn, DPC : trois dossiers brûlants !.....	4
analyse	
Une apathie sociale des médecins au sein des hôpitaux ? Une analyse des difficultés des médecins à s'opposer aux réformes et à enrayer la domination gestionnaire .....	6
Décompte horaire : un bénéfice ou une perte pour les PH ? .....	10
mise au Point	
Considérations sur le temps de travail d'un PH : Il faut rapidement de nouvelles règles .....	12
encadré	
Les efforts sur la santé au travail de la commission SMART du CFAR récompensés .....	17
devoir de vacances...	
Lecture comparée : le « Rapport-qui-pique » du SNPHAR-E, Vs le « Rapport de la Mission Le Menn ».....	17
avenir hospitalier	
Les sujétions liées à la permanence des soins sont-elles sources d'aspirations à des organisations spécifiques ?.....	18
analyse	
Des Bigs Data à Big Brother : quelle(s) valeur(s) pour les données de santé ?.....	20
interview	
Le feuilleton de PHAR-E : les missions des PH.....	22
agenda du ca .....	25
Petites annonces .....	26

*« Ce qui vient au monde pour ne rien troubler ne mérite ni égard ni patience »*

*René Char (Fureur et mystère, 1948)*

Il est des phrases qui vous marquent. Celle-ci en fait partie. La vie est courte et ne se déroule qu'une seule fois. Au cours de leur existence, certains se contentent de se conduire en prédateur et d'abandonner les miettes à ceux qui passent derrière eux. D'autres essaient de laisser davantage que ce qu'ils ont pris à ceux qu'ils côtoient ou qui viendront après eux. C'est l'essence même d'une association professionnelle comme la nôtre, animée par des bénévoles qui donnent d'eux-mêmes pour essayer d'obtenir davantage et mieux pour le plus grand nombre. Pour cela, il est de notre rôle de « troubler » le cours des événements et la tranquillité des idées toutes faites. Troubler n'est pas toujours entrer en conflit, faire la grève ou manifester. Il suffit parfois d'une phrase, d'un mot. Celui qui fait rougir votre interlocuteur ou qui le pousse à se dévoiler. Celui qui fait le vainqueur d'une joute verbale qui emporte l'adhésion d'une seule phrase.

Il n'y a pas de petites actions, chacune a ses propres conséquences. Chaque action, l'une après l'autre, ou à côté de l'autre est à l'origine d'une réaction en chaîne et entraîne inévitablement le changement. Le changement, c'est ce que nous souhaitons, c'est ce que vous souhaitez, puisque 68 % d'entre vous l'ont affirmé dans l'enquête réalisée par Avenir Hospitalier et la CPH sur le temps de travail. Êtes-vous prêts à mener ces « petites » actions qui feront le grand changement ? Êtes-vous prêts à donner un peu de vous-même pour le plus grand nombre ?

Certains le font déjà...

Ici et là, de Brest à Créteil, de Saint Etienne à Aix en Provence, les collègues se mobilisent, activement soutenus par notre syndicat. Ils refusent l'augmentation de leurs amplitudes horaires sans concertation ni compensation. Ils défendent leur propre vision d'un service, d'une spécialité, d'une équipe. Ils réussissent à infléchir le cours des choses en décidant de se regrouper pour ne pas subir.

Ainsi, l'action de chacun d'entre nous, sur le terrain du quotidien ou en circonstances exceptionnelles, contribuera au changement, afin de mériter enfin égard et patience.

*Yves Rébufat, Président du SNPHAR-E*

# Une circulaire réservée aux urgentistes, Mission Le Menn, DPC : trois dossiers brûlants !

## UNE CIRCULAIRE RÉSERVÉE AUX URGENTISTES : VERS LA FIN DU STATUT UNIQUE ?

Fin décembre, en plein mouvement de grève des médecins libéraux, une action syndicale menée par l'AMUF, la CGT-médecins et le SNPHAR-E a permis la rédaction en catastrophe d'une circulaire historique mais dédiée aux seuls médecins urgentistes. Néanmoins, y a été ajouté en force un paragraphe précisant que les avancées de cette circulaire, devaient concerner toutes les spécialités à forte contrainte et sujétion, lors de négociations à démarrer rapidement.

Cette circulaire précise que tous les médecins urgentistes de France auront, d'ici le 1<sup>er</sup> juillet 2015, leur temps de travail décompté en heures et non plus en demi-journées. Cette circulaire ne serait applicable qu'après mutualisation sur chaque territoire des services d'urgence et lignes de garde. Le temps de travail hebdomadaire des urgentistes sera de 48 heures, et le dimensionnement des équipes se fera sur la base de 39 heures de temps clinique pour chaque PH, avec au-delà, un temps non clinique non facultatif, contractualisé, forfaitisé qui sera reconnu à chaque urgentiste et porté au tableau de service. Temps clinique et temps non clinique constituent les obligations de service. Les définitions du temps clinique et du temps non clinique ont fait l'objet d'un référentiel national de répartition et de gestion du temps de travail. Le temps clinique correspond à toute fonction faisant l'objet d'une relève organisée. Sont inclus dans le temps non clinique : gestion de service et vie institutionnelle, enseignement, recherche, formation. Les jours de congés-formation seront, de fait, supprimés puisqu'intégrés dans le temps non clinique à raison de 3 heures de temps non clinique hebdomadaires. Toute heure de temps clinique au-delà de 39 heures et après accomplissement de son temps non clinique, sera indemnisée par plage de 5 heures en temps additionnel.

Certes, cette circulaire contient des avancées, *via* la reconnaissance du temps non clinique nécessaire au fonctionnement des hôpitaux et à l'attractivité des carrières. Elle nous semble par contre totalement impossible à appliquer notamment au vu des effectifs actuels et de la charge de travail actuelle des médecins urgentistes. Les restructurations ne seront jamais suffisantes pour garantir 39 heures cliniques pour tous. La FMC ne devrait pas entrer dans le temps non clinique mais être décompté, au même titre que les jours

fériés, les week-ends, les congés annuels et les jours de RTT, du temps de travail des praticiens.

Mais surtout, le SNPHAR-E est totalement opposé à toute mesure catégorielle pour certaines spécialités et pas d'autres. Donner à certains et pas à d'autres en fonction de critères corporatistes n'est pas acceptable. S'il y a pénibilité, elle est la même en fonction de certains types d'exercice, et pas en fonction de la spécialité. Le SNPHAR-E a toujours œuvré pour que l'ensemble des praticiens hospitaliers bénéficie des avantages acquis dans l'unicité du statut de praticien hospitalier, et les avantages obtenus pour l'anesthésie ont toujours été déclinés pour toutes les spécialités, ce qui explique d'ailleurs le succès de notre élargissement aux autres spécialités. Comment imaginer que, tous les jours, des anesthésistes coincés 10 à 12H par jour au bloc, ou des réanimateurs enfermés dans leurs structures, avec des gardes, acceptent que, dans le même établissement, certains médecins voient leurs obligations de service cliniques limitées à 39H hebdomadaires ?

Il devient urgent que s'ouvrent des discussions rapidement pour l'extension des principes de cette circulaire aux autres spécialités.

## ATTRACTIVITÉ, QUE RESTERA-T-IL DE LA MISSION LE MENN ?

Voilà maintenant près de deux mois que la mission sur l'attractivité est terminée, en tout cas la partie concernant les praticiens hospitaliers puisque la dernière audition s'est tenue le 24 avril.

Nous attendons maintenant la remise du rapport de Jacky Le Menn à la ministre de la santé et nous sommes plus qu'impatients de voir quelles propositions seront faites.

Depuis 6 mois, nous avons participé à de nombreuses séances de concertation, soit seuls, soit en présence des autres organisations syndicales, soit en présence des représentants des directions et des différentes conférences. La discussion n'a pas toujours été facile et nous avons souvent rencontré de vives oppositions à nos propositions, pas toujours d'ailleurs là où on les attendait. Nous y sommes habitués. L'immobilisme offrant, selon ses partisans, une meilleure vision de l'avenir qui, même sombre, est toujours préférable au changement, tellement plein d'incertitudes... Ce discours, si souvent entendu, lors de la mise en place du repos quotidien ou des accords RTT, toujours la même rengaine avec les mêmes arguments qui finissent toujours

par s'effondrer devant l'évolution sociétale et générationnelle. Le changement, ce n'est pas maintenant et avec certains, ce ne sera pas demain non plus.

Nous avons parfaitement conscience des difficultés que nos collègues rencontrent dans l'exercice de leur profession et de l'environnement économique dans lequel évolue l'hôpital public, nous les subissons aussi. Chacune de nos demandes a été guidée par un esprit de justice et d'équité au regard de la répartition actuelle de l'enveloppe dédiée au financement de la santé (ONDAM), de la répartition des contraintes de nos professions (PDS, T2A, ...) et aussi de la société dans laquelle nous vivons.

L'hôpital public, parce qu'il est probablement le premier employeur de France est régulièrement la cible des détracteurs du fonctionnariat et des pourfendeurs des déficits publics. Pourtant, son utilité sociétale n'est plus à démontrer, il reste d'ailleurs le service public ayant le plus grand capital de sympathie et le plus plébiscité par nos concitoyens. Il n'existe aujourd'hui aucune alternative au champ d'action de l'hôpital public qui assure la prise en charge de l'ensemble des pathologies existantes, sans possibilité de choix ni de refus des patients, 24h sur 24, sept jours sur sept et cela dans le respect de l'égalité de traitement due à nos concitoyens. Ce n'est donc que justice de vouloir que son action perdure, et cela ne pourra se faire sans médecins. C'est pour cela que nous avons été à l'initiative de cette mission sur l'attractivité par notre mouvement du 14 octobre 2014. La médecine hospitalière est aujourd'hui confrontée à une grave crise démographique aggravée par une politique sanitaire très contraignante. Chaque tour de vis budgétaire déstabilise le fonctionnement des pôles et services et dégrade les conditions de travail des hospitaliers. Ces dysfonctionnements sont habilement camouflés par une communication intensive à coup d'indicateurs ou d'audits qui, telle une couche de peinture fraîche sur un mur sans enduit finit toujours par s'étioler. Nous ne voulons plus de ce rafistolage, nous voulons des mesures fortes et pérennes pour assurer le recrutement et la fidélisation des futurs praticiens hospitaliers.

Nous avons donc porté plusieurs propositions fortes qui peuvent ainsi se résumer :

- La cinquième demi-journée par période de 24h travaillées : mesure de justice pour une égalité de traitement entre les praticiens et de respect de la directive européenne.
- Augmentation du salaire au 7<sup>e</sup> échelon pour l'entrée des PH dans la carrière en intégrant la durée de l'Internat dans l'ancienneté.
- Acter le besoin d'autonomie par le respect d'une journée de travail non posté par semaine en dimensionnant les équipes sur la base de 39 heures par semaine.
- Reconnaître l'investissement des praticiens hospitaliers par le concept d'intérim interne pour le temps de travail additionnel rémunéré à même hauteur que le mercenariat qui s'impose devant la faible attractivité.

Il est probable que ce rapport sera rendu et publié lorsque vous lirez ces lignes. Les arbitrages ministériels suivront. Imprégnez vous du rapport, de nos constats et de nos propositions. Lisez notre « rapport qui pique » et confrontez tout cela aux propositions issues du rapport.

## LE DPC : QUEL FINANCEMENT ?

Parmi d'autres sujets, ce début 2015 a vu notre participation très active à la concertation sur le DPC voulue par la ministre, Marisol TOURAINE (cf PHARE 71). Sa refonte est à présent inscrite dans la Loi de santé, votée en première lecture à l'Assemblée Nationale le 27 mars dernier et, pour l'instant encore, « Petite Loi ». Mais son article 28 donnera-t-il demain aux professionnels de santé les moyens nécessaires à l'entretien et au perfectionnement de leurs connaissances et à l'évaluation de leurs pratiques de soins ? La main leur sera-t-elle vraiment rendue pour décider eux-mêmes des moyens nécessaires pour l'accomplissement de l'obligation réglementaire que constitue désormais l'engagement dans la démarche DPC ? Pour être plus précis, quels sont les engagements des Pouvoirs Publics quant aux moyens financiers nécessaires à la réalisation de nos projets DPC ? Quelle sera la part de l'établissement, tant dans le processus décisionnel que dans les moyens matériels et humains dédiés pour faciliter l'accès à une démarche, obligation légale et déontologique pour les praticiens hospitaliers ? Telles sont les interrogations auxquelles nous n'avons pas encore de réponse assez précise. Les décrets d'application de la loi font toujours l'objet d'échanges et nous devons faire encore évoluer concrètement le dispositif au-delà des seuls affichages. Ce sera là encore une bataille à gagner, sans jamais perdre de vue qu'il nous faut renforcer l'appétence des praticiens eux-mêmes pour cette démarche individuelle et au sein de leur équipe. Le rôle des Conseils Nationaux Professionnels (CNP) dans lesquels les syndicats de PH doivent assurément prendre toute leur place peut être un facteur déterminant et le lieu où se définiront les recommandations et les priorités à retenir pour chaque spécialité pour assurer la qualité et la sécurité des soins.

La loi ne peut pas tout ! Sans votre engagement à défendre ce qui n'est plus seulement notre droit mais aussi notre devoir, individuel et en équipe, sans notre conviction à considérer le DPC comme une part naturelle et donc essentielle de notre mission dans le service public, rien ne bougera. Il n'est ici pas autrement question que du respect de notre métier et de notre fonction. Comme dans tant d'autres domaines, votre implication quotidienne sera déterminante. En cas de difficulté, le SNPHAR-E vous soutiendra toujours dans l'exercice de vos droits et de vos devoirs.

*Max-André Doppia, Michel Dru, Yves Rébufat*

# Une apathie sociale des médecins au sein des hôpitaux ?

## Une analyse des difficultés des médecins à s'opposer aux réformes et à enrayer la domination gestionnaire

De nombreux travaux de sciences sociales et politiques s'efforcent de mieux cerner les formes d'acceptation ou, au contraire, de résistances opposées aux réformes des services publics initiées depuis la fin des années 1990. Ces études partent en général d'un constat a priori étonnant : alors même que les services publics, constitutifs de l'état social, font l'objet d'un attachement massif et durable de l'opinion publique – et particulièrement en France –, ceux-ci n'en ont pas moins été progressivement transformés tant dans leur modes de financement, de leurs modalités d'accès que de leur fonctionnement routinier. C'est le cas des systèmes publics de santé.

En France, alors même que les inégalités d'accès aux soins sont les plus mal tolérées, que la Sécurité sociale et l'hôpital sont les institutions républicaines les plus plébiscitées par la population, que la profession médicale est réputée politiquement puissante, l'on a assisté à un remaniement substantiel du financement des soins, du rôle et de la place occupés par les différents acteurs dans la « gouvernance » du système (au profit des acteurs privés, lucratifs ou non, comme les mutuelles, les assureurs ou les chaînes de clinique), du fonctionnement et du financement des hôpitaux, mais aussi à la montée en puissance du pouvoir gestionnaire aux dépens des pouvoirs concurrents et longtemps dominants : médecins, élus locaux (dans le cas des hôpitaux), partenaires sociaux. Tout se passe comme si l'agenda néolibéral, telle une rivière serpentant entre les obstacles et aspérités du terrain, parvenait à se réaliser malgré les fortes tendances de tout système de santé à persévérer dans son être.

