

#76

PHARE

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

EDITORIAL : GRÈVE DU 26 SEPTEMBRE
ET LA SUITE...

DOSSIER
ORGANISATION DE SON
TEMPS DE TRAVAIL

Les enjeux de la négociation pour appliquer
la circulaire « Urgences »

Dr Yves REBUFAT - Président
CHU de Nantes - Hôpital Laënnec - Nantes
yves.rebufat@snphar.fr

Collège National Professionnel Anesthésie-Réanimation - Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) - Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation)
Site web www.snphar.com

Ligne Directe : 02 40 16 51 47
Portable : 06 86 87 62 76

Dr Grégory WOOD - Secrétaire général
CHU Rouen
gregory.wood@chu-rouen.fr

Veille Syndicale - Relation avec les adhérents
Site web - Revue PHARE

Standard : 02 32 88 89 90
Fax : 02 32 88 87 86

Dr Patrick DASSIER - Trésorier
Hopital européen Georges Pompidou - Paris
patrick.dassier@snphar.fr

Contentieux
Retraites

Ligne Directe : 01 56 09 23 16
Portable : 06 03 69 16 63

Dr Claude WETZEL - Trésodier adjoint
Praticien Honoraire CHU de Strasbourg
claude.wetzel@mac.com

Chargé de mission aux affaires européennes
Praticien Honoraire CHU de Strasbourg
Past-Président de la FEMS

Portable : 06 60 55 56 16

Dr Veronique AGAESSE - Secrétaire générale adjointe
Nouveau CHU Amiens
veronique.agaesse@snphar.fr

Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation)
FMC-DPC -
Veille Syndicale

Standard : 03 22 82 40 00
DECT 36002
Portable : 06 33 63 20 62

Dr Anouar BEN HELLAL - Secrétaire général adjoint
Hôpital André Mignot - SAMU - Versailles
anouarbenhellal@free.fr

Veille Syndicale - Relation avec les adhérents
Revue PHARE

Standard : 01 39 63 88 39
Ligne directe : 01 30 84 96 00
Fax : 01 39 63 86 88

Dr Jullien CROZON - Secrétaire général adjoint
Groupement Hospitalier Edouard Herriot
jullien.crozon-clauzel@chu-lyon.fr

Veille Syndicale - Relation avec les adhérents
Revue PHARE

Ligne Directe : 04 72 11 09 85
Ligne service : 04 72 11 02 11
Portable : 06 86 72 32 24

Dr Raphael BRIOT - Administrateur
CHU - SAMU 38 - Grenoble
raphael.briot@snphar.fr

Retraites - Urgences
Représentation des médecins non-anesthésistes
Relation avec les Universitaires - Délégation SNPHAR-E Avenir Hospitalier

Ligne Directe : 04 76 63 42 86
Portable : 06 81 92 31 42
Fax : 04 76 44 77 40

Dr Max Andre DOPPIA - Administrateur
CHU Côte de Nacre - Caen
president@avenir-hospitalier.fr

Président de l'intersyndicale Avenir Hospitalier - Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) - Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) - Observatoire Souffrance au Travail - Secrétaire Général Adjoint du CFAR - Commission SMART

Standard : 02 31 06 31 06
Fax : 02 31 06 47 70
Portable : 06 83 37 62 64

Michel DRU - Administrateur
Centre Hospitalier H. Mondor - SAMU 94- Créteil
michel.dru@snphar.fr

Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation)
Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation)
Région parisienne - Urgences

Ligne Directe : 01 45 17 95 10
Fax : 01 49 81 21 99
Portable : 06 73 98 08 52

Dr Jean Luc GAILLARD-REGNAULT - Administrateur
Hôpital Jean Verdier - Bondy
jean-luc.gaillard@snphar.fr

Relations avec le Conseil de l'Ordre des Médecins
Relations avec les délégués
Restructurations hospitalières

Ligne Directe : 01 48 02 66 93
Portable : 06 71 14 74 72

Dr Jean GARRIC - Administrateur
Hôpital Central - Nancy
jean.garric@snphar.fr

Textes officiels - Retraites
Administrateur CNG - Délégué SNPHAR-E Avenir Hospitalier
FAQ - Conseil supérieur des hôpitaux

Ligne Directe : 03 83 85 20 08
Fax : 03 83 85 26 15
Portable : 06 07 11 50 13

Dr Louise GOUYET - Administrateur
Groupe Hospitalier Pellegrin - Bordeaux
louise.gouyet@snphar.fr

Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation)
PH temps partiel
Qualité et organisation du bloc

Standard : 05 56 79 56 79
Fax : 05 56 79 55 93
Portable : 06 11 94 77 20

Dr Laurent HEYER - Administrateur
Agence de Biomédecine - Saint-Denis
laurent.heyer@gmail.com

Rédacteur en chef de la revue PHAR-E - Collège National Professionnel Anesthésie-Réanimation - Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) - Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation)

Portable : 06 31 18 57 61

Dr Renaud PÉQUIGNOT - Administrateur
Hôpitaux de Saint-Maurice - Gériatrie
renaud.pequignot@snphar.fr

Veille Syndicale
Relation avec les adhérents

Ligne directe : 01 43 96 63 01
Fax : 01 43 96 61 83
Portable : 06 85 28 02 11

Dr Didier REA - Administrateur
Hôpital de la Source - Orléans
didier.rea@snphar.fr

Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation)
Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation)
Groupe Communication - FEMS

Ligne Directe : 02 38 22 96 08
Fax : 02 38 51 49 50
Portable : 06 75 02 32 23

Dr Nicole SMOLSKI - Administrateur
Hopital de la croix rousse - Lyon
nicole.smolski@gmail.com

Présidente d'Action-Praticiens-Hôpital - Déléguée générale de l'intersyndicale Avenir Hospitalier - Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation)
Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation)

Ligne Directe : 04 26 10 93 67
Portable : 06 88 07 33 14

POINT DE VUE

Négociations ? Pour s'asseoir à la table : mais pas sur le droit européen ni sur notre statut !5

DOSSIER ORGANISATION DE SON TEMPS DE TRAVAIL

Être maître de l'organisation de son temps de travail. Construire ensemble son travail et sa modalité de décompte6

Comment calculer la taille de son équipe médicale ? Notion d'effectif cible8

Pour des valences ou 20 % de son temps de travail non clinique ?11

WARNING

Les enjeux de la négociation pour appliquer la circulaire : lorsque la négociation locale d'un cadre national crée la concurrence entre les établissements...12

AGENDA.....13

DOSSIER : GROUPEMENTS HOSPITALIERS TERRITORIAUX (GHT)

GHT : une grande idée gâchée par l'inertie gouvernementale14

Le GHT : une question de territoire15

GHT et DPC 2.0 – place à la créativité !18

Le GHT en pratique20

FICHE PRATIQUE

Ce qu'il faut savoir sur la mutation !22

PETITES ANNONCES 23

GRÈVE DU 26 SEPTEMBRE : VOUS AVEZ ÉTÉ AU RENDEZ-VOUS ! À NOUS DE NÉGOCIER

Les praticiens hospitaliers ont bien été au rendez-vous du 26 septembre, bravo à tous ceux qui se sont mobilisés ce jour là. Par la grève, ils ont manifesté leur mécontentement et exaspération devant la dégradation de l'hôpital public et la situation des praticiens hospitaliers. Il fallait le dire haut et fort, c'est ce qui a été fait !

Si le nombre de grévistes a été largement minimisé par le ministère de la santé, le mouvement a été un franc succès avec une mobilisation exceptionnelle dans certains hôpitaux ou spécialités. Le relai médiatique a lui aussi été excellent, le problème du temps de travail et des effectifs médicaux hospitaliers n'a échappé à personne.

De nombreuses spécialités sont confrontées aux problèmes de recrutement, de démissions, d'intérim, d'augmentation d'activité, de diminution de budget, de réduction de personnels (qui constituent, avec nous, l'équipe multidisciplinaire qui assure au quotidien les prises en charge modernes des patients), d'engorgement et bien sûr d'étouffement par des tâches administratives de plus en plus nombreuses et chronophages. Pour nous, il était urgent de manifester notre colère. Après plus de deux ans de discussions et de réunions, toujours pas la moindre mesure d'attractivité digne de ce nom. Les internes qui termineront leur cursus fin octobre ne connaissent toujours pas la sauce à laquelle ils seront mangés s'ils décident de rester à l'hôpital public. Pourquoi resteraient-ils, étant donné qu'on ne leur propose rien de nouveau ?

En anesthésie-réanimation, la concurrence des cliniques est très rude et leur capacité à s'adapter aux demandes de la nouvelle génération de médecins anesthésistes est sans commune mesure avec celle de l'hôpital public, dont la réglementation est si tortueuse et si facile à contourner. Quand en plus, ça permet quelques économies au passage, pourquoi s'en priver !

Nous avons obtenu par ce mouvement un certain nombre d'avancées. Enfin les mesures sur l'attractivité des carrières médicales hospitalières ont été annoncées. Cela devenait urgent, après 2 ans de discussions. Elles visent principalement à recruter de jeunes praticiens hospitaliers dans les territoires ou les spécialités en tension.

Pour les autres, peu de chose si ce n'est l'augmentation de l'indemnité de service public exclusif après 15 ans de

contrat, un ersatz de 14^e échelon. Gageons que ces mesures seront au Journal Officiel au moment de la parution de cette revue, sinon l'hôpital public aura raté son tour de recrutement 2016 et nous, PH, repartirons pour une nouvelle année avec la certitude qu'elle sera encore plus dure que l'année précédente. Motivant !

Autre point qui nous semble d'importance, la Ministre s'est engagée sur l'ouverture d'une nouvelle séquence de travail centrée sur l'organisation et la gestion du temps de travail qui comprendra trois thèmes :

- la diversification des missions confiées aux praticiens et la reconnaissance des valences non cliniques,
- l'impact des sujétions liées à la permanence des soins,
- les modalités de mise en place d'un décompte horaire.

« Enfin, je veux responsabiliser les managers et les instances de l'établissement dans le suivi du temps de travail. L'objectif est de garantir le respect des 48 heures hebdomadaires. C'est non seulement une exigence de la Commission européenne, mais aussi du Conseil d'Etat qui nous oblige à publier un décret ».

« Cette séquence fera l'objet d'un « protocole d'accord de méthode » co-signé dans les 15 prochains jours ».