### L'ÉLITE HOSPITALIÈRE A ÉCHOUÉ LÀ OÙ LA BASE LIBÉRALE A RÉUSSI !

Nous nous attarderons ici sur la relative incapacité de la médecine hospitalière à s'opposer efficacement aux réformes initiées depuis le milieu des années 1990 : Plan Juppé d'abord, T2A et nouvelle gouvernance ensuite, HPST enfin. Un élément doit servir ici de point de départ au raisonnement.

Alors que les fortes mobilisations de la médecine dite « libérale » ont réussi jusqu'à maintenant à faire obstacle à la remise en cause des principes fondamentaux de

la charte de 1927, les médecins hospitaliers, considérés pour partie comme l'élite de la profession, ont engrangé des échecs malgré quelques mouvements sporadiques souvent limités au mastodonte de l'AP-HP (on pense bien évidemment à la manifestation printanière des « mandarins » hospitaliers et des syndicats de personnels contre le projet de loi HPST au printemps 2009, mais aussi au récent mouvement contre l'aménagement des 35 heures à l'AP-HP).

Il y a là un fait qui interpelle : l'élite hospitalière a échoué là où la « base » libérale a réussi !

Les médecins libéraux parviennent à surmonter leurs divisions en se référant à leur plus petit dénominateur commun, à savoir la méfiance historique à l'endroit de l'Etat et de la Sécurité sociale.

La médecine hospitalière, au contraire, peine à opposer un front uni et déterminé contre les réformes qui, progressivement, mais inéluctablement, tendent à « prolétarianiser » les praticiens de terrain, au sens où elles les transforment en cadres, certes de haut niveau, soumis au pouvoir organisationnel et gestionnaire qu'incarnent aujourd'hui les directions hospitalières et, au-delà, les tutelles régionales et nationales des établissements hospitaliers.

### COMMENT EXPLIQUER « L'APATHIE » SOCIALE AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS ?

Il est possible de trouver dans le contexte global de baisse tendancielle de la conflictualité sociale depuis les années 1980 – et dont les causes ont été amplement





documentées – une explication puissante de l’apathie sociale au sein des établissements : déclin des bastions industriels ouvriers au profit d’une économie tertiaisée, individualisation croissante des rapports économiques et sociaux, déclin des utopies sociales et des projets de transformation sociale après la chute du Mur de Berlin, montée en puissance d’un syndicalisme de négociation aux dépens d’un syndicalisme d’opposition, affaissement parallèle de la base sociale des syndicats, dénigrement du conflit et de la grève par les responsables politiques et les journalistes dominants, généralisation de nouvelles formes de management substituant la gestion individuelle des carrières à la négociation collective, etc. Ces explications ont chacune leur part de vérité mais elles demeurent toutefois insuffisantes dans le cas de l’hôpital.

### DÉFECTION, PRISE DE PAROLE, ET/OU LOYAUTÉ

En nous inspirant des travaux de l’économiste Albert O. Hirschmann<sup>1</sup>, nous pouvons identifier *a priori* trois stratégies disponibles pour des acteurs hospitaliers confrontés aux dégradations de leur condition de travail, à des rémunérations jugées insatisfaisantes ou à des entraves à l’exercice du métier conformément aux « règles de l’art » : la défection (la plupart du temps individuelle), la prise de parole (individuelle et/ou collective), ou la loyauté (du proactif « il faut tirer partie des réformes » au plus résigné « il faut faire avec, on n’a pas le choix »).

Force est de constater que ce sont actuellement la défection et la loyauté qui tiennent la corde, aux dépens de la prise de parole, surtout si elle est collective et syndicale. Les formes de défection individuelle sont multiples : montée de l’absentéisme, accélération du turn-over entre les services, démission, grève du zèle, mise en retrait des collectifs de travail... Pour autant, l’hôpital

continue à tourner, au prix de la dégradation des conditions de travail des soignants et, parfois, de la baisse de la qualité des soins. C’est donc que, volens nolens, les personnels hospitaliers continuent à afficher une relative loyauté à leur établissement, ou, tout au moins, aux patients qui y ont recours. D’autres s’enthousiasment pour les nouvelles formes organisationnelles et managériales. En d’autres termes, la loyauté peut-être enthousiaste ou résignée, voire extorquée par des directions ayant in fine recours au chantage pur et simple, comme l’a récemment fait le directeur général de l’AP-HP, Martin Hirsch : « renoncez à une partie de vos RTT ou nous serons obligés de supprimer plusieurs milliers d’emplois ».

### DIVISER POUR MIEUX RÉGNER

On touche ici l’une des raisons du succès des réformes qui, loin d’avoir à convaincre, peuvent s’imposer en dépit des oppositions professionnelles. En effet, les réformateurs savent jouer et se jouer des divisions croissantes des univers professionnels, et pas seulement dans le secteur de la santé. Diviser pour régner, on n’a jamais inventé mieux en politique. En effet, il était beaucoup plus aisé pour la profession médicale de s’opposer aux pouvoirs publics lorsqu’elle était peu spécialisée et relativement homogène socialement. Aujourd’hui, c’est une banalité que de le rappeler, le monde médical est balkanisé du point de vue des spécialités, de l’origine sociale des praticiens mais aussi des statuts et des lieux d’exercice. Nous avons ainsi montré ailleurs<sup>2</sup> que la mobilisation de l’élite hospitalo-universitaire au printemps 2009 avait été un petit « miracle social » tant il avait fallu à une petite poignée de leaders s’efforcer de neutraliser les forces centrifuges du monde hospitalier parisien : PU-PH versus PH, représentants institutionnels de la profession (CME) versus praticiens « de terrain », clivages historiques entre spécialités (par exemple chirurgiens versus anesthésistes-réanimateurs), opposants versus partisans du secteur privé à l’hôpital, Paris versus province, et, très secondairement, praticiens de gauche versus praticiens de droite. Au final, cette mobilisation n’a pas résisté à la double stratégie gouvernementale de division et d’enlèvement : division car un contre-feu a été mis en place pour atténuer l’opposition hospitalo-universitaire (le rapport Marescaux) ; enlèvement car la loi a suivi son cours et son entrée en vigueur a été progressive. La division du travail politique fait que si les réformateurs ont tout leur temps pour élaborer et réfléchir à la mise en œuvre leurs projets, les professionnels de base, quant à eux, ont d’abord une mission à accomplir : soigner. La politique est, pour les premiers, une activité à plein temps, tandis qu’elle est au mieux, pour les seconds, une activité chronophage et énergivore qui vient en plus de leur métier. Cela peut paraître évident mais

il faut quand même le rappeler. Le temps joue contre les « réformés » et en faveur des réformateurs.

Il nous faut nous attarder un instant sur les oppositions entre spécialités. En effet, les réformes ne sont pas « neutres » du point de vue de leur contenu, comme aiment pourtant à le dire leurs thuriféraires, pour qui la gestion et son cortège d'instruments permettraient de se passer de la politique, entendu comme confrontation et régulation (toujours précaire) d'intérêts irrémédiablement différents sinon contradictoires. En effet, les réformes initiées depuis les années 2000 encapsulent une conception industrielle de la médecine : elles favorisent, à l'image de la T2A, les activités les plus techniques, programmables et standardisables, autrement dit les plus biomédicales, et elles pénalisent les plus généralistes, les plus intellectuelles et les plus « prudentielles » au sens donné par Florent Champy à ce terme<sup>3</sup>. Ce n'est pas par hasard que les plus virulents opposants à HPST ont été un diabétologue et un psychiatre. *De facto*, ces réformes ne peuvent avoir prise sur le monde médical que parce qu'elles font des gagnants et des perdants en son sein, redistribuent les cartes non seulement entre spécialités mais aussi à l'intérieur des spécialités. Ainsi, par exemple, les tenants de la psychiatrie biologique vont disqualifier les tenants de conceptions moins neuroscientifiques et médicamenteuses. Ces divisions entre spécialités ne sont pas les seules. Le sociologue Nicolas Belorgey a ainsi montré que les attitudes face aux réformes ne se distribuaient pas socialement au hasard : plus les professionnels sont intégrés et reconnus au sein de leur profession, de leur service, de leur établissement, plus ils « résistent » ; à l'inverse, plus ils sont précaires et cantonnés aux marges de l'établissement, plus ils « collaborent »<sup>4</sup>. Au final, les réformateurs peuvent compter sur les renforts de certains représentants des spécialités biomédicales « dominantes » (dont l'activité est valorisée par la T2A par exemple) comme de certains « dominés » qui voient là une occasion de sortir d'une relative indignité. Les opposants aux réformes sont ainsi pris en étau dans leur propre monde professionnel, par le haut et par le bas. En un mot, les réformes actuelles prennent appui sur les divisions du monde médical tout en contribuant à les renforcer, préparant ainsi le terrain aux prochaines offensives gestionnaires sur les territoires professionnels.

### COMMENT NEUTRALISER LES CRITIQUES PAR ANTICIPATION ?

Une deuxième clé du succès des réformes tient aux caractéristiques de la « domination gestionnaire »

telle qu'elle a été analysée par Luc Boltanski<sup>5</sup>. La domination gestionnaire, complexe, s'oppose à la domination simple en ceci que cette dernière est exercée par un pouvoir incarné et identifiable. La domination simple peut être contestée pour son caractère oppressif et injuste. La domination gestionnaire ne se laisse pas aussi facilement mettre en cause. Reposant sur l'idée d'un changement non seulement inéluctable mais aussi souhaitable (il faut vouloir la nécessité !), se déployant à partir de dispositifs techniques censément neutres car se réclamant de l'objectivité du chiffre (cf. la T2A et les autres formes de *benchmarking*<sup>6</sup>), la domination gestionnaire consiste à « doter les personnes d'une autonomie formelle et, non moins formellement, d'un égal éventail de « chances », en sorte que tout échec face aux épreuves instituées peut être assimilé à une défaillance de celui qui, de sa propre responsabilité, n'a pas voulu saisir les « chances qui lui étaient offertes » ou qui s'est montré inapte à le faire ».

Dès lors, celles et ceux qui contesteraient les réformes seraient des « mauvais joueurs » enclins à imputer aux autres leurs propres défaillances, des ignorants refusant de céder devant « l'objectivité » des chiffres ou encore des conservateurs refusant un changement supposé aussi bénéfique qu'inéluctable. Ainsi, la domination gestionnaire disqualifie ou neutralise par avance les critiques qui pourraient lui être adressées, surtout si elles sont formulées dans un cadre collectif, par voie syndicale notamment. Elle ne donne que peu de prise à la critique, donc à la prise de parole. On comprend donc que face à ce type de domination, la défection individuelle ou la loyauté plus ou moins résignée soient les stratégies les plus répandues : dès lors que le « cadre » gestionnaire de l'activité médicale semble se soustraire à l'action collective, il ne reste plus qu'à faire avec lui ou à en tirer partie. En ce sens les réformes gestionnaires sont des machines à fabriquer de l'apathie sociale, des fabriques à dépolitisation.

Pour autant ces victoires gestionnaires, focalisées sur les objectifs financiers, pourraient être à la Pyrrhus car, comme le fait remarquer le juriste Alain Supiot, « s'hypnotiser sur le « bas de bilan » – le résultat net financier de l'entreprise –, comme le font aujourd'hui beaucoup d'entreprises sous la pression des marchés financiers, peut s'avérer suicidaire si l'augmentation de ce montant se fait au prix de la perte progressive des savoir-faire qui assurent sa place sur le marché et dont la valeur est absente de l'image chiffrée de l'entreprise. C'est la pente sur laquelle roulent les « entreprises sans usines » qui croient pouvoir continuer longtemps de recueillir des



œufs d'or tout en confiant à d'autres la charge des poules qui les pondent »<sup>7</sup>. Ne pas donner prise à la critique constitue indéniablement une force, mais seulement à court terme. À plus ou moins long terme, la domination gestionnaire scie la branche sur laquelle elle est assise.

Frédéric Pierru (CNRS – CERAPS)

#### Références

- 1 - Albert O. Hirschmann, *Défection et prise de parole*, Paris, Fayard, 1995.
- 2 - Frédéric Pierru, « Les mandarins à l'assaut de l'usine à soins. Bureaucratisme néolibéral de l'hôpital et mobilisation de l'élite hospitalo-universitaire », dans Béatrice Hibou (dir.), *La bureaucratisme néolibéral*, Paris, La Découverte, 2013.
- 3 - Voir Florent Champy, « Pourquoi il faut défendre l'autonomie professionnelle et comment », dans Bertrand Mas et al. (dir.), *L'hôpital en réanimation*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant, 2011.
- 4 - Nicolas Belorgey, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le nouveau management public*, Paris, La découverte, 2010.
- 5 - Luc Boltanski, *De la critique. Précis de sociologie de l'émancipation*, Paris, Gallimard, 2009, p. 190 et s.
- 6 - Isabelle Bruno, Emmanuel Didier, *Benchmarking. L'Etat sous pression statistique*, Paris, Zones, 2013. Ibid., p. 192.
- 7 - Alain Supiot, *La gouvernance par les nombres*, Paris, Fayard, 2015, p. 130.

## L'expérience du combat de Saint-Etienne

Suite aux dérives de l'administration du CHU de Saint-Etienne tant en termes de communication que du respect de la réglementation, (pas de contrat de temps de travail additionnel (TTA), absence de règlement interne, pas de décompte quadrimestriel, mauvais calcul du TTA), 160 praticiens, dont 10 PUPH, ont créé un collectif en 2014, le PHCHUSE, afin de faire respecter la réglementation mais également de défendre leur établissement, jugé ne plus fonctionner dans des conditions décentes pour l'exercice quotidien et la prise en charge correcte des patients. Ainsi, ces praticiens se sont engagés dans un rapport de force avec leur direction qui est symbolique de tous les combats en cours dans les hôpitaux. La force de ce collectif est d'être constitué de l'ensemble des spécialités, avec des PH motivés pour défendre leur institution, tout en affirmant leur position médicale (stratégie / projet d'établissement indépendante de l'ambition de chefs de pôle, le tout en tenant compte de la réorganisation territoriale). L'expérience qui s'est déroulée au CHU de Saint Etienne est exemplaire d'une mobilisation collective des médecins qui va à l'encontre du constat de l'apathie sociale des médecins dans les hôpitaux dont les mécanismes sont analysés dans l'article de Frédéric Pierru. Confrontés à une gestion artisanale, injuste et inégalitaire de leur temps de travail et de son dépassement, les PH se sont fédérés en un collectif (PHCHUSE) rassemblant 160 PH de toutes spécialités.