(Marisol Touraine, 4 octobre 2016)

Voilà ce qui nous a été dit le 4 octobre. Nous attendons aujourd'hui ce fameux protocole et serons extrêmement vigilants sur son contenu et son calendrier. Le respect de la directive européenne est essentielle pour les praticiens hospitaliers, car c'est le seul rempart opposable aux dérives productivistes qui piétinent le droit, à chaque médecin de maîtriser son

temps de travail et un juste équilibre entre sa vie privée et sa vie professionnelle. C'est aussi une réponse aux demandes de la nouvelle génération de médecins déterminée à défendre ses droits et qui n'acceptera pas les mêmes contraintes que les générations précédentes.

Il va beaucoup être question de politique cette année puisque nous arrivons déjà en période préélectorale. Après plus de 20 ans de sinistrose sanitaire et de maltraitance hospitalière, les déclarations des différents potentiels candidats n'ont rien pour nous rassurer. Comme tous les Français, nous avons bien compris que les politiques avaient laissé leur pouvoir aux technocrates de leurs cabinets. Ces derniers ont la constance de ne jamais se frotter au monde réel et l'avantage de pouvoir régulièrement changer de poste après leur passage dans les cabinets ministériels. Le recyclage fonctionne même si l'échec est patent !

Un récent sondage réalisé par la FHF montre que près de 80 % des français ont une bonne image de l'hôpital public et 83 % pensent aussi que l'hôpital public est en danger et que les moyens qu'on lui accorde sont insuffisants. Soixante cinq pour cent des français déclarent que les propositions des candidats à la présidence de la République en matière de santé influenceront leur vote. Cela sera-t-il suffisant pour infléchir les discours actuels qui nous proposent un avenir sombre et pluvieux ?

Vous l'avez compris, le travail syndical est sans fin. Préserver les acquis et en obtenir d'autres, conserver les équilibres sans remettre en cause l'évolution « normale » de l'hôpital public et de la société en général. Défendre ce bel objet social qu'est l'hôpital public et faire respecter les valeurs de ceux qui ont choisi d'y travailler. Voilà ce qui nous anime et ce qui nous engage.

Yves Rébufat, Président du SNPHAR-E



Négociations ?

Pour s'asseoir à la table : mais pas sur le droit européen ni sur notre statut !

Le plan attractivité des carrières médicales a été - enfin ! - précisé le 4 octobre dernier. Objet de nombreuses réunions à la DGOS depuis un an, ce plan ne répond pas à toutes les attentes et il s'en faut de beaucoup. Nous attendions plus de contenu, pour plus d'efficacité et plus de justice... Le combat syndical est fait d'étapes successives. Celle-ci en est une mais personne n'est naïf... Alors, disons-le tout net, la dernière étape : c'est maintenant !

Votre mobilisation du 26 septembre a permis l'annonce de ses mesures par la ministre (cf encadré). Une nouvelle phase de négociations va s'ouvrir, qui n'était, initialement, pas prévue. Là est d'abord votre victoire ! Quand vous lirez ces lignes, les présidents des 5 intersyndicales de praticiens hospitaliers auront signé **un protocole d'accord de méthode** avec Marisol Touraine. Cette signature n'allait pas de soi, mais elle était la condition *sine qua non* pour être invités à s'asseoir à la table pour vous représenter. Par cet accord cadre « **relatif à la deuxième phase de déclinaison des mesures destinées à renforcer l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital** » (sic), nous ferons tout notre possible pour déboucher sur la principale mesure attractive : qu'on ne se moque plus de nous ! Il faudra veiller à étendre les dispositions de ce plan en phase 2. Heureusement, il reste deux principes fondamentaux du Droit : sa non-rétroactivité et la non-sélectivité à son bénéfice protecteur ou sanctionnant. Il nous faudra ainsi trouver les conditions et les modalités de l'application pleine de la

Directive Européenne Temps de Travail (DETT/2003/88/CE). Nous contesterons par toutes les voies possibles, y compris en recourant à nouveau à votre soutien direct, toute dérive qui, *de facto*, empêcherait les praticiens hospitaliers (ou ceux qui souhaiteraient maintenant le devenir), d'être préservés dans leurs intérêts légitimes. Les Intersyndicales sont d'accord sur ce point et l'ont chacune rappelé à la Ministre que nous avons rencontrée le 4 octobre : l'arithmétique est têtue ! 24 heures ne peuvent pas faire moins que 5 plages, quelle que soit la façon de le dire ou les compter. C'est donc bien ainsi qu'il vous faut comprendre la Ministre qui, en s'exprimant très clairement le 4 octobre, n'impose pas d'autre choix que celui de respecter la Loi et notre statut (éditorial page 4). Il appartient donc à chacun de s'en prévaloir et d'apporter sa pierre à l'édifice social dont les praticiens ont besoin pour venir à l'hôpital ou ... pour y rester.