Le collectif PHCHUSE a été un moyen redoutable d'efficacité pour faire aboutir localement les exigences énoncées et défendues par le SNPHAR-E. Le syndicat constitue une force de proposition et d'action nationale et se doit de soutenir toutes les initiatives locales qui relaient ses revendications. Le syndicalisme est inséparable d'une mobilisation locale sous la forme la plus efficace possible selon les lieux et les situations.

## Le point sur le budget De rigueur Des établissements De santé

Malgré l'image positive qu'ont les Français de l'hôpital public, 89 % pensent que l'hôpital est en danger selon une enquête Ipsos réalisée pour la Fédération Hospitalière de France, les points les plus menaçants étant le manque de personnel et les exigences de rentabilité.

En annonçant un plan d'économies de 50 milliards d'Euro sur les dépenses publiques, on impose aux établissements de santé rigueur et austérité : 3 milliards d'économies sont demandés aux hôpitaux publics d'ici 2019.

La méthode choisie pour réaliser des économies de santé est généralement de limiter l'évolution de l'ONDAM (objectif national de dépenses d'assurance maladie) ce qui creuse inévitablement le déficit des centres hospitaliers. En 2013 et 2014, la Fédération Hospitalière de France (FHF) précisait que l'enveloppe attribuée aux établissements de santé n'avait progressé respectivement que de 2,4 % et de 2,3 % et que parallèlement, les charges de personnel progressaient quant à elles de 3,6 %. L'accroissement de l'activité n'a pas pu compenser ce faible budget. LA FHF précise que les hôpitaux ont fait beaucoup d'effort en termes de gestion et de réorganisation : regroupement des achats, cession d'actifs, vente d'une partie du domaine immobilier, encaissements réguliers des recettes et maîtrise de la masse salariale sans se venter des emprunts toxiques

réalisés, des coupes dans le personnel qui ont mis des équipes en péril alors que la demande de soins est de plus en plus forte.

En 2015, l'ONDAM initialement fixé à 2,1 % est désormais descendu à 2,05% par rapport à l'exercice 2014. Pour 2016, on nous parle de 1,75 %.... Pour atteindre ces objectifs, un effort de 3,3 milliards d'Euros devra être réalisé.

La rigueur s'insinue partout, les coupes sont à tous les niveaux, les crédits MIGAC (Mission d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation) seront amputés de 81 millions d'Euros, les aides aux établissements en difficulté réduites de 20 millions d'Euros pour atteindre 60 millions d'Euros en 2017, une économie de 46 millions d'Euros doit être réalisée sur toutes les activités : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. L'objectif final étant un plan d'économie de 730 millions d'Euros en 2015.

Quant à la masse salariale à l'hôpital nous dit-on, elle sera sous contrôle en 2015 avec une progression limitée à 1,5 % pour la période 2015-2017. ...

Mais quelles seront les conséquences sur la qualité et la sécurité des soins, sur l'attractivité des carrières et les conditions de travail des soignants ?

Nathalie Cros-Terraux, Vice-Présidente du SNPHAR-E

# Décompte horaire : un bénéfice ou une perte pour les PH ?

## Faut-il choisir entre une obligation de service horaire ou la relative autonomie du statut de cadre ?

Dans les suites de la circulaire ministérielle « urgences » du 22 décembre 2014, les discussions sur le décompte horaire (travail clinique posté, clinique non posté, non clinique...) prennent une place grandissante au niveau syndical.

Cependant, dans l'enquête sujétions effectuée en mai 2015 par Avenir Hospitalier et la CPH auprès des Praticiens Hospitaliers (cf. page 17), à la question : « Préférez-vous une organisation stricte du temps de travail décompté en heures avec des horaires précis de début et de fin de travail ? », 52 % des PH ont répondu non, 40 % oui et 8 % ne se sont pas prononcés. Une majorité de praticiens hospitaliers préférerait donc, dans cette enquête, ne pas avoir de bornes horaires à leur activité. Ce chiffre doit toutefois être modulé par une analyse des résultats spécialité par spécialité.

Cette question soulevée par l'organisation de temps de travail renvoie à celle du statut : sommes-nous plus proches des cadres ou des employés ? Quels seraient les avantages et les inconvénients du décompte horaire pour les praticiens hospitaliers ?

Si le statut de PH s'approchait de celui des cadres, quelles en seraient les principales caractéristiques ? Qu'implique aujourd'hui en France ce statut ?

### LE STATUT DE CADRE

L'organisation internationale du travail définit un cadre comme une personne qui :

- a terminé un enseignement et une formation professionnelle de niveau supérieur ou qui possède une expérience reconnue équivalente, dans un domaine scientifique, technique ou administratif et
- exerce, en qualité de salarié, des fonctions à caractère intellectuel prédominant, comportant l'application à un haut degré des facultés de jugement et d'initiative et impliquant un niveau relativement élevé de responsabilité.

Le code du travail français est quant à lui plus flou

concernant ce statut. Celui-ci est défini dans les conventions collectives et s'appuie sur la fonction, le diplôme, la charge de travail et le fait d'encadrer et diriger des salariés.

Ce sont ces conventions qui déterminent également si le cadre est en forfait en heures sur une semaine ou sur un mois, en forfait annuel en heures ou en forfait annuel en jours.

Celui qui différencie nettement le statut de cadre est le forfait annuel en jours : l'accord collectif fixe alors la durée annuelle de travail à partir de laquelle le forfait est établi (dans la limite de 218 jours par an au maximum).

Parmi les intérêts du statut de cadre, nous pouvons citer : un salaire plus important que les non cadres, des jours de repos supplémentaires, cotisation à une caisse de retraite complémentaire des cadres en plus de celle du régime de retraite des salariés, avantages en période de chômage ou encore un régime de prévoyance (protection sociale complémentaire) plus avantageux.

### UNE AMPLITUDE DE TRAVAIL BORNÉE

Or, à l'heure de la remise en cause des 35 heures et de la réduction du temps de travail pour les soignants, de la recherche de l'activité à tout prix poussant les directions à augmenter les amplitudes d'ouverture des plateaux techniques, l'établissement d'un décompte horaire et de bornes pour l'amplitude du temps de travail semblent être les seuls garde-fous pour empêcher une dégradation de nos conditions de travail.

Cependant, bien que parfois nécessaire pour l'épanouissement des praticiens dans leur travail et dans leur vie personnelle, le décompte horaire ne risque-t-il pas d'affecter leur autonomie ?

## QUE CHOISIR ?

Il semble de plus en plus que cette question du décompte précis du temps de travail divise les PH : cette division ne pourra trouver une solution qu'en remettant clairement l'origine de ces tensions en évidence : c'est la contrainte sans cesse croissante au sein du travail, due à la gestion politique à courte vue des besoins en médecins d'une population qui augmente et vieillit. La solution proposée est alors soit d'empêcher ces dérapages de la charge de travail, soit de l'accepter à condition que la reconnaissance en termes de responsabilités et de revenus suive parallèlement. Pour faire avancer le débat, nous vous proposons une liste d'avantages et d'inconvénients (non exhaustive) pour le statut cadre en forfait jour et pour l'obligation de service (cf. Tableau ci-dessous).

Faut-il donc imposer des horaires bornés avec possibilité rémunérée de les dépasser ? Ou au contraire, faut-il imposer une rémunération plus élevée, quitte à accepter une charge de travail plus importante ? Dans ce cas, le rôle des médecins dans la définition de cette charge de travail devrait être sanctuarisée au sein des hôpitaux et des organismes de tutelle. Au final, une autre voie serait le choix pour chaque praticien de son mode d'exercice. Avec le risque important de fissurer le statut, lui qui nous a protégés des dérives d'HPST dans les années législative-défavorables.

*Renaud Péquignot, Jullien Crozon, Administrateurs du SNPHAR-E*



	STATUT CADRE EN FORFAIT JOUR	OBLIGATION DE SERVICE HORAIRE
<b>POUR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>L'autonomie</b> : pouvoir s'absenter du travail sans avoir à se justifier.</li> <li>■ <b>La flexibilité de l'emploi du temps</b> : permettant de jongler entre vie professionnelle et vie personnelle</li> <li>■ <b>Un statut social plus élevé</b>, marqueur de réussite sociale</li> <li>■ Des responsabilités accrues</li> <li>■ Un <b>saire</b> plus élevé</li> <li>■ Un statut équivalent à celui des directeurs, permettant des discussions plus équitables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Pas de dépassement du temps de travail non consenti</b>, dans les spécialités où le temps de travail est fortement contraint par la permanence des soins et les horaires d'ouverture des plateaux techniques</li> <li>■ <b>Pas de journées à rallonge</b></li> <li>■ Temps de garde inclus dans le temps de travail</li> <li>■ Heures supplémentaires payées</li> <li>■ Facilité pour bénéficier d'une baisse progressive d'activité calculée en heures</li> </ul>
<b>CONTRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Risque de <b>journées à rallonge</b></li> <li>■ Risque de <b>sacrifier une vie de famille</b> épanouissante</li> <li>■ Pas de rémunération des heures supplémentaires</li> <li>■ Difficulté d'évaluation des effectifs rapportés à une tâche précise</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pas d'autonomie dans la gestion de son temps de travail</li> <li>■ <b>Perte de prestige</b> du médecin à l'hôpital qui devient un technicien</li> <li>■ Bornes impossibles à tenir dans le cas d'un poste à responsabilité, avec le risque qu'il finisse par ne plus être dévolu à un médecin</li> <li>■ <b>Pointage</b></li> </ul>



# Considérations sur le temps de travail d'un PH : Il faut rapidement de nouvelles règles !

Les obligations de service d'un Ph sont, en moyenne, de 208 jours par an (365 - 104 we - 9 JF - 25 ca - 19 r tt). L'utilisation de ce nombre pour établir la valeur d'une journée de travail est certainement critiquable en regard de la réglementation qui ne permet pas une annualisation du temps de travail. néanmoins, il permet de se faire une idée du coût d'un praticien hospitalier et de son salaire, par jour et par heure et d'appréhender ainsi les fondements et les motifs des revendications indemnitaires des syndicats de praticiens hospitaliers.

La grille salariale qui n'a pas été réévaluée depuis 2010 permet de déterminer un certain nombre d'éléments de rémunération brute (salarié) (cf. Tableau 1).

	Salaire annuel brut en €	Salaire mensuel brut en €	Salaire journalier brut (base 208j/an)
ÉCHELON 1	48 978,60	4 081,55	235,47
ÉCHELON 2	49 809,84	4 150,82	239,47
ÉCHELON 3	50 973,84	4 247,82	245,07
ÉCHELON 4	52 303,80	4 358,65	251,46
ÉCHELON 5	54 631,44	4 552,62	262,65
ÉCHELON 6	58 455,48	4 871,29	281,04
ÉCHELON 7	62 611,92	5 217,66	301,02
ÉCHELON 8	64 607,04	5 383,92	310,61
ÉCHELON 9	66 934,68	5 577,89	321,80
ÉCHELON 10	71 202,48	5 933,54	342,32
ÉCHELON 11	74 915,16	6 242,93	360,17
ÉCHELON 12	85 169,04	7 097,42	409,47
ÉCHELON 13	88 939,44	7 411,62	427,59

D'autres éléments de rémunération s'ajoutent à ceux-ci. Il s'agit des différentes primes et indemnités prévues au statut (cf. Tableau 2).

Il existe d'autres primes ou indemnités dont l'assiette est moins importante (IASL, PCME, CdP) ou éminemment variable (PCV, astreintes).

Tableau 2 : Rémunération des indemnités spécifiques

Indemnités spécifiques	Brut mensuel en €
TTA de jour	317,55
TTA de nuit	473,94
journée CET	300
Indemnité de sujétion (IS) ou garde de 14h sur place	264,63
Indemnité de service public exclusif (ISPE)	487,49
Indemnité d'exercice multi-sites	487,49

## DONNÉES SUR LE TEMPS DE TRAVAIL EN GÉNÉRAL

Le temps de travail des praticiens hospitaliers n'est pas clairement défini. Il est de dix demi-journées par semaine, ne peut dépasser 48 h hebdomadaires (DE 2003/88 CE) et est au minimum de 39 h par semaine. Cette variabilité hebdomadaire importante a un impact net sur la rémunération horaire et donc sur la perception de la valorisation de son travail et de la sujétion qui lui est liée. En effet, la perception d'être bien ou mal rémunéré pour son travail est subjective et étroitement liée aux contraintes, exigences, autonomie et au ressenti de la reconnaissance perçue pour son travail.

Le travail posté dans lequel le praticien ne dispose d'aucune autonomie d'organisation et dont les bornes horaires sont souvent incontrôlables (plateaux techniques, urgences) est ressenti comme une pén-

Tableau 3 : Salaire horaire

	Salaire annuel brut en €	Salaire horaire en € (8h/j)	Salaire horaire en € (10h/j)
ÉCHELON 1	48 978,60	29,43	23,55
ÉCHELON 2	49 809,84	29,93	23,95
ÉCHELON 3	50 973,84	30,63	24,51
ÉCHELON 4	52 303,80	31,43	25,15
ÉCHELON 5	54 631,44	32,83	26,27
ÉCHELON 6	58 455,48	35,13	28,1
ÉCHELON 7	62 611,92	37,63	30,1
ÉCHELON 8	64 607,04	38,83	31,06
ÉCHELON 9	66 934,68	40,23	32,18
ÉCHELON 10	71 202,48	42,79	34,23
ÉCHELON 11	74 915,16	45,02	36,02
ÉCHELON 12	85 169,04	51,18	40,95
ÉCHELON 13	88 939,44	53,45	42,76

bilité et d'autant plus si l'on a compris à quel niveau se situe la rémunération en base horaire.

Comme le montre le Tableau 3, en restant dans les bornes larges que permet le décompte en demi-journées, un praticien au 7<sup>ème</sup> échelon travaillant 10 h par jour perçoit une rémunération équivalente à celle d'un praticien au 3<sup>ème</sup> échelon travaillant 8 h par jour. Le décompte en demi-journées est donc défavorable aux praticiens, en particulier dans les spécialités où le temps de travail est fortement contraint par la permanence des soins et dépendant des horaires d'ouverture des plateaux techniques.

S'il n'y a plus d'autonomie dans la gestion de son temps de travail, pour le praticien et son équipe, ni de journées courtes permettant de compenser les longues, il n'y a plus d'équilibre possible entre la vie privée et la vie professionnelle. Il est donc nécessaire d'arriver à une mesure du temps de travail et à des règles de décompte qui, à défaut d'être les mêmes pour tous, assurent une certaine équité dans la rémunération du travail ainsi qu'une autonomie d'organisation. (NB : il faut ici se replacer dans la définition du travail au sens de la DETT où le salarié est à la disposition de son employeur sans pouvoir vaquer à une occupation personnelle détachée du travail.)