M-A Doppia

Président d'Avenir Hospitalier Intersyndicale du SNPHAR-E

LES ANNONCES DE LA MINISTRE

1. **création d'une prime d'engagement**, pour inciter les jeunes diplômés à faire le choix d'une carrière médicale hospitalière. Cette mesure incitative est ciblée pour des spécialités ayant un taux important de postes vacants au niveau national ou dans certains territoires. (actuellement, ne relèveront de cette prime que les anesthésistes réanimateurs et les radiologues) En contrepartie, le praticien s'engage à passer le concours de praticien hospitalier et à rester, une fois titularisé, au moins trois ans sur ce poste. Trois niveaux de primes seront attribués : de 10 000 à 30 000 euros selon le besoin identifié (spécialité ou territoire en tension). Les premières conventions d'engagement pour les jeunes diplômés pourront être signées dès cette année.
2. **amélioration des droits sociaux**, pour que les jeunes contractuels bénéficient de la même couverture sociale que les praticiens hospitaliers (maintien de 100 % de la rémunération pendant les congés maternité, harmonisation de la durée de couverture sociale et du niveau de rémunération en cas d'arrêt maladie) ; amélioration des droits d'exercice, pour permettre aux jeunes médecins en **période probatoire** de travailler à temps partiel ;
3. **création d'une prime d'exercice territorial**, pour valoriser le temps d'exercice médical lorsqu'il est partagé entre plusieurs établissements, selon le projet médical de chaque GHT. Quatre niveaux de prime seront attribués (entre 250 euros et 1 000 euros brut par mois), en fonction du nombre de demi-journées consacrées à ces activités partagées ;
4. **prise en compte du temps de travail des praticiens qui réalisent des activités de soins programmées en 1ère partie de soirée** ;
5. **création d'un deuxième palier de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE)** pour valoriser l'engagement durable des praticiens à l'hôpital, sans exercice libéral. Ce nouveau palier, dont le montant s'élève à 700 euros, sera attribué aux praticiens réalisant un service public exclusif depuis au moins 15 ans.

Être maître de l'organisation de son temps de travail

Construire ensemble son travail et sa modalité de décompte

L'équilibre vie privée/vie professionnelle est en constante évolution dans notre société. Ce mouvement touche également le monde médical hospitalier. L'organisation de notre temps de travail et son décompte deviennent donc une préoccupation majeure pour de nombreux praticiens hospitaliers. Pour en rester maître, il faut réfléchir dans chaque équipe à la construction de ce temps de travail et à son décompte. Pour aider les praticiens dans leur choix, nous allons rappeler les règles qui régissent le statut de praticien hospitalier pour le décompte du temps de travail et nous comparerons les deux modalités de décompte actuelles.

RÈGLES DE DÉCOMPTE DU TEMPS DE TRAVAIL

Les praticiens hospitaliers sont soumis au code de la santé publique et les règles de décompte du temps de travail sont fixées par l'article R.6152-27 : « Le service hebdomadaire (pour un praticien hospitalier temps plein) est fixé à dix demi-journées, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Lorsqu'il est effectué la nuit, celle-ci est comptée pour deux demi-journées. Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire du praticien est, par dérogation au premier alinéa, calculée en heures, en moyenne sur une période de quatre mois, et ne peut dépasser quarante-huit heures ».

Cet article est repris et précisé dans la circulaire DHOS/M2/2003 n°219 du 6 mai 2003 : « Un praticien à temps plein est réputé avoir accompli ses obligations de service s'il a réalisé dix demi-journées, inscrites au tableau de service comme dix demi-périodes, de jour ou de nuit, sans considération du nombre d'heures effectivement réalisé. Par dérogation à cette règle générale, les obligations de service des praticiens affectés dans des structures organisées en temps médical continu sont décomptées en heures.

Le praticien est réputé avoir accompli ses obligations de service dès lors qu'il a effectué, dans la limite de 48 heures, la durée de travail prévue au tableau de service mensuel nominatif. »

Cette circulaire précise également les services pouvant être en temps continu : « Par dérogation, le service quotidien de jour et la permanence sur place peuvent être organisés en temps médical continu. Dans ce cas, cette organisation peut être mise en place pour les activités suivantes (liste limitative) :

- anesthésie-réanimation ;
- accueil et traitement des urgences (SAMU, SMUR, SAU, UPATOU, POSU, service porte, urgences médico-judiciaires, etc.) ;
- réanimation ;
- néonatalogie et réanimation néonatale ;
- gynécologie-obstétrique (plus de 2 000 accouchements par an), lorsque l'intensité et la nature de l'activité sont globalement identiques le jour, la nuit, tous les jours de l'année et lorsque les effectifs de la structure le permettent.

L'article 2 de l'arrêté du 30 avril 2003 définit les modalités pratiques pour le passage en temps continu : « à l'initiative du responsable médical de la structure et après avis des praticiens concernés, la commission médicale d'établissement peut proposer au directeur, après avis de la commission de l'organisation de la permanence des soins, et pour une durée d'un an renouvelable après évaluation des activités concernées, une organisation en temps médical continu ».

Le décompte du temps de travail se fait donc par défaut en demi-journée et par dérogation en heures ; les praticiens ne donnant que leur avis sur cette dérogation.

COMPARAISON DES DEUX MODALITÉS DE DÉCOMPTE

■ Modalité de décompte en heures :

- Permet que l'ensemble des heures travaillées soit

comptabilisé, ainsi l'ensemble du temps de garde est pris en compte.

- Protège contre le dépassement du temps de travail, en particulier pour les spécialités à fortes sujétions (permanence des soins, plateaux techniques).
- Absence de flexibilité et perte d'autonomie dans le travail.
- Borne haute de 48h retenue, risque d'être « gravée dans le marbre ».
- Nécessité de sanctuariser du temps «non posté » et/ou « non clinique ».

■ Modalité de décompte en demi-journée :

- Permet d'avoir une autonomie et une flexibilité de son emploi du temps.
- Découple le travail de son coût horaire.
- Permet l'organisation d'un temps «non posté » et/ou « non clinique ».
- La durée de la demi-journée n'étant pas légalement fixée, il n'y a donc pas de borne haute prévenant le risque de journée à rallonge, ni de borne basse non plus.
- Ne protège pas contre l'intensification du travail gouvernée par la production d'actes (extension de l'ouverture des plateaux techniques).
- Dévalorise le travail de nuit, temps de garde non

intégralement compté : 24 heures de garde comptés comme 4 demi-journées au lieu de 5.

CONSTRUIRE ENSEMBLE SON TRAVAIL

À l'exception des spécialités travaillant sur des plateaux techniques ou ayant une forte participation à la permanence des soins, le corps médical reste plutôt attaché au décompte du temps de travail en demi-journée. Cela montre la volonté de nombreux médecins de disposer d'autonomie dans la gestion de son temps de travail personnel.

Cependant, à l'heure de l'intensification du travail et du « productivisme » médical, la part d'autonomie devient de plus en plus réduite. La modalité du décompte du temps de travail devrait donc être laissée à l'appréciation de chaque praticien hospitalier ou de chaque équipe hospitalière en fonction de leur mode de travail et en fonction des avantages et des inconvénients des deux modalités de décompte.

Au final, quelle que soit la modalité de décompte, il faudra sanctuariser du temps de travail « non-posté » et/ou « non clinique » gage de l'attractivité des carrières hospitalières.

Jullien Crozon - Secrétaire général adjoint du SNPHAR-E



Comment calculer la taille de son équipe médicale ?

Notion d'effectif cible.

Nous sommes régulièrement saisis de questions concernant le temps de travail des praticiens hospitaliers et sur la manière d'évaluer l'effectif médical d'une équipe, en particulier si celle-ci est soumise à la permanence des soins.

Vous trouverez dans cet article, les principales méthodes de calcul de l'effectif cible qui peuvent être utilisées. Attention, il s'agit bien de calcul d'effectif et pas d'une règle s'appliquant individuellement aux praticiens.

La réglementation prévoit que le décompte du temps de travail pour les praticiens hospitaliers se fasse avec une unité de compte appelée « demi-journée » dont la durée n'est pas définie. Par dérogation, le temps de travail peut être décompté en heures pour certaines spécialités (médecine d'urgence, anesthésie-réanimation et gynéco-obstétrique). Le temps de travail statutaire est de 10 demi-journées hebdomadaires (ce sont les obligations de service). La garde compte pour 2 demi-journées (sic !). La demi-journée n'a donc pas de durée définie (**premier problème**). Aucun texte ne prévoit la durée légale du temps de travail hebdomadaire d'un PH (**deuxième problème**). Le code du travail ne s'applique pas, nous ne sommes donc pas aux 35 heures. Nous avons 20 jours de RTT mais nous ne sommes pas non plus aux 39 heures (**troisième problème**).

Notre statut ressemble beaucoup par certains aspects au forfait des cadres. Le seul texte qui fixe une limite supérieure à notre temps de travail est la directive européenne sur le temps de travail (2003/88/CE). Cette limite maximale est de 48h hebdomadaires effectuées en moyenne sur une période de 4 mois. Cette limite s'applique même si le temps est compté en demi-journées. D'où l'intérêt de le compter aussi en heures.

C'est bien une borne maximale et il est donc totalement inacceptable que certaines directions hospitalières la prennent pour faire des calculs d'effectif. On notera au passage que le temps de travail moyens des cadres dans notre beau pays est de 44 heures hebdomadaires (avec 5 semaines de congés et souvent 4 de RTT).

CALCUL D'EFFECTIF EN DEMI-JOURNÉES

Combien de jours de travail sont réalisables par un PH sur une année :

1 an = 365 jours

On retire les week end, 52 samedis, 52 dimanches.
365-104 = 261.

On retire 9 jours fériés (c'est en moyenne ceux qui tombent en semaine). 252.

On retire 25 jours de congés annuels. 227.

Et on retire 19 jours de RTT (et oui, il n'y a pas encore assez de climatiseurs et on nous retire toujours le jour de solidarité).

Restent 208 jours.

C'est ce chiffre qui doit être utilisé.

À 208 jours par an, on prend tous ses congés, tous ses RTT et on ne fait normalement aucun travail en temps additionnel. C'est donc conforme à la réglementation.

MAIS

- On ne va pas en formation et là ça n'est pas réglementaire.
- Personne ne tombe malade dans l'équipe.
- Personne ne participe aux activités institutionnelles, CME, autres commissions si elles ne sont pas incluses dans les obligations de services « normales ».