Ainsi, soit on permet à toutes les équipes qui le souhaitent de passer en décompte horaire, soit on instaure une 5<sup>ème</sup> plage au sein des 24 heures de travail, qui permet, non seulement l'équité en cas de per-

manence des soins, mais aussi de donner de la souplesse organisationnelle aux plateaux techniques qui le justifient (amplitudes d'ouverture importantes). Les praticiens hospitaliers n'ont pas vocation à déroger au droit commun car il n'est pas une seule catégorie professionnelle qui accepte une telle sujétion sans que des compensations ne soient prévues par l'organisation (revenus, temps de récupération). Par ailleurs, compte tenu du différentiel de revenus avec le secteur libéral, le choix de travailler dans une équipe hospitalière dépend pour beaucoup de la qualité et de l'organisation des soins qui y sont réalisés et repose aussi sur la possibilité d'y effectuer des missions transversales comme l'enseignement, la recherche, l'implication institutionnelle ou organisationnelle. Les calculs d'effectifs doivent prendre en compte toute l'activité clinique (et pas exclusivement l'activité de « production d'actes ») mais aussi ces valences non cliniques.

L'objectif de recettes supplémentaires par une augmentation d'activité ne peut s'envisager que dans une organisation ayant déjà une productivité optimale et doit s'appuyer sur une évaluation du temps médical nécessaire pour pérenniser cette augmentation. Procéder sans tenir compte des ajustements nécessaires ne peut que conduire à un désastre organisationnel et humain.

### DONNÉES SUR LA PERMANENCE DES SOINS

La permanence des soins sur place comprend deux éléments de rémunération : le décompte d'un temps de travail de deux demi-journées pour quatorze heures de travail et une indemnité de sujétion.

On applique donc au salaire journalier une valorisation fixe et indépendante de l'échelon. Si la valorisation de la garde par l'indemnité de sujétion (IS) peut sembler importante, cette valorisation décroît rapidement avec l'ancienneté et est assez faible lorsqu'on la rapporte au taux de rémunération horaire (cf. Tableau 4). La valorisation de la garde apparaît donc dégressive alors qu'au contraire, la pénibilité ressentie de cette sujétion croît avec l'âge.

Nous soulignons le paradoxe suivant : à partir du 11<sup>ème</sup> échelon, il vaut mieux travailler 8 h de jour que faire une garde de 14 h de nuit.

Par ailleurs, la garde dure 14 heures soit 40 à 60 % de temps en plus qu'une journée de travail normal. La plupart du temps, elle fait suite à une journée de travail « normale » d'une durée de 8 à 10 h et est, à ce titre, dérogatoire à la directive européenne 2003/88 puisque conduisant à une amplitude continue de 24 heures.

On peut concevoir un tel système si la pression de la

Tableau 4 : Rémunération des gardes

	Rémunération en € pour une garde de 14h (incluant l'IS)	Soit en €/h*
ÉCHELON 1	500,10	35,72
ÉCHELON 2	504,10	36,01
ÉCHELON 3	509,70	36,41
ÉCHELON 4	516,09	36,86
ÉCHELON 5	527,28	37,66
ÉCHELON 6	545,67	38,98
ÉCHELON 7	565,65	40,40
ÉCHELON 8	575,24	41,09
ÉCHELON 9	586,43	41,89
ÉCHELON 10	606,95	43,35
ÉCHELON 11	624,80	44,63
ÉCHELON 12	674,10	48,15
ÉCHELON 6	692,22	49,44

\* Ces chiffres sont à rapprocher des salaires horaires du Tableau 3

permanence des soins diminue avec l'avancée dans la carrière. En pratique, dans les spécialités soumises à cette sujétion, les tensions démographiques actuelles produisent souvent l'effet contraire.

Si l'on cumule plusieurs facteurs comme le travail posté, les horaires de jours importants, la faiblesse ou l'absence d'autonomie dans la gestion de l'organisation de son temps de travail et une participation importante à la permanence des soins, il en résulte un sentiment de sous-rémunération. Dans les disciplines en tension, cela peut rapidement se traduire par un départ vers des structures où le temps de travail est plus encadré et la permanence des soins moins importante comme les ESPIC ou les établissements privés.

### La persistance d'une aberration idéologique

Pour finir, concevoir la permanence des soins comme un levier de rémunération supplémentaire relève d'une aberration idéologique. Surpayer des gardes ou astreintes plus ou moins fictives pour renforcer l'attractivité de certains établissements est totalement anormal car cela augmente l'assiette de ces indemnités ce qui rend toute augmentation de l'indemnité de sujétion difficile alors que la sujétion de la perma-

Tableau 5 : Valorisation de la garde par l'indemnité de sujétion

	Salaire journalier brut (base 208j/an)	Rémunération en € pour une garde de 14h	Valorisation
ÉCHELON 1	235,47	500,10	112,4 %
ÉCHELON 2	239,47	504,10	110,5 %
ÉCHELON 3	245,07	509,70	108 %
ÉCHELON 4	251,46	516,09	105,2 %
ÉCHELON 5	262,65	527,28	100,8 %
ÉCHELON 6	281,04	545,67	94,2 %
ÉCHELON 7	301,02	565,65	87,9%
ÉCHELON 8	310,61	575,24	85,2 %
ÉCHELON 9	321,80	586,43	82,2 %
ÉCHELON 10	342,32	606,95	77,3 %
ÉCHELON 11	360,17	624,80	73,5 %
ÉCHELON 12	409,47	674,10	64,6 %
ÉCHELON 13	427,59	692,22	61,9 %

nence des soins est très supportable à certains endroits et épuisante à d'autres. **Il serait donc plus juste de créer une prime en rapport avec les difficultés de recrutement de ces établissements que d'utiliser celles de la permanence des soins.**

### DONNÉES SUR LE TEMPS ADDITIONNEL

Si le temps de travail additionnel peut apparaître comme un moyen de valorisation des rémunérations, la contrainte supplémentaire qu'il représente pour le praticien n'est pas récompensée par le mode de rémunération actuel.

Le système de calcul actuel est totalement biaisé par une réglementation qui n'est pas claire. Tout d'abord, la différenciation entre le temps additionnel de jour ou de nuit est une ineptie pour au moins deux raisons. La première est que la permanence des soins est une obligation statutaire et ne peut relever du volontariat. On voit comment la ville s'est désengagée de cette obligation et les effets produits... Imaginer que la PDES relève du temps de travail additionnel, et donc, du volontariat, est donc impossible. La deuxième est que le praticien qui ne souhaitera pas effectuer de temps additionnel le récupèrera toujours pendant la journée et jamais la nuit ou le week-end. CQFD !

Sur le plan de la rémunération, le temps additionnel



de jour n'est « financièrement intéressant » que jusqu'au 8<sup>ème</sup> échelon (cf. Tableau 6). Au-delà, il est moins payé que la journée de travail normale. **Cela crée des dissensions au sein des équipes, les plus jeunes y voyant une majoration de revenu et les plus vieux, une forme d'exploitation.** Le tout pour un investissement qui frise quand même en moyenne 60 heures par semaine, nuit et jour, fériés, etc., ce qui semble intenable au long terme. Le temps additionnel a donc vocation à disparaître.

**Tableau 6 : Rémunération du temps additionnel de jour**

	Salaire journalier brut (base 208j/an)	1 jout TTA de jour	Valorisation
ÉCHELON 1	235,47	317,55	34,9 %
ÉCHELON 2	239,47	317,55	32,6 %
ÉCHELON 3	245,07	317,55	29,6 %
ÉCHELON 4	251,46	317,55	26,3 %
ÉCHELON 5	262,65	317,55	20,9 %
ÉCHELON 6	281,04	317,55	13 %
ÉCHELON 7	301,02	317,55	5,5 %
ÉCHELON 8	310,61	317,55	2,4 %
ÉCHELON 9	321,80	317,55	-1,3 %
ÉCHELON 10	342,32	317,55	-7,2 %
ÉCHELON 11	360,17	317,55	-11,48 %
ÉCHELON 12	409,47	317,55	-22,4 %
ÉCHELON 13	427,59	317,55	-25,7 %

La situation est pire pour le temps additionnel de nuit (cf. Tableau 7). Dès le premier échelon, le niveau de rémunération est inférieur à celui d'une journée augmentée de l'indemnité de sujétion.

Cet imbroglio atteint son paroxysme lorsqu'un praticien est sollicité pour accepter de réaliser du temps additionnel, son contrat prévoit « obligatoirement » qu'une partie de ce temps sera réalisée de jour et qu'une autre sera réalisée de nuit (ce qui est le cas dans de nombreux établissements) et qu'il devra verser une partie de ce temps additionnel sur son compte épargne temps.

**Démonstration : un praticien au 12<sup>ème</sup> échelon, réalise une garde un vendredi soir. S'il choisit de ne pas réaliser du temps additionnel, par exemple en récupérant le lundi suivant, ou au contraire, de réaliser du temps additionnel en se le faisant**

**Tableau 7 : Rémunération du temps additionnel de nuit**

	Rémunération en € pour une garde de 14h	1 TTA de nuit	Valorisation
ÉCHELON 1	500,10	473,94	-5,2 %
ÉCHELON 2	504,10	473,94	-6 %
ÉCHELON 3	509,70	473,94	-7 %
ÉCHELON 4	516,09	473,94	-8,2 %
ÉCHELON 5	527,28	473,94	-10,1 %
ÉCHELON 6	545,67	473,94	-13,1 %
ÉCHELON 7	565,65	473,94	-16,2 %
ÉCHELON 8	575,24	473,94	-17,6 %
ÉCHELON 9	586,43	473,94	-19,3 %
ÉCHELON 10	606,95	473,94	-21,9 %
ÉCHELON 11	624,80	473,94	-24,1 %
ÉCHELON 12	674,10	473,94	-29,7 %
ÉCHELON 13	692,22	473,94 %	-31,5 %

*payer, la rémunération brute du même travail sera différente. Et pire encore s'il décide d'épargner ce temps de travail en le versant sur son CET.*

*Si l'établissement décide de la flécher sur du TTA de nuit, l'évolution de l'indemnisation (brute en euros) de cette période de temps de travail sera la suivante :*

Evolution de la qualification	Evolution de l'indemnisation	Valorisation	Note
2 DJ de temps de travail + 1 IS	409,47 + 264,63 = 674,10		Valeur du travail « normal »
2 DJ de TTA de nuit	473,94	473,94 - 674,10 = - 200,16	Le TTA de nuit est moins payé dès le premier échelon
2 DJ de nuit versées au CET (retrati de l'IS)	674,10 - 264,63 = 409,47	409,47 - 674,10 = - 264,63	Le versement au CET de temps additionnel de nuit n'est pas cumulable avec l'IS
Versée au CET ces DJ deviennent alors du temps de jour	300	300 - 674,10 = - 374,10	

**Ainsi, pour le même travail réalisé, 2 DJ de temps de travail, il existe une variabilité injuste du mode d'indemnisation qui ne dépend que du bon vouloir de l'établissement.**

Ce système est kafkaïen car il donne une valeur différente à la même référence temporelle selon le mode de calcul imposé au praticien : temps de travail additionnel de jour, de nuit, journée placée sur le CET, temps additionnel de jour placé sur le CET, temps additionnel de nuit placé sur le CET. Où est le volontariat dès lors que l'on connaît le faible nombre de contrats de temps de travail additionnel signés par les établissements ?

**Sauf à accepter une logique « perdant - gagnant », il ne peut donc y avoir qu'une seule forme de temps additionnel, le temps additionnel « de jour ».**

De surcroît, tout cela est sans commune mesure avec la rémunération journalière brute de l'intérim médical à environ 800-850 euros bruts pour la même prestation. De plus, certains intérimaires sont des praticiens hospitaliers en congés annuels ou en RTT. À cette somme s'ajoutent les charges sociales employeur et, habituellement les frais de prestation de l'agence de recrutement, le logement et les frais de bouche. Les importantes sommes dépensées pourraient certainement diminuer en favorisant l'intérim interne, c'est à dire en augmentant de façon importante le « tarif » du temps additionnel. Nous y voyons deux avantages, celui de récompenser le sacrifice et l'investissement dans l'établissement consenti par les praticiens et celui de favoriser le recrutement en rendant moins intéressant pour un directeur d'établissement de proposer du temps additionnel aux médecins restants que de garder des postes vacants à pourvoir par l'intérim.

## EN CONCLUSION

Une véritable réflexion sur la rémunération des praticiens hospitaliers et la prise en compte du temps de travail doit être menée.

La grille de rémunération actuelle n'est pas adaptée car elle induit une baisse de l'attractivité des carrières hospitalières en regard des rémunérations proposées dans les structures privées à but lucratif ou non.

- La rémunération de la permanence des soins devrait suivre les augmentations liées à l'échelon.

- Le temps additionnel et son système d'épargne n'atteint pas le but recherché car :

- Le temps additionnel de jour est plus intéressant que celui de nuit.
- Le temps additionnel de jour est intéressant jusqu'au 8<sup>ème</sup> échelon.

- Le temps additionnel de nuit n'est jamais intéressant.
- La revente de journées de CET à 300 € n'est jamais intéressante par rapport à la rémunération quadrimestrielle de temps additionnel.

On comprend dès lors qu'il apparaît plus intéressant pour un directeur d'établissement de garder des postes vacants et de proposer du temps additionnel aux médecins restants. Certains médecins peuvent trouver un intérêt personnel à ce genre de pratiques qui, à long terme, ne sont cependant pas viables pour un établissement.

Il reste que les rémunérations consenties aux praticiens intérimaires ou remplaçants ont modifié la perception de la valeur du temps médical et cela d'autant plus que leurs qualifications, formation et implication ne répondent pas toujours à l'idée que la majorité des médecins hospitaliers se font de leur profession. Quel intérêt reste-t-il alors à s'impliquer dans la vie de son établissement, les différentes missions de management, l'enseignement ou la recherche. La réflexion sur l'attractivité doit donc impérativement s'attarder sur la rémunération du temps de travail médical, son contenu et l'évolution de celle-ci tout au long de la carrière. Cette rémunération devrait aussi s'attacher à prendre en compte la pénibilité induite par la permanence des soins et permettre, comme cela était le cas jusqu'à présent, de limiter le travail de nuit à partir d'un certain âge.

*Yves Rébufat, Président du SNPHAR-E*

## Les propositions Du snphar -e

- La création d'une cinquième demi-journée au sein de la période de 18h à 8h assortie d'une revalorisation de cette même période d'une demi-indemnité de sujétion avec une traduction équivalente sur les astreintes.
- Le TTA uniquement de jour à 650 euros nets sous contrat préalable avec un constat fait sur un effectif cible de l'équipe calculé sur 39 heures hebdomadaires.
- Une somme équivalente attribuée pour un exercice multi-établissement dans le cadre des futures GHT assorties de mesures hôtelières pour inciter à ce mode d'exercice.
- Redéfinition régionale de la notion de poste prioritaire par une cellule au sein de l'ARS chargée d'établir des critères d'attribution mais aussi de contrôler que les difficultés de recrutements ne sont pas liées à des anomalies de fonctionnement locales.
- Plutôt que de sur-rémunérer les présidents de CME et les chefs de pôle et de service, nous préférons que du temps leur soit clairement donné pour accomplir ces missions et que celui-ci soit compensé par des recrutements dans leurs propres équipes.
- Revalorisation de l'IESPE à 1700 euro/mois (20 % du 13<sup>e</sup> échelon)
- Nous demandons la suppression de la part complémentaire variable dans sa forme actuelle.

## LES EFFORTS SUR LA SANTÉ AU TRAVAIL DE LA COMMISSION SMART DU CFAR RECOMPENSÉS

Le SNPHARE est fier que l'un des siens ait reçu le Prix du meilleur poster avec les co-auteurs, Ségolène Arzalier, Thomas Lieutaud et Paul-Michel Mertès, et les co-auteurs de l'équipe SMART / CFAR lors d'un congrès de l'European Association for Physicians' Health à Barcelone en avril dernier. <http://www.cfar.org/images/stories/DOCSSmart/affichessmartbarcelone.pdf> Ce prix témoigne de l'importance de la santé au travail et des efforts qui doivent être faits pour la préserver, ce qui est l'objet des actions de la Commission SMART / CFAR.



## Devoir de vacances... Lecture comparée ...

Max André Doppia

### Le « Rapport-qui-pique » du SNPHAR-E, Vs le « Rapport de la Mission Le Menn » ... ?

Ça y est, le Rapport de la mission attractivité du Sénateur Le Menn devrait être rendu public quand vous lirez ces pages et il était temps !

Notre soif va-t-elle enfin être étanchée par ses analyses auxquelles les organisations syndicales ont apporté leurs contributions depuis 6 mois ?

C'est vous qui devrez le dire ... en comparant avec le RQP ! Vous aviez déjà été très nombreux à vous arracher ce RQP, paru, lui en janvier dernier et très largement diffusé par notre syndicat.

Vous aviez apprécié son sommaire : l'expression libre des PH sur leurs conditions de travail, sur l'attractivité qui n'est plus tout à fait au rendez-vous, une synthèse des rapports antérieurs commandés par le ministère et restés lettre morte, des interviews inédites auxquelles se sont prêtées des personnalités reconnues du monde de la santé et des acteurs de terrain, PH, jeunes, directeurs, experts divers...

Bref, le RQP aura permis de détailler nos préconisations, telles que nous les avons synthétisées sur la base de vos attentes.

Comme un thriller d'été, les conclusions de Jacky Le Menn se sont décidément faites attendre mais le suspense est maintenant levé !

C'est à vous d'en prendre à présent connaissance et à la ministre de la santé de tirer les conclusions qui s'imposent il lui faudra démontrer sa volonté réelle de traiter la crise que vit l'hôpital public depuis trop d'années en écoutant les praticiens que nous sommes mais aussi les usagers.

Le Rapport-qui-Pique et surtout ses conclusions auront-ils inspiré le Rapport le Menn ? Les Praticiens, les décideurs, mais aussi la Presse dans son ensemble sont à présent à même de procéder à la lecture comparée de ces deux documents.

C'est ce que nous voulions ! Pas vous ?



Ce nécessaire travail d'été, permettra d'apprécier en toute connaissance de causes, les propositions de la ministre qui seront connues à la Rentrée.

Il est des ouvrages qu'on ne se lasse pas de relire... C'est le moment pour le RQP !

Bonnes lectures à tous et reposez-vous en cet été déjà chaud pour préparer cette rentrée qui pourrait bien être elle aussi, très chaude à l'hôpital ...

Le Rapport qui Pique est téléchargeable à l'adresse suivante : <http://www.snphar.com/data/upload/files/leRapportQuiPique.pdf>



# Les sujétions liées à la permanence des soins sont-elles sources d'aspirations à des organisations spécifiques ?

Dans la foulée de la circulaire « urgences » qui ouvre aux urgentistes, et aux spécialités à sujétions comparables, la possibilité de contractualiser du temps non clinique et un décompte spécifique du temps de travail, les deux intersyndicales avenir hospitalier et la cPh ont lancé mi-mai une enquête afin de préparer les discussions à venir au ministère. L'objectif était de répondre aux questions suivantes : quelles sont les spécialités à sujétion comparable à celle des urgentistes, et les aspirations de ces spécialités sont-elles de ce fait spécifiques comparées aux autres spécialités à sujétion moins forte ?

En deux semaines, 1686 réponses complètes ont été collectées. Les répondants étaient pour :

- 26,6 % des anesthésistes réanimateurs ou réanimateurs médicaux,
- 12,2 % des chirurgiens et gynéco-obstétriciens (7,6 et 4,6 % respectivement),
- 8,13 % des psychiatres,
- 6,75 % pédiatres et néonatalogues,
- 20% des médecins non interventionnels, dont 4,8% gériatres,
- 5% des biologistes ou pharmaciens,
- 5% des médecins « interventionnels » (cardio et gastro-entérologues),
- 4,15% des urgentistes,
- 2,8% sont radiologues.

La répartition étaient pour 95 % des PH et 2,2 % des HU titulaires. Concernant le type d'établissement d'exercice, 37 % des répondants provenaient de CHU et 55 % de CH non U.

Le nombre d'astreintes effectuées en moyenne par mois était de 3,8 et le nombre de gardes sur place par mois de 3,11.

Il faut noter une forte participation des anesthésistes-réanimateurs et des réanimateurs médicaux, qui représentent 10 % des PH mais 26 % des répondants. Cela traduit leur forte sensibilisation à la problématique « sujétion du travail de nuit ».

Les résultats sont à consulter dans le tableau ci-contre. Nous avons individualisé les spécialités réputées structurellement à forte permanence des soins : anesthésie réanimation et réanimation médicale, radiologie, pédiatrie et néonatalogie, chirurgies à permanence des soins (obstétrique, chirurgie digestive et générale et orthopédie) et médecine interventionnelle (cardiologie et gastro-entérologie).

## UNE FOIS DE PLUS, LA PÉNIBILITÉ DU TRAVAIL S'EXPRIME FORTEMENT ET CE QUELLE QUE SOIT LA SPÉCIALITÉ.

- Les résultats globaux confirment que pour l'ensemble des spécialités la pénibilité est un sujet central, puisque 75 % estiment que leur spécialité est à forte sujétion et demandent à être consultés dans les discussions à venir.
- 28 % estiment travailler entièrement en travail posté et 30 % en partie.
- 82 % estiment nécessaire d'identifier au sein de leur travail un forfait de temps à consacrer au temps non clinique.
- 55 % seraient favorables à une auto-déclaration du nombre d'heures effectuées, sous forme d'un décompte global rétrospectif, au sein du décompte en demi-journées.
- 52 % sont opposés au décompte horaire avec heures de début et de fin.
- 68 % estiment nécessaire de changer la réglementation concernant le temps de travail.
- 56 % pensent qu'introduire des notions de décompte horaire et de temps non clinique pourrait attirer les jeunes vers une carrière hospitalière.

## UNE ASPIRATION GLOBALE AU CHANGEMENT ET UN FORT CONSENSUS POUR IDENTIFIER DU TEMPS NON CLINIQUE

Une analyse par spécialité fait émerger deux profils distincts de répondants. Cela devrait nous aider pour nos discussions avec le ministère. En effet, les spécialités exerçant fortement en permanence des soins [plus de 3 gardes sur place (anesthésie-réanimation, pédiatrie) et/ou plus de 6 astreintes par mois (radiologues, chirurgiens, médecins interventionnels)] :

- estiment subir les mêmes sujétions que les urgentistes (74 à 98 %),
- estiment travailler en posté soit totalement soit en partie, de manière significativement plus importante que les autres,
- sont plus nombreux que les autres à estimer avoir besoin de temps non clinique,
- sont plus nombreux que les autres à envisager un décompte horaire strict, sans toutefois (en dehors de l'anesthésie-réanimation à 55 %) que cela soit un majoritaire,
- estiment qu'introduire du temps non clinique et un meilleur décompte du temps de travail permettrait d'attirer les jeunes vers une carrière hospitalière.

### LES SPÉCIALITÉS À PLUS FORTE SUJÉTION PLÉBISCITENT DONC LE TEMPS NON CLINIQUE, SANS TOUTEFOIS RÉCLAMER LE DÉCOMPTÉ HORAIRE.

- Quelle que soit la spécialité et le niveau de sujétion, une majorité approuve l'auto-déclaration rétrospective de son temps de travail, tout en maintenant l'organisation en demi-journées.
- Toutes les spécialités, bien qu'elles désirent un forfait de temps non clinique (75 à 80 %), ne souhaitent pas le contractualiser : ce que l'on pourrait interpréter comme un besoin d'autonomie fort !

## EN CONCLUSION

Les spécialités telles que l'anesthésie réanimation, la radiologie, la pédiatrie, les chirurgies telles que obstétrique, digestif et orthopédie, et les médecines interventionnelles telles que cardiologie et gastro entérologie se sentent autant assujetties que les urgentistes et déclarent exercer prioritairement en travail posté. À ce titre, ils estiment davantage que les autres spécialités avoir besoin de temps non clinique, d'une auto-déclaration rétrospective en heures du temps travaillé, mais au sein des demi journées, sans pour autant plébisciter l'organisation du travail en décompte horaire strict.

Les autres spécialités décrivent également pénibilité et sujétion importantes et souhaitent aussi bénéficier de temps non clinique (mais pas avec la même acuité).

Toutes les spécialités souhaitent une évolution et même si le taux de désir de changement est plus important pour les spécialités à sujétion, le chiffre global de 68 % appelle à réflexion.

Nous allons pouvoir porter aux instances ces messages argumentées grâce à votre mobilisation et aux réponses que vous avez apportées à cette enquête.

*Nicole Smolski, Présidente d'Avenir Hospitalier*

Tableau : Résultats de l'enquête

	Toutes spécialités	AR + Réa med	Radiologues	Pédiatrie Néonatalogie	Chirurgie PDS	Médecine interven-	Chirurgie autres	Médecine autres	Psychiatrie	Biologie Pharmacie
Spécialités à sujétion	75 %	98 %	94 %	88 %	85 %	74 %	65 %	55 %	50 %	48 %
Travail posté en totalité	28 %	58 %	66 %	43 %	28 %	25 %	18 %	18 %	15 %	33 %
Travail posté en partie	30 %	25 %	26 %	36 %	37 %	30 %	27 %	32 %	30 %	30 %
POUR forfait tps non clinique	82 %	86 %	84 %	84 %	77 %	78 %	75 %	77 %	75 %	71 %
Auto-déclaration Heures au sein des 1/2 journées	262,65	56 %	57 %	61 %	56%	60 %	47 %	57 %	46 %	61 %
Décompte horaire strict	40 %	55 %	38 %	30 %	35 %	37 %	24 %	30 %	23 %	43 %
POUR contractualisation tps non clinique	35 %	32 %	40 %	39 %	33 %	43 %	44 %	35 %	39 %	31 %
Désir changement	68 %	82 %	79 %	73 %	70 %	71 %	58 %	60 %	53 %	53 %
Tps non clinique et décompte horaire = mesures attractives pour les jeunes	56 %	70 %	74 %	59 %	53 %	57 %	35 %	48 %	39 %	43 %
Nb d'astreintes/ mois	3,8	2,4	6	3,8	6,4	6,6	6	3,6	2,5	6,6
Nb gardes/ mois	3,1	4,4	1,2	3,4	2,5	2,3	1,2	2,1	2,5	1,7

# Des *Big Data* à *Big Brother*

## Quelle(s) valeur(s) pour les données de santé ?

Les progrès croissants des technologies de l'information dans le domaine de la santé ont facilité le recueil et élargi remarquablement la disponibilité des données médicales. La révolution des *big data* a commencé et nous ne pouvons pas rester étrangers aux conséquences de cette révolution, pour avant tout préserver la confiance essentielle à notre relation avec le patient.

### UNE ÉVOLUTION QUI PERMET D'AMÉLIORER LES PRISES EN CHARGE DES PATIENTS

Nous sommes passés en quelques décennies d'un recueil manuel sur des fiches papier à un stockage massif et continu d'informations numériques avec de formidables possibilités de traitement.

L'utilité médicale de cette évolution n'est plus à prouver : la disponibilité en temps réel de données de santé dans le cadre de l'urgence, le partage d'informations entre des prises en charge autrefois cloisonnées, le recours à des avis délocalisés, et maintenant le recueil prospectif de données biologiques directement par le patient à l'aide de dispositifs connectés, permettent d'envisager de nouvelles pratiques qui ne peuvent qu'améliorer les prises en charge.

Sur le plan scientifique, les capacités de traitement massif de données de nature et de provenance différentes permettent d'envisager des analyses étiologiques, épidémiologiques ou thérapeutiques inédites. Le croisement de données cliniques, environnementales, génomiques ou de banques biologiques ouvre des perspectives vertigineuses dans le domaine de la prévention ou de la médecine personnalisée.

On comprend donc le caractère irrésistible de l'intrusion de ces technologies dans nos pratiques médicales.

### LES BIG DATA ONT ÉGALEMENT UNE VALEUR MARCHANDE...

Si le concept de *big data* n'a pas de définition univoque, il s'applique grossièrement au travers de caractéristiques des données et de leur analyse qu'on peut résumer à travers les « quatre V » :

- Un volume considérable de données : celui-ci croît de manière exponentielle, en raison des évolutions techniques à la fois de production de données (objets connectés), de coûts de stockage, d'infrastructure de télécommunication et du développement d'applications et de réseaux sociaux.

- La vitesse d'analyse, qui vise à traiter en temps réel et de façon automatique les données disponibles. C'est ainsi que l'analyse des requêtes Google sur des mots-clés relatifs à la grippe lui ont permis de décrire l'évolution de l'épidémie de grippe H1N1 avec seulement un jour de délai sur les pics observés et des performances bien supérieures à celles des réseaux de surveillance nationaux<sup>1</sup>.
- La variété des données, qui permet l'analyse non plus seulement à partir de données structurées, mais également de données brutes (texte, image, données multimédia, « traces » numériques...) et de leur croisement... souvent en dehors des finalités pour lesquelles elles ont été recueillies.
- La véracité des données, qui nécessite de ne retenir que celles dans la qualité desquelles on peut avoir une confiance raisonnable, ce qui nécessite une évaluation régulière des résultats des analyses.

Et surtout, il existe un cinquième « V » qui fait que les *big data* ne sont pas simplement le dernier gadget technologique à la mode, mais un enjeu majeur qui va bouleverser notre rapport à l'information : la valeur de ces données, qui les rend précieuses non seulement pour leurs utilisateurs, mais de plus en plus pour leur usage marchand. Au Royaume-Uni, le NHS a vendu le jeu de 20 années de données d'hospitalisation, y compris psychiatriques, de ses patients à des assureurs privés pour 8000£, forfait de 140£ pour permettre l'identification des patients compris<sup>2</sup>. Dans le même temps, le principal opérateur téléphonique du pays annonçait qu'il mettait en vente les données de connexion internet de ses 27 millions de clients. Le grand marché mondial des données individuelles se met en place et ses enjeux financiers sont immenses.