DONC

Il faut un peu de marge :

- Pour aller en formation. 15 jours/PH/an cumulables sur 2 ans. Attention, il faut compter les samedis dans le décompte de ces jours.
- Pour participer à des activités structurantes pour son équipe ou son établissement. C'est ce qui permet à une équipe médicale de fonctionner normalement et à un médecin de faire de la médecine et pas de l'activité (visiblement certains collègues n'arrivent plus très bien à faire la différence).

Un PH peut donc travailler entre 193 et 208 jours en moyenne par an. Soit 386 à 416 demi-journées.

Tableaux de service et lignes d'activité :

- Règlementairement, chaque service, UF ou autre structure interne doit faire un tableau d'activité.

- Un prévisionnel global qui reprend les plages de consultation, activités de service, de bloc, gardes...
- Celui-ci est adaptable en particulier en période de congés où pour des raisons d'effectif on va fermer certaines activités.
- Un prévisionnel, par médecin, qui se transformera en réalisé et sera envoyé à la direction, signé par le responsable de la structure pour permettre la rémunération du dit médecin.
- C'est une pièce comptable indispensable au versement des émoluments par le trésorier payeur.

Ces tableaux de service présentent donc des lignes et des cases qui sont des demi-journées et qui peuvent être comptées sur l'année.

Prenons l'exemple d'un service de réanimation de 12 lits qui nécessiterait idéalement la présence de 3 médecins chaque jour en semaine (ceci n'est bien sûr qu'un exemple inspiré des recommandations faites il y a quelques années par la SFAR et la SRLF), un seul la nuit, 2 le samedi et le dimanche matin et qui fermerait 4 lits pendant 8 semaines l'été (ce qui nécessiterait seulement 2 médecins en journée).

Faisons les comptes :

	DJ/période de 24h	DJ/semaine	Nb de semaines où cela s'applique	Total DJ par an
Garde 24/7	4	28 (4x7)	52	1456 (52x28)
Présence n°1 Lu à Ve de jour	2	10	52	520
Présence n°2 Lu à Ve de jour	2	10	44 (- 8 semaines)	440
Samedi matin	1	1	52	52
Dimanche matin	1	1	52	52
TOTAL				2520

Il y a donc 2520 demi-journées à couvrir par an pour faire fonctionner ce service.

Un PH peut en faire 416 (208x2, sans formation).
 $2520/416 = 6,05$.

Donc à 6 temps plein (6 ETP) on fait tourner le service en ne prenant pas tous ses jours RTT et pas de formation.

Pour prendre les formations : $2520/386 = 6,52$.

Soit 6 plein temps et un mi-temps à 50 %.



Bref à 6 ETP, c'est difficilement supportable, à 7 ETP c'est correct.

Pour compliquer l'affaire, on peut ensuite réfléchir sur le nombre de praticiens par rapport au nombre d'ETP. Si il y a beaucoup de temps partiels 60 ou 80 %, la charge en garde diminue pour chacun et c'est encore plus vivable. Il en va de même de la charge de travail pendant les congés ou l'absence, par exemple pour maladie, d'un praticien.

CALCUL D'EFFECTIF EN HEURES :

La durée annuelle légale de travail pour un agent travaillant à temps complet dans la fonction publique est fixée à 1 607 heures. Cela correspond aux 1 600 heures initialement prévues par les décrets émanant des lois « Aubry » sur la réduction du temps de travail, auxquelles ont été ajoutées 7 heures au titre de la journée de solidarité à compter du 1^{er} janvier 2005.

Le calcul est le suivant :

$35h/semaine \times 45,6 \text{ semaines (52 semaines - 5 semaines de CA - 1,4 semaine de jours fériés)} = 1596 \text{ heures arrondies à } 1600$.

$1600 + 7h \text{ solidarité} = 1607 \text{ heures}$.

Pour les PH :

Toujours 52 semaines par an. On retire 5 semaines de congés, 4 semaines de RTT et 1,6 semaines de jours

fériés avec le jour de solidarité. Soit 41,4 semaines travaillées.

48h x 41,4 = 1987 heures annuelles

44h x 41,4 = 1821 heures annuelles

39h x 41,4 = 1614 heures annuelles

Attention, les jours de formations, comme les congés maladie, congés exceptionnels... devront réduire encore ce nombre d'heures annualisées.

Il faut là encore un peu de marge pour l'effectif cible comme pour le décompte de demi-journées.

Reprenons l'exemple de tout à l'heure mais cette fois-ci pour un service d'urgence en temps continu qui aurait une activité de même amplitude annuelle.

Présence de 3 médecins chaque jour en semaine (8h à 18h), un seul la nuit, 2 le samedi et le dimanche matin (8h-13h) et qui fermera une activité 8 semaines l'été et ne nécessitera plus que 2 médecins pendant la journée.

Faisons à nouveau les comptes :

	Heures/j	Heures/semaine	Nb de semaines où cela s'applique	Total en heures par an
Garde 24/7	24	168	52	8736
Présence n°1 Lu à Ve de jour	10	50	52	2600
Présence n°2 Lu à Ve de jour	10	50	44 (- 8 semaines)	2200
Samedi matin	5	5	52	260
Dimanche matin	5	5	52	260
TOTAL (Heures)				14 056

Il y a donc 14 056 heures à couvrir par an pour faire fonctionner ce service. Un peu plus car il faudrait rajouter le 2^e PH qui viendrait le matin des jours fériés (comme le dimanche)

Un PH peut en faire 1987 (sans formation). 14056 / 1987 = 7,07.

Donc à 7 temps plein on fait tourner le service en ne prenant pas la totalité de ses RTT et formation non plus.

Bref à 7 ETP, c'est très limite, à 8 ETP c'est bien mieux.

On note qu'il y a une différence d'un ETP avec le cal-

cul en demi-journées qui est due uniquement au fait qu'une garde de 14h compte pour 2 demi-journées seulement. L'injustice est ici flagrante. Et on comprend pourquoi les directions freinent des 4 fers pour autoriser le passage en temps continu. On comprend aussi pourquoi nous n'avons toujours pas pu ouvrir de négociation sur le fait qu'une période de 24 heures compterait pour 5 demi-journées.

Suite à la circulaire sur les urgences, de nombreux services tendent vers une base de 44 heures hebdomadaires. Sur cette base, on arrive à 7,7 ETP pour ce même service.

1 ETP est donc le prix à payer par la direction de cet établissement pour avoir la paix sociale et se garantir un renouvellement des équipes médicales par un recrutement régulier et choisi. Le prix de la qualité des soins ?

CONCLUSION

Les calculs d'effectif cible devraient être rendus obligatoires pour chaque équipe médicale. C'est la seule méthode objective qui garantisse le respect de la réglementation et la justice dans la répartition des postes dans les services hospitaliers. Les méthodes au doigt mouillé ou se référant à d'autres attributs corporels doivent être absolument bannies, ce qui est malheureusement loin d'être le cas dans nos hôpitaux.

L'accès au temps continu devrait être facilité pour les équipes médicales qui en font la demande car même s'il coûte un peu plus cher, pour les équipes qui commencent à avoir des difficultés de recrutement, cela peut permettre de franchir un cap en payant temporairement le temps additionnel. Mais c'est surtout une garantie de stabilité pour

l'avenir, une garantie de l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle, aussi, sûrement, une garantie de pouvoir assurer un recrutement régulier et finalement une marque de respect pour l'activité exercée par les médecins hospitaliers.

N'est-ce pas mieux que de recourir à l'intérim médical très déstabilisant pour les équipes en place et parfois très hasardeux en termes de qualité et de sécurité des soins ?

Yves Rébufat - Président du SNPHAR-E

Pour des valences ou 20 % de son temps de travail non clinique ?

Le fait syndical m'a toujours intéressée. Depuis maintenant plus de 20 ans j'entends parler de valence non clinique : il s'agit donc d'un concept ancien, que le SNPHAR-E porte comme une des spécificités de l'exercice médical hospitalier, notamment face à l'exercice libéral. Il s'agit de faire valoir que travailler à l'hôpital, y rester, y être bien, effectuer un travail de qualité, s'investir dans son institution et s'engager pour le service public, c'est pouvoir, au-delà de l'activité clinique et de notre cœur de métier, s'investir dans des missions institutionnelles, s'engager sur des projets d'équipe, de service, ou personnels mais à valeur ajoutée pour l'hôpital (enseignement, recherche, et autres projets).

Ce concept de valence a été réactualisé par le protocole d'accord signé entre la Ministre de la Santé et les organisations d'urgentistes, qui ont sanctuarisé au sein des obligations de service, comptées en heures, 20 % de temps non clinique, sur des projets transparents au sein de l'équipe. Soit 39 heures de temps clinique, et le reste en temps non clinique sans que le total ne dépasse 48 heures. Ce protocole d'accord devrait être décliné « aux autres spécialités à sujétion comparable », donc exerçant en travail dit « posté » et avec peu d'autonomie organisationnelle quant à la gestion de son temps. Plusieurs séances de discussions au Ministère auxquelles nous avons participé ont permis d'approfondir les missions types et engagements possibles, leur cadrage. Un seul gros regret c'est que la FMC et le temps qui y est dédié ait été glissé dans ces 20 %, alors qu'il s'agissait d'un droit statutaire.

La Ministre a retenu dans ses engagements du plan attractivité, engagement 7, qu'il s'agit d'une nécessité pour l'hôpital : « dynamiser les parcours professionnels par la diversification des missions confiées aux praticiens » ; « identifier des valences non cliniques et reconnaître l'implication des praticiens qui s'engagent dans leur réalisation ».

Nous avons donc été entendus, reste à préciser comment ce concept va être appliqué, ce que c'est et ce que ce n'est pas, et comment on doit l'appliquer.

En effet, dans un hôpital soumis au seul diktat de la rentabilité et de la T2A, donner du temps non clinique à des médecins considérés uniquement comme des produc-

teurs d'actes va forcément être compliqué et dur à appliquer.

■ **Ce que ce n'est pas** : c'est différent de la notion statutaire d'activité d'intérêt général qui existe déjà, mais qui est très encadrée. (Art. R. 6152-30). Il s'agit là de missions, qui peuvent être rémunérées en sus, et qui nécessitent une convention entre établissements. Ça n'a bien sûr rien à voir avec l'activité libérale. C'est pour nous totalement à différencier de la FMC et du DPC, qui sont des obligations statutaires, avec du temps et de l'argent consacré. Et bien sûr pas du temps libre....