### UNE CONFIDENTIALITÉ DE PLUS EN PLUS HASARDEUSE !

Et même anonymisées, en raison de la multiplicité des items recueillis, la confidentialité des données est de plus

en plus hasardeuse. Si on connaît le mois de sortie du séjour hospitalier, le code postal du domicile ainsi que l'âge et le sexe de son voisin ou d'une célébrité, on peut savoir dans près de 50 % des cas de quelles pathologies il souffre et quels actes ont été pratiqués à partir des bases PMSI « anonymes » diffusées<sup>3</sup>.

Dans un registre de naissance comme celui de l'Ontario, il suffit de connaître l'âge de la mère, le mois de naissance de la mère et les trois premiers caractères du code postal pour identifier dans les deux tiers des cas l'enfant et ses éventuelles pathologies à la naissance<sup>4</sup>.

Nous laissons par nos nombreuses connexions et par les multiples données qui sont recueillies sur nous une empreinte numérique qui nous identifie aussi sûrement que notre ADN. Plus besoin de notre identité pour croiser nos informations de santé, nos habitudes d'achat, nos déplacements, nos échanges sociaux ou nos activités personnelles pour peu que les données soient disponibles. L'anonymisation est devenue illusoire.

## VERS UNE GESTION INDIVIDUELLE DU RISQUE ?

On peut s'y résigner comme prix à payer à la marche inexorable de la civilisation.

On peut s'en réjouir comme d'une évolution vers plus de transparence, qui semble être pour certains un progrès social.

Mais on peut aussi s'inquiéter de l'intérêt que peut avoir un assureur, un employeur, un individu ou un régime malveillant pour nos données personnelles, dont la trace peut persister des années à notre insu.

On peut aussi s'interroger sur le risque de transformation d'un système de protection sociale fondé sur la solidarité nationale vers un système de gestion individuelle du risque où chacun paierait en fonction de son profil de santé et des efforts qu'il consent pour la préserver. Déjà, il existe aux Etats-Unis certaines assurances qui consentent des tarifs spécifiques pour les personnes qui acceptent de partager leurs données personnelles en temps réel : un système de points rétribue de bons chiffres de cholestérol, de tension artérielle, mais également le temps passé à son club de gym ou au golf, contrôlé par géolocalisation grâce à leur smartphone<sup>5</sup>.

Outre le caractère intrusif de ce type de programme, il s'adresse essentiellement aux personnes en bonne santé déjà enclines à veiller sur leur santé. Il laisse de côté les malades chroniques, les patients en difficulté sociale, vers qui devrait s'adresser avant tout la prévention, et il va à l'encontre de l'universalité de la couverture d'assurance santé, déjà mise à mal par un désengagement croissant des systèmes publics d'assurance maladie.



## RESTER VIGILANT POUR PRÉSERVER LA CONFIANCE DE NOS PATIENTS

Et puis, on peut tout simplement continuer à considérer avec la Déclaration Universelle que la vie privée et l'intimité sont des droits fondamentaux humains<sup>6</sup>, que leur respect fonde la confiance du patient envers son médecin et qu'il faut les protéger malgré ou à cause des enjeux économiques majeurs des big data.

La révolution des big data a commencé et elle bouleversera notre rapport à l'information aussi sûrement que le firent en leur temps l'invention de l'imprimerie ou de l'ordinateur. En tant que producteurs et utilisateurs de données de santé, nous ne pouvons rester étrangers aux conséquences de cette révolution, pour avant tout préserver la confiance essentielle à notre relation avec le patient : au delà de la valeur économique des données de santé, il est essentiel qu'y restent attachées les valeurs qui animent notre pratique.

*Jérôme Fauconnier, CHU Grenoble*

### Références

- 1 - Detecting influenza epidemics using search engine query data. J Ginsberg et al. Nature Vol 457, 19 February 2009
- 2- £140 could buy private firms data on NHS patients. The Guardian 22/05/13
- 3- Données CHU Grenoble 2014
- 4- Anonymising and sharing individual patient data. K El Emam. BMJ 2015;350:h1139
- 5- [http://www.nytimes.com/2015/04/08/your-money/giving-out-private-data-for-discount-in-insurance.html?ref=health&\\_r=1](http://www.nytimes.com/2015/04/08/your-money/giving-out-private-data-for-discount-in-insurance.html?ref=health&_r=1)
- 6- Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, article 12

### Pour en savoir plus sur les big data

- Analyse des Big Data, Quels usages, quels défis ? MP Hamel et D Marguerit. Note d'analyse du commissariat général à la stratégie et à la prospective. 11/2013 n°08.
- Big Data. A Revolution That Will Transform How We Live, Work, and Think. V Mayer- Schonberger, K Cukie. 2013. Houghton Mifflin Harcourt



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

Au-delà du temps passé au travail, le contenu du travail du médecin en hôpital public, les possibilités qui lui sont offertes ou qu'il pense souhaitables, et les attentes des patients potentiels et des usagers, sont des thèmes trop négligés par les uns et les autres. Il s'agit ici de confronter des points de vue sur les missions des médecins de l'hôpital public, de discerner les convergences, de susciter des réflexions et des réactions. Pour ce premier épisode nous avons confronté les points de vue d'un patient (Charles-Henri Cuin, sociologue), d'un ancien directeur d'hôpital (Lin Daubech), du délégué général de la FhF (Gérard Vincent) et de la présidente d'avenir hospitalier (Nicole Smolski).

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

**Lin Daubech :** Il y a de multiples profils que j'ai pu observer au cours des 42 ans passés à l'hôpital en tant que directeur d'établissement hospitalier public. Il n'est pas possible d'en parler globalement puisqu'on y retrouve des médecins plus ou moins motivés, plus ou moins jeunes, plus ou moins dévoués. Certains sont à l'hôpital car le métier est intéressant, les risques moindres que dans le privé, ou encore du fait de l'absence de frais professionnels et ceux là travaillent à l'hôpital comme ils le feraient dans le secteur privé.

D'autres ont **CHOISI** l'hôpital par conviction en ayant une certaine idée des valeurs du service public.

L'investissement me semble très lié à la spécialité exercée avec ou sans temps continu, avec ou sans démographie favorable...

De plus, on note une évolution démographique avec une féminisation du corps médical et de fait, une grande partie des femmes ont une demande, bien verbalisée, de césure entre vie personnelle et vie professionnelle et ont donc plus d'exigence quant au temps passé à l'hôpital.

Pendant ma carrière je n'ai pas observé de différence d'investissement entre PUPH et PH. Certains sont certes plus tournés vers l'enseignement ou la recherche, d'autres plus vers la clinique.

Concernant les missions, il me semble important de définir comment les médecins doivent exercer leurs missions. En effet, l'hôpital dépense trop, « gaspille » trop. Cependant, les médecins doivent soigner en s'occupant de la gestion et non gérer en s'occupant du soin.

L'hôpital est géré en fonction de son activité et ses dépenses se font au lit du malade. Ainsi, le médecin génère de la dépense légitime ou non légitime par sa prescription de médicaments, d'actes opératoires, radiologiques, biolo-

giques... Le médecin doit donc avoir une activité médicale au JUSTE coût, donc en tenant compte des dépenses, mais avec la meilleure qualité des soins possible. En revanche, on ne peut pas demander aux médecins de se transformer en gestionnaires.

J'ai noté en 40 ans de carrière hospitalière la disparition des séniors au lit du patient et ce sont aujourd'hui les internes, chefs de cliniques qui génèrent la dépense. Celle-ci ne peut pas être maîtrisée car rappelons le, elle est générée par des médecins en formation.

“ Les médecins doivent soigner en s'occupant de la gestion et non gérer en s'occupant du soin !

**Gérard Vincent :** Je côtoie les médecins hospitaliers depuis 45 ans et je suis convaincu que le médecin de l'hôpital public choisit l'hôpital public pour ses valeurs. Il y retrouve les valeurs du serment d'Hippocrate en étant dégagé des préoccupations financières quotidiennes que l'on retrouve dans le libéral.

LD ”

Le médecin hospitalier jouit d'une grande indépendance diagnostique et thérapeutique même s'il travaille en institution et il y a peu de métier qui permettent une telle indépendance. Le médecin n'est pas pour autant un travailleur indépendant, et il s'inscrit dans une institution qui a des valeurs avec une approche plus participative et collective qu'en libéral.

En tant que futur patient potentiel, je tiens bien entendu à ce que les médecins conservent cette indépendance diagnostique et thérapeutique. En tant que citoyen je tiens à ce que les médecins se comportent en tant que cadre supérieur responsable au sein de l'institution.

Quant aux missions du médecin de l'hôpital public, la première est bien entendu de soigner les patients qui lui sont confiés, sans discrimination, en prenant soin d'être à jour des connaissances médicales. Il a donc une obligation de formation médicale.

À côté des soins, il a un devoir de compagnonnage vis-à-vis des plus jeunes.

**Nicole Smolski :** Les missions des médecins hospitaliers sont avant tout de soigner, de s'occuper des patients et de faire en sorte que la fonction de soins prime sur tout le reste. Ainsi, un médecin confronté à une absence de moyen se doit de le dénoncer.

Cette mission de soins doit se situer dans l'ensemble du travail dévolu à son équipe et s'articule avec le travail des autres médecins de son équipe, celui des médecins extérieurs à l'équipe et celui de l'équipe non médicale. L'activité médicale est axée sur la réflexion et la prise de décision ne doit pas mettre en péril l'architecture globale des équipes.

Il a également des missions institutionnelles. Mais l'institution lui doit également un certain nombre de choses. Il devrait pouvoir obtenir un profil de poste lui permettant de situer sa mission au sein de l'ensemble des missions de l'hôpital. Malheureusement trop souvent, il existe une carence managériale forte qui fait que le médecin est embauché sur un poste qui n'est pas défini (quelles sont ses missions ? Quelle évaluation de la réalisation de ces missions ?) par les ressources humaines. C'est une vraie lacune, notamment par rapport à la concurrence avec le privé où les médecins connaissent leurs missions et comment les articuler au sein de l'ensemble des missions de la clinique.

Une autre de ses missions est de se former pour pouvoir offrir les meilleurs soins aux patients. Cette activité doit être accompagnée et valorisée par l'établissement. À ce jour, le DPC tel qu'il est conçu ne donne pas les moyens aux médecins de se former dans le cadre d'un projet professionnel.

Le médecin a une mission d'évaluation de ses pratiques qui est plus ou moins bien formalisée au sein des établissements. Le médecin ne devrait pas le vivre comme une sanction mais plus comme un moyen d'avancer. Nous espérons que le futur DPC va permettre de structurer intelligemment cette évaluation.

Une autre des missions des médecins est de savoir comment fonctionne son établissement. Comment sont prises les décisions ? À quel niveau sont-elles prises, par qui et pourquoi ? Si cette mission était menée à bien, cela permettrait très certainement de limiter le comportement trop souvent observé du passif « flingueur » qui consiste à s'opposer aux décisions prises sans avoir été actif dans ces prises de décisions. Cette attitude pourrait être évitée en améliorant l'information et le dialogue des équipes de management médical et des directions vers nos confrères. Nos jeunes collègues arrivent à l'hôpital plein d'énergie et d'aspiration. Or, après 4-5 ans d'exercice, on observe un désintéressement par rapport à l'institution qui s'explique en grande partie par l'absence de communication des ressources humaines aussi bien en ter-

## Quelle représentation du médecin de l'hôpital public pour un usager ?

Pour l'usager que je suis, l'image du médecin hospitalier s'appuie essentiellement sur son expertise et ses compétences dans une spécialité. Cependant, les échanges sont difficiles car ils sont souvent inaccessibles.

Au-delà du diagnostic et du traitement, le médecin spécialiste de l'hôpital devrait avoir une conception plus large de la pathologie et de l'individu, et j'ai observé un manque de relations et de contacts entre les différents services. L'usager a donc le sentiment que le spécialiste hospitalier s'arrête aux aspects relevant de son domaine sans aborder les autres aspects du patient. Cependant, cela ne semble pas être le cas dans la prise en charge des maladies chroniques au cours desquelles le médecin hospitalier est entouré de différentes spécialités paramédicales qui permettent une prise en charge globale du patient (psychologues, kinésithérapeutes...).

*Charles-Henri Cuin*

mes de définition des postes, comme je l'ai déjà évoqué, qu'en termes de communication sur les décisions à prendre.

La mission de l'hôpital public étant d'être présent 24h/24, les médecins ont donc l'obligation de remplir cette mission quels que soient leur spécialité, leur âge... Ainsi, les médecins en choisissant l'hôpital public doivent prendre en compte le fait qu'ils ne peuvent pas se soustraire à cette mission de service public H24. Cependant, il faut arriver à amoindrir la pénibilité engendrée par cette obligation. Cela a notamment été fait par le SNPHAR en obtenant le repos de sécurité. Il reste des choses à obtenir, notamment sur la pénibilité du travail de nuit, de manière à ce que cette mission ne soit pas nuisible pour la santé de chacun.

Comme l'évoquait Gérard Vincent, le médecin de l'hôpital public a également une mission de compagnonnage auprès des jeunes. Cette mission est plus ou moins organisée pour certains (enseignement, ...), mais nous nous devons tous d'encadrer les jeunes en formation en leur donnant envie d'exercer à l'hôpital et d'y rester ! C'est une vraie mission qui n'est ni valorisée, ni modélisée.

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

**Nicole Smolski :** Notre métier n'est pas un métier comme un autre car nous travaillons sur l'humain et continuellement sur « la » décision à prendre. Nous ne devons pas subir les décisions des autres mais devons être moteur dans la prise de décision. Auparavant la décision était plus individuelle et aujourd'hui elle est de plus en plus partagée grâce aux

RCP. Cependant nous restons seuls à l'assumer. Bien que notre métier soit spécifique, nous avons le droit d'être « traité » comme n'importe quel travailleur salarié. On doit trouver un équilibre entre l'engagement sacerdotal et la protection de notre santé au long cours dans notre travail.

Il existe une part d'identité très spécifique aux médecins et au-delà à chaque spécialité. Il y a une part d'héroïsme au travail, d'engagement physique et moral, parfois au prix de l'épuisement.

Les améliorations obtenues en termes de conditions de travail nous amènent à une logique de consommateur par rapport aux conditions de travail. Il y a une trentaine d'années, les postes offerts à l'hôpital n'étaient pas pléthore, ce qui explique en partie que nous avons accepté des conditions qui ne sont plus envisageables pour les jeunes médecins arrivant aujourd'hui dans nos hôpitaux. Depuis nous avons obtenu que les gardes soient rémunérées dès la première garde assurée et incluses dans le temps de travail, comme le sont les astreintes, le repos de sécurité et le non cumul des gardes. Cependant, les offres de postes à l'hôpital risque de diminuer d'ici 5-10 ans si la démographie change comme cela nous a été promis et il est donc nécessaire d'être vigilant pour conserver les acquis obtenus.

Les acquis obtenus ont amélioré nos conditions de travail, et pourtant le travail est de plus en plus pénible ! Les médecins de l'hôpital public travaillent moins, mais pas avec le même plaisir. Nous sommes aujourd'hui dans un univers normé, encadré, avec du personnel soignant paramédical en grande souffrance et voyons disparaître l'autonomie de projet du fait de barrages bureaucratiques et de la lourdeur des institutions.

**Lin Daubech :** Je ne pense pas qu'on puisse parler de galère, car le statut de médecin hospitalier est confortable. Certains appréhendent leur métier comme un sacerdoce, que leur exercice soit public ou privé. Comme ce qui a déjà été dit, pour beaucoup le choix de l'exercice à l'hôpital repose grandement sur la notion de service public. L'investissement personnel est lourd et pour pouvoir rester face au patient, le médecin ne peut le faire que par conviction, sinon il choisira une pratique exclusivement non clinique.

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

**Gérard Vincent :** Vous faites référence aux groupements hospitaliers de territoire (GHT) que j'attends depuis long-

temps. C'est le regroupement au sein d'une même entité juridique de plusieurs hôpitaux autour d'un projet médical commun ou partagé. Cela devrait aboutir à l'optimisation des plateaux techniques avec une gouvernance commune. Le GHT devrait permettre d'harmoniser, et faire progresser, la qualité des soins. Cette dynamique collective devrait tirer le niveau vers le haut.

**Nicole Smolski :** Actuellement, sauf cas particuliers de postes partagés sur une région, un médecin hospitalier se consacre à son établissement. La Loi Touraine promeut les regroupements d'établissements, sans qu'il y ait fusion, sous la forme de groupements hospitaliers de territoire (GHT). Il va donc y avoir un travail au niveau du territoire avec une mutualisation des moyens et des plateaux techniques et une organisation transversale de l'activité médicale. Cela va modifier notre manière de travailler.

Ce projet est intéressant uniquement s'il est accompagné d'une réforme territoriale, à savoir la fermeture des plateaux techniques dans les endroits où il n'y a pas les moyens humains, avec des regroupements de plateaux techniques et une mutualisation de l'ensemble des équipes médicales et paramédicales. En revanche, si tous les plateaux sont conservés et que l'on demande aux médecins de devenir des médecins « volants », on arrivera à une désagrégation des équipes.

Il doit y avoir un vrai projet médical partagé au sein de chaque équipe pour l'organisation au niveau du territoire. L'apparition de « médecins volants » serait catastrophique en termes d'attractivité des carrières.

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

**Nicole Smolski :** C'est primordial car ce dont souffrent les médecins c'est d'être cantonnés à être des faiseurs d'activité et de T2A. De plus le management autour de cette activité n'est dirigé que vers cette rentabilité.

Pouvoir leur redonner un espace de liberté, faire autre chose, prendre le temps de réfléchir est fondamental. De plus, les profils de carrière doivent être différents selon les âges. Tout cela nécessite une réflexion des ressources humaines autour des équipes.

**Gérard Vincent :** Pour les spécialités ayant une forte concurrence avec le secteur libéral, le problème n'est pas uniquement financier. Par exemple, offrir un bon plateau technique aux spécialités, comme la radiologie, est peut être un moyen de garder les médecins à l'hôpital public après leur cursus, s'ils font ce choix par conviction. Quant aux autres

“  
**Nous nous devons tous  
 d'encadrer les jeunes  
 médecins en formation  
 en leur donnant envie  
 d'exercer à l'hôpital et  
 d'y rester !**

NL  
 ”

missions comme l'enseignement, la recherche, le compagnonnage... elles sont inhérentes à la profession.

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

**Nicole Smolski :** Aujourd'hui, on peut définir deux types de médecins par rapport aux structures administratives. Les chefs de pôles nommés par les directeurs pour être leurs seuls interlocuteurs. Le président de la CME, certes élu par la CME, « passe » du côté administratif. Cet état fait souffrir la seconde catégorie de médecins, que sont les faiseurs d'activité, du fait de l'absence de communications envers eux et de l'éloignement de plus en plus prononcé du médecin « de base » des instances de décisions.

Les discussions sur la gouvernance vont aboutir au fait que les chefs de pôles ne seront plus désignés par le directeur, mais désignés par le président de CME. Les services sont renommés dans la Loi et nous sommes toujours en discussion avec le ministère pour que les chefs de service soient nommés puis renommés sur l'évaluation de leur fonction managériale.

**Gérard Vincent :** J'ai toujours pensé que si j'avais été médecin à l'hôpital, je n'aurais pas supporté l'administration !

Après ses études, le médecin n'a pas de culture collective, il n'a pas de formation politique, économique et sociale. Son ouverture à ces différents univers est inférieure à la moyenne car sa formation ne lui ouvre pas l'esprit sur ces différents aspects.

Cependant il ne peut pas y avoir d'hôpital sans gestion, sans administration. L'hôpital est l'entreprise la plus compliquée que je ne connaisse pour laquelle une gouvernance, une gestion et une direction sont indispensables.

Comme je le disais tout à l'heure, le médecin ne peut pas se considérer comme un travailleur indépendant au sein de l'institution.

Un hôpital qui réussit est celui au sein duquel le couple direction/président de CME fonctionne bien et où les deux arrivent à animer une communauté en lui faisant partager les valeurs et les objectifs et une manière de travailler ensemble.

En choisissant l'hôpital public, le médecin hospitalier doit donc accepter cette vie collective et ses règles de fonctionnement.

Quand un hôpital ne fonctionne pas, c'est rarement lié à la qualité des acteurs, mais plus à une mauvaise organisation, une mauvaise entente qui sont à l'origine d'un dysfonctionnement dans la gouvernance et dans la vie collective.

*Propos recueillis par C. Mura*

“  
La dynamique collective liée au GHT devrait faire progresser la qualité des soins.  
”

GV  
”

## AGENDA DU CA

### MARS 2015

- 24 Mars** Réunion DGOS (Circulaire Urgences-SAMU)
- 25 Mars** Conseil d'administration Avenir Hospitalier
- 31 Mars** Mission attractivité (Temps de travail et régimes indemnitaires)

### AVRIL 2015

- 9-10 Avril** Conseil d'administration du SNPHAR-E à Grenoble
- 13 Avril** Réunion DGOS (Circulaire Urgences-SAMU)
- 28 Avril** Avenir Hospitalier reçu à Matignon par le Premier Ministre
- 28 Avril** Mission attractivité (Temps de travail et régimes indemnitaires)
- 30 Avril** Mission attractivité (Régimes indemnitaires et concljusun)

### MAI 2015

- 7-9 Mai** Assemblée générale de la FEMS
- 19 Mai** Réunion DGOS (DPC)
- 22 Mai** Conseil d'administration du SNPHAR-E, Paris
- 27 Mai** Assemblée Générale Avenir Hospitalier et CPH
- 28 Mai** Conseil d'administration commun Avenir Hospitalier et CPH

### JUIN 2015

- 18 Juin** Conseil national professionnel anesthésie-réanimation
- 19 Juin** Conseil d'administration du SNPHAR-E, Paris



# ANNONCES DE RECRUTEMENT



Pour accompagner notre développement, nous recrutons nos 9ème et 10ème anesthésistes



## Etablissement de référence sur le littoral

Bassin d'attraction de 400 000 habitants

500 lits MCO - près de 2400 agents dont 220 médecins  
47 000 passages aux urgences - 11000 interventions  
1250 naissances ( niveau IIB) - service de réanimation adulte / USC  
unité de recherche clinique



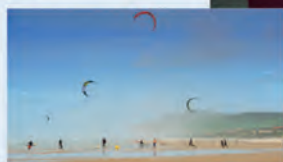
### Un plateau technique performant

bloc opératoire intégré de 14 salles en lumière naturelle,  
2 scanners, 2 IRM, 2 gamma caméras, 1 tepscan  
( un 3ème scanner et 3ème IRM en cours d'installation)

### Un service d'anesthésie

une équipe médicale actuelle de 8 anesthésistes réanimateurs  
une équipe de 24 IADE  
3 échographes polyvalents mobiles dédiés  
toutes spécialités chirurgicales (hors chirurgie cardiaque et neurochirurgie)  
36% de chirurgie ambulatoire  
possibilité d'activité partagée avec la réanimation / USC

et un cadre de vie idéal pour la famille ...



Centre Hospitalier de Boulogne sur mer

Direction des Affaires Médicales - 03 21 99 39 04

mail dam@ch-boulogne.fr

Allée Jacques Monod - 62200 Boulogne sur mer





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

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

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

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

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

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

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

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



**Contacts :**

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

François Guerrier - Directeur des Affaires Médicales  
03 28 28 56 19 - francois.guerrier@ch-dunkerque.fr

NORD-PAS-DE-CALAIS



## Le Centre Hospitalier de Bernay dans l'Eure recrute médecins urgentistes et anesthésistes-réanimateurs

Etablissement doté d'un pôle chirurgical (urgences, chirurgie orthopédique et viscérale, maternité, unité de chirurgie ambulatoire, spécialités chirurgicales), d'un pôle médical (médecine, médecine à orientation cardiologique, SSR, spécialités médicales), d'un pôle médico-technique (imagerie médicale avec scanner, pharmacie, stérilisation, archives, DIM) et d'un pôle gériatrique (filère gériatrique, EHPAD, court séjour gériatrique, prise en charge alzheimer, SSIAD, consultations mémoire).

De nombreux spécialistes interviennent dans l'établissement (gastro-entérologues, ophtalmologistes, chirurgien vasculaire, ORL, ...).

Plusieurs postes d'urgentistes sont à pourvoir au sein des services urgences, SMUR et UHCD (lits portes). Organisation en gardes de 24h. CAMU souhaitée.

2 postes d'anesthésistes sont à pourvoir pour assurer l'activité du bloc opératoire et des services.

Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins obligatoire.

**Localisation :** 50 mn de Rouen - 1 h de Deauville/Honfleur - 1h20 de Paris (train).

**Demande de renseignements et envoi des candidatures à :** Mr Jean-Luc Levrouw - Attaché d'Administration Hospitalière - Centre Hospitalier de Bernay  
Direction des Affaires médicales - BP353 - 27303 Bernay Cedex - Tél. : 02 32 45 63 02 - Mail : jean-luc.levrouw.rh-bernay.fr

HAUTE-NORMANDIE



## Le Centre Hospitalier du Haut Anjou



Centre Hospitalier qui dessert le Sud Mayenne et le Segréen

# RECRUTE ANESTHESISTES

Pour MCO du site de Château-Gontier afin de compléter son équipes de 4 praticiens  
À temps plein ou temps partiel - Inscription au conseil de l'Ordre des Médecins requise

Pour tous renseignements contacter :

Direction des Affaires Médicales - Mme Mathilde GUICHARDIERE - Tél. : 02 43 70 73 42 - 07 60 28 84 71 - affaires\_medicales@ch-hautanjou.fr

Chef de Service Anesthésie-Réanimation - Dr Maryse ROUCHET - Tél. : 02 43 09 33 54 - mrouchet@ch-hautanjou.fr

PAYS DE LA LOIRE



## LE POLE SANTE SARTHE ET LOIR RECRUTE situé à 35 minutes d'Angers et Le Mans - 1h15 de Paris en TGV



### UN MEDECIN ANESTHESISTE-REANIMATEUR TEMPS PLEIN

Le bloc opératoire est composé de cinq salles dont une d'endoscopie.  
Activités de chirurgie orthopédique et viscérale, ORL, gynécologique et obstétrique, pédiatrique pour les enfants de plus de 3 ans.  
Pratique de l'anesthésie générale, anesthésie loco-régionale médullaire et périphérique (échographie utilisée), péridurale (environ 650 accouchements/an).

**CONTACT :**

Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales  
Madame Annie-Laure DESPREZ - Pôle Santé Sarthe-et-Loir  
BP 10129 LE BAILLEUL - 72205 LA FLECHE Cédex  
Tél. : 02 44 71 30 41 - Mail : stouchard@pole-pssl.fr  
Docteur Caroline REHULKA  
Responsable d'Unité Médicale Anesthésie-Réanimation  
Tél. : 02 44 71 33 69 - Mail : crehulka@pole-pssl.fr

27



## Le Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Brest

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



# Recrute des anesthésistes-réanimateurs

Praticiens Contractuels ou Cliniciens Hospitaliers - Inscrit au Tableau de l'Ordre



- Praticiens à temps plein pour renforcer son équipe médicale et chirurgicale.
- Statut de praticien contractuel (4<sup>ème</sup> échelon + 10%) ou assistant.
- Possibilité de recrutement sur le statut attractif de clinicien hospitalier.
- Intégration au sein d'une équipe hospitalo-universitaire pour compléter une équipe de 49 anesthésistes-réanimateurs.
- Recrutement ciblé sur le site de la Cavale Blanche : un bloc opératoire de 19 salles avec activité multidisciplinaire 20 médecins anesthésistes-réanimateurs.
- Un environnement hyperspécialisé.
- Plateau technique complet et moderne présentant les spécialités médicales et chirurgicales.
- Développement de la chirurgie ambulatoire.

*Les postes sont vacants 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 Michel Mazéas de DOUARNENEZ (Finistère), établissement de proximité, situé en bord de mer et à proximité de Quimper (25 km) et de Brest (60 km),

recherche pour son service de médecine urgence

### un praticien hospitalier ou praticien hospitalier contractuel temps plein

#### Caractéristiques des fonctions :

- Organisation de la permanence des soins
- Travail en temps continu :  
activité de jour, gardes nuits, week-ends et jours fériés.  
Horaires de jour : 09h00 - 19h00 • Horaires de nuit : 19h00 - 09h00.
- Modalités particulières d'exercice.  
48h par semaine. Environ 6 gardes de nuit par mois.
- Travail en équipe sur le territoire.
- Filières de prises en charges préétablies avec le centre hospitalier de QUIMPER, centre de référence.  
Équipe SMUR présente sur place.



Contact :  
Dr Myriam ZIRO - Chef de service - Tél. : 02 98 75 15 15  
Dr Anne-Sophie LE BRIS-MICHEL - Chef de pôle  
Tél. 02 98 75 15 85  
M. Francis BRUNEAU - Directeur - Tél. : 02 98 75 10 00



## Recrute MAR suite départ récent à la retraite

### Quelques chiffres :

- 178 lits et places
- Une zone de recrutement de la population de 60 000 habitants
- 67 233 passages aux urgences et consultations externes
- 13 800 entrées dans les structures pour 119 409 journées
- 5 578 actes chirurgicaux
- Coopération permanente avec le CHU de Rennes

Au sein d'une équipe de 7 ETP organisée en temps médical continu (39h/semaine). Selon l'activité, possible prochain passage à 8 ETP.  
Gardes résidentes (présence IADE 24/24 dédié anesthésie).  
USC 4 lits - 3 500 actes opératoires (+15% 2014), chirurgie digestive, orthopédique et traumatologique, ORL, OPH, gynéco. Endoscopie, ECT, Echo ALR, 1 IADE/salles.  
SSPI 6 postes - 600 accouchements/an, 60% APD.  
Possibilité d'activité privilégiée en USC.  
Temps non cliniques fonction de l'investissement.  
Dossier patient informatisé. Coopération avec le CHU de Rennes.

### LA REGION :

#### Région en quatre quarts

C'est un carrefour fluvial au cœur de la Bretagne, situé à 60 km au sud-ouest de Rennes et 60 km au nord-ouest de Nantes. C'est une commune urbaine faisant partie de l'espace urbain de Nantes-Saint Nazaire. Redon est à proximité de l'océan, du Golfe du Morbihan, de la Baule, du Croisic, ainsi que de la forêt de Brocéliande. Redon possède un riche patrimoine historique, des sites naturels proches, des produits artisanaux et du terroir.

### Départ en Ile de France :

REDON est situé à proximité des aéroports de Rennes-Saint-Jacques et de Nantes-Atlantique avec des vols vers les grandes villes françaises et européennes. Avec le TGV Atlantique, Paris-Redon en moins de 3h via Rennes. Lignes directes de Lyon, Toulouse, Bordeaux, via Nantes.

### Éducation à Redon :

La ville de Redon dépend de l'académie de Rennes (Zone A) et dispose de :

- 4 écoles primaires dont 2 privées.
- 1 école maternelle publique.
- 1 école élémentaire publique.
- 3 collèges dont 1 privé.
- 2 instituts spécialisés.
- 4 lycées dont 3 privés.

Pour tout renseignements : Docteur Longeart - pol-louis.longeart@orange.fr

Merci d'envoyer vos candidatures :

DAM - Madame Pierrette Leroy - Tél. : 02 99 71 79 53 - Mail : secretariat.direction.2@ch-redon.fr

Ou par courrier :

Centre Hospitalier de Redon - 8, avenue Etienne Gascon - CS 90262 - 35603 Redon Cedex

## Le CENTRE HOSPITALIER DE GUERET

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



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

C'est aussi un plateau technique composé de : scanner 32 coupes, IRM de dernière génération, 3 salles de radiologie conventionnelle, mammographie numérique, bloc opératoire (4 salles d'opération - 1 salle de réveil). Spécialités présentes : chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale, gynécologie, urologie, ORL, ophtalmologie, odontologie. Le SAU/SAMU/SMUR c'est : 19 432 passages aux urgences - 1 171 sorties SMUR - 33 962 appels SAMU.



## RECHERCHE DEUX MEDECINS URGENTISTES TEMPS PLEIN

Vous rejoindrez une équipe de 9 praticiens. Recrutement sur un statut de praticien hospitalier et contractuel.

Les candidatures sont à adresser à :

Monsieur Le Directeur du Centre Hospitalier - 39, avenue de la Sénatorie - BP 159 - 23 011 GUERET cedex ou [ch.gueret@sil.fr](mailto:ch.gueret@sil.fr)

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



Le centre hospitalier du val d'Ariège

une structure de soins et des professionnels de santé à votre service



Le Centre Hospitalier du Val d'Ariège (CHIVA) situé à 40 minutes de Toulouse

## recrute un médecin anesthésiste réanimateur (h/f)

L'activité des anesthésistes porte sur les domaines suivants : bloc chirurgical, bloc obstétrical, endoscopies digestives, consultations d'anesthésie.

Permanence des soins organisée en garde sur place.

Statut : praticien contractuel ou praticien hospitalier.

Le candidat devra disposer de compétences en anesthésie obstétricale et en anesthésie loco régionale écho guidée.

La candidature + CV + lettre de motivation et toutes pièces justificatives doivent être adressés à :

Centre hospitalier du val d'Ariège - Direction des ressources humaines - BP 90064 - 09017 FOIX Cedex

Email : [nathalie.sanmartin@chi-val-ariège.fr](mailto:nathalie.sanmartin@chi-val-ariège.fr) - Tél. : 05 61 03 30 50



## Recrute un praticien anesthésiste temps plein contractuel ou statut de clinicien

Pour renforcer une équipe de 6 praticiens intervenant pour une maternité de niveau 2B, un service de chirurgie ambulatoire de 16 lits, un service de chirurgie orthopédique, de chirurgie viscérale, urologie, ophtalmologie, ORL et stomatologie. L'activité annuelle est de 11000 actes.

L'hôpital : 752 lits au total, 410 sur site, construction récente (2006), dispose d'un SAMU avec hélicoptère, d'un service de réanimation, d'un service de cancérologie et de radiothérapie de référence, d'un plateau technique complet, d'un équipement de télémédecine...

L'environnement : magnifique région, paysages variés (Aubrac, Causses, Gorges du Tarn), idéal pour vie saine, sports de plein air...

Préfecture de l'Aveyron, dotée d'infrastructures sportives et éducatives de qualité.

Situé à 1h de Paris et Londres en avion (aéroport) et à 1h45 de Toulouse, 2h de Montpellier, 4h des Pyrénées en voiture.

Merci d'adresser vos candidatures à : Centre Hospitalier de Rodez - Service des Affaires Médicales Madame Bourguine - Tél. : 05 65 55 27 20 - Fax : 05 65 55 27 19 - Mail : [damq@ch-rodez.fr](mailto:damq@ch-rodez.fr)







## Le Centre Hospitalier de Mâcon (71)

1<sup>er</sup> Établissement général de Bourgogne - Hôpital Pivot du Sud de la Saône-et-Loire

### RECHERCHE 2 ANESTHESISTES TEMPS PLEIN OU TEMPS PARTIEL



L'établissement comprend 550 lits de court séjour.

Le plateau technique se compose d'un bloc opératoire central moderne (7 salles d'intervention avec une activité de 6 500 actes d'anesthésie dont plus de 1 500 ALR sous échographie) maternité de niveau II avec 1 700 naissances en 2014, taux de péridurale de 79 % en 2014, 11 % de césarienne en 2014.

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

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

Pour tous renseignements vous pouvez contacter :

Docteur Francis MAIGROT

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

Les candidatures avec CV sont à adresser à :

Jean Paul TASSO - Directeur des ressources humaines - Docteur DE VARAX (Président de la CME) - Boulevard Louis Escande 71018 MACON Cedex  
Direction des affaires médicales - Tél. : 03 85 27 50 55 ou 50 57 - [embarbet@ch-macon.fr](mailto:embarbet@ch-macon.fr)

## LE CHU DE BORDEAUX,

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

**Recrute**  
**4 médecins**  
**anesthésistes-réanimateurs**  
**temps plein**

Pour différents secteurs d'activité

Contact :

Pr Francois SZTARK

Chef du pôle d'anesthésie-réanimation

[francois.sztark@chu-bordeaux.fr](mailto:francois.sztark@chu-bordeaux.fr)

+33 556 795 514



C·H·U  
Hôpitaux de Bordeaux



Centre hospitalier de Périgueux

Le Centre Hospitalier de Périgueux (24), hôpital de référence du département de la Dordogne, à 1h20 de Bordeaux, situé dans un cadre agréable, doté d'un projet médical dynamique, 517 lits de MCO, 9 000 actes chirurgicaux. Maternité de niveau 2B, 1 800 accouchements. Plateau technique neuf : 12 salles d'intervention

Recrute pour renforcer son équipe médicale

**Deux médecins anesthésistes à temps plein ou temps partiel**

Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins Requisite. Organisation en temps continu (horaire). Temps additionnel rémunéré. Repos de garde systématique.

**Deux médecins urgentistes (Urgences/Samu-Smur) à temps plein ou temps partiel**

Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins Requisite. CAMU ou inscription CAMU requise. Organisation en temps continu (12H). Temps additionnel rémunéré. Pour rejoindre une équipe de 25 médecins.

Contact :  
[da.am@ch-perigueux.fr](mailto:da.am@ch-perigueux.fr)  
Tél. : 05 53 45 25 58



## POLE DE SANTE DU VILLENEUVOIS



Le Pôle de Santé du Villeneuvois (PSV), structure hospitalière neuve réunissant sur le même site le centre hospitalier et la clinique, est situé à 30 km d'Agen et à 1h30 des villes de Bordeaux et de Toulouse. Il répond aux besoins d'un bassin de population de près de 100 000 habitants (vallée du Lot, haut Villeneuvois et Fumel).

Il est doté d'une capacité de 354 lits et places dont 264 en MCO (nombreuses spécialités médicales et chirurgicales), 44 lits de SSR, 41 lits d'USLD, regroupant notamment un service d'urgences, une unité de surveillance continue, des unités d'hospitalisation de semaine, d'hospitalisation de jour et de chirurgie ambulatoire, ainsi qu'une maternité. Il offre, par ailleurs, des plateaux de consultations, de rééducation et un plateau technique complet : scanner, IRM, radiographie conventionnelle, échographie, endoscopie...

Le Pôle de Santé du Villeneuvois recrute h/f

## 2 ANESTHÉSISTES RÉANIMATEURS

afin d'intégrer l'équipe d'anesthésie-réanimation composée de 3 praticiens, complétée de 3 médecins anesthésistes libéraux.

Le praticien participe aux astreintes du service. Le secteur comprend une unité de surveillance continue de 12 lits, un bloc opératoire de 7 salles, ainsi qu'un bloc obstétrical avec 3 salles de naissance.

Contactez :

Docteur Mustapha BOUDER, Chef de Service : 05.53.72.25.33

Mme Anne-Laure NAVARRE, Affaires Médicales : 05.53.72.23.44  
anne-laure.navarre@poledesanteduvilleneuvois.fr

[www.poledesanteduvilleneuvois.fr](http://www.poledesanteduvilleneuvois.fr)

AKIAL




# HOPITAUX DU PAYS DU MONT-BLANC

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

## MEDECIN ANESTHESISTE

Possibilité contrat clinicien Temps plein ou temps partiel

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

**Candidature à envoyer :**  
Madame DELRIO-COLLIN - Responsable des affaires médicales  
380 Rue de l'Hôpital - 74700 SALLANCHES  
04 50 47 30 77 (touche 1) - affairesmedicales@ch-sallanches-chamonix.fr



Poste à pourvoir dès que possible

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

L'équipe d'anesthésie est composée de 21 ETP de médecins et de 4 internes.

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

**Candidature à envoyer à la direction des affaires médicales : dam@ch-metropole-savoie.fr**  
Contact : Romain PERCOT directeur des affaires médicales et générales  
Renseignements : Docteur Christian GARMAGNAC - Chef de service





## Accès au centre hospitalier et aux différents secteurs



- ➔ **Accès principal des usagers :**  
Faubourg d'Aunis en direction de La Rochelle.  
Un parking gratuit est à votre disposition.
- ➔ **ACCÈS AUX SERVICES DE RESTAURATION ET AMBULATOIRES :**  
Avenue du port
- ➔ **ACCÈS AUX URGENCES :**  
Rue Comporté

**Pour tout renseignement, contacter :**  
Mme DA SILVA BIGOT Amélia  
Directrice des Affaires médicales  
Tél. : 05 46 95 12 55  
Mail : a.da-silva-bigot@ch-angely.fr

## Recrute un médecin anesthésiste-réanimateur

Le centre hospitalier de Saint-Jean-d'Angély, en direction commune avec le centre hospitalier de Saintonge et situé au cœur de la Charente Maritime (30 min du bord de mer, 45 min de La Rochelle et 1h15 de Bordeaux), **recrute un praticien hospitalier temps plein pour son service d'anesthésiologie.**

L'établissement compte 388 lits et possède une maternité de niveau 1 (environ 400 accouchements par an dont 75% avec péridurale), un plateau technique rénové, un service d'imagerie et de biologie médicale et une unité de surveillance continue polyvalente de 4 lits.

Vous rejoindrez une équipe de 3 praticiens (dont un prochain départ à la retraite). Les activités de service d'anesthésie sont variées, avec une majorité de bariatrique. Vous assurerez des astreintes à domicile.



Le Centre Hospitalier de Manosque, dans les Alpes de Haute-Provence (04)

## recrute un PH anesthésiste-réanimateur

pour compléter une équipe de 6 praticiens. Poste disponible.

Hôpital neuf (4 ans) de 200 lits MCO avec unité de soins continus (8 lits), 900 accouchements/an, 6 salles de blocs, chirurgie viscérale (carcinologie), orthopédique, urologique, gynéco-obstétrique, spécialités et endoscopies.

Plateau technique complet (TDM, IRM). Gardes sur place.

Situation idéale entre mer et montagne. 45 minutes d'Aix-Marseille. très belle région. Liaisons autoroutières, TGV et aéroport à proximité.

### Pour toute information :

Dr Stéphane SAUVAT - Responsable de pôle - 04 92 73 43 79 ou 06 71 10 33 48

### Les candidatures avec CV sont à adressées à :

Rosalie LETELLIER - Directrice des ressources humaines - 04 90 73 42 10 - letellier.r@ch-manosque.fr

## Le CHU Félix Guyon (Réunion, Saint-Denis)



## Cherche deux assistants (deux ans), ou deux praticiens hospitaliers temps plein

Anesthésie adulte ou pédiatrique : (activités de bloc opératoire : 12 000 anesthésies/an, 11 salles d'opération), pour étoffer une équipe complète de 21 MAR, maternité (2 500 accouchements/an), surveillances continues post opératoire (6 lits), ambulatoire (15 lits).

Pour tous renseignements et candidature s'adresser auprès de son chef de service, Docteur Gilles BOULESTEIX  
gilles.boulesteix@chu-reunion.fr

## Le Groupe Hospitalier Est Réunion (GHER)

Situé dans l'Est de l'île, et bénéficiant d'une implantation récente dans des locaux modernes équipés des dernières technologies, le GHER recrute

### 1 ANESTHESISTE A TEMPS PLEIN (PH OU CONTRACTUEL)

Poste à pourvoir immédiatement - Rémunération très attractive (majoration DOM de 40%)

Prise en charge du billet d'avion

LE SERVICE D'ANESTHESIE FAIT PARTIE DU POLE URGENCES SOINS CRITIQUES DU GHER ET TRAVAILLE EN LIEN ETROIT AVEC LE POLE CHIRURGIE COMPOSE DE :

- 24 LITS EN CHIRURGIE ORTHOPEDIE - TRAUMATOLOGIE
- 24 LITS EN CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
- 16 LITS EN CHIRURGIE AMBULATOIRE

Pour tout renseignement, merci de contacter la Direction des Affaires Médicales du GHER par mail : affaires.medicales@gher.fr à l'attention de Mme Sabrina WADEL



PLUS D'INFOS SUR LE SITE  
[WWW.GHER-REUNION.FR](http://WWW.GHER-REUNION.FR)