■ **Ce qui est obligatoire pour son déploiement** : il doit bien sûr y avoir le dimensionnement nécessaire de l'équipe pour que ces 20 % de temps médical ne soient pas qu'une vague intention, ou que les engagements dans des projets ne continuent pas à être réalisés sur le temps libre personnel, comme cela se passe actuellement.

■ **Ce qui est nécessaire pour que ça soit un plus pour le PH et pour l'équipe** : les projets doivent être élaborés et construits au sein de l'équipe, de manière transparente, avec une vision de l'institution sur ce temps (transparence sur les tableaux de service, évaluation des engagements de chacun au sein de l'équipe en termes de temps et de résultats).

Pour nous, ce concept de valence tel que conçu depuis 20 ans, et sanctuarisé par les engagements de la Ministre, est un facteur clé de l'attractivité des carrières médicales hospitalières. C'est sûrement ce qui peut le plus révolutionner notre exercice quotidien à moyen et à long terme. Mais il va falloir l'imposer, d'abord au cours des discussions à venir avec le ministère car pour l'instant ce n'est qu'un vœu pieu de la Ministre, ensuite localement parce que donner du temps non clinique n'est sûrement pas ce qui fait le plus plaisir à nos managers et qu'il va falloir l'imposer localement au-delà du dimensionnement. C'est aussi permettre à chacun de pouvoir s'engager, ce qui va changer beaucoup de choses au quotidien : le temps où certains collègues étaient « choisis » et avaient du temps tandis que les autres sont à la mine sera alors révolu. Mais chacun imagine les difficultés à venir...

« Travailler et rester à l'hôpital, en y étant bien, c'est pouvoir s'investir également dans des missions institutionnelles, s'engager sur des projets d'équipe, de service, ou personnels, mais à valeur ajoutée pour l'hôpital. »

Nicole Smolski, administrateur du SNPHAR-E

Les enjeux de la négociation pour appliquer la circulaire :

Lorsque la négociation locale d'un cadre national crée la concurrence entre les établissements

Le mouvement national des médecins urgentistes fin 2014 a abouti à la publication d'une circulaire DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 et à son instruction DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015. Depuis, on note de fortes disparités sur les modalités de son application qui aboutit à une concurrence entre les hôpitaux.

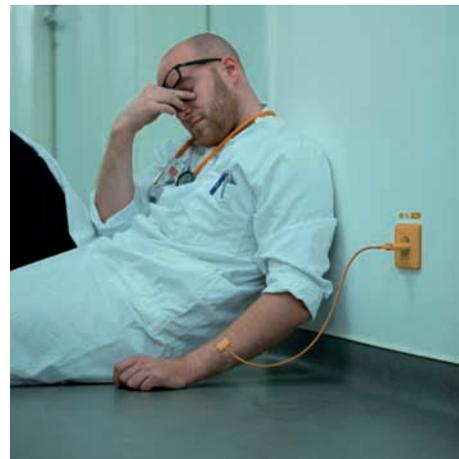
La fréquentation des urgences ainsi que le nombre de dossiers de régulation médicale des SAMU sont en forte hausse ces dernières années. En 2013, c'est plus de 33 millions de cas médicaux de patients pris en charge par les structures de médecine d'urgence (Livre blanc SUDF).

Le nombre et la nature de la demande de soins non programmés ont évolué, tant pour des raisons sociétales que pour des raisons de démographie médicale. Dans ce cadre, le volet hospitalier du SROS-PRS révisé en 2015, fixe les orientations de la médecine d'urgence afin de répondre de la manière la plus efficace aux besoins des patients. Il porte sur l'amélioration de l'accès aux soins en urgence, sur l'optimisation de l'orientation des patients en amont des urgences et sur le développement d'une organisation territoriale des urgences.

Le rapport Grall de juillet 2015, souligne le rôle cardinal de la régulation des SAMU-Centre 15 et définit ce schéma directeur comme élément essentiel à la qualité et à la sécurité du parcours de soins des patients en urgence.

DES TENSIONS PERMANENTES : PÉNIBILITÉ, ÉPUISEMENT DES ÉQUIPES

Néanmoins, loin de ces grandes orientations, les tensions sont permanentes. Les inadéquations entre les ressources médicales et l'activité croissante entraînent une pénibilité accrue avec un épuisement des équipes. Nous sommes loin du rapport Steg publié en 1993, qui a conditionné l'évolution de la médecine d'urgence par ses grandes orientations. Les travaux portaient sur la professionnalisation médi-



cale aux urgences, sur l'organisation de la régulation médicale, sur les synergies et échanges entre l'activité intra- et extrahospitalière, sur l'évaluation de la qualité des soins ainsi que sur la qualité de la formation des médecins.

Plus de vingt ans plus tard, le nombre de passage aux SAU dépasse les 18 millions.

Sans avancée sociale sur le temps médical depuis 2003, un mouvement national des médecins urgentistes fin 2014, aboutit à la publication d'une circulaire DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 et à son instruction DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015.

MALGRÉ LA PUBLICATION DE LA CIRCULAIRE, IL PERSISTE DE GRANDES DISPARITÉS !

Cette circulaire relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'Urgences, rétablit le temps de travail des urgentistes sous la barre maximale autorisée de la réglementation euro-

péenne (la durée de travail hebdomadaire doit être inférieure à 48 heures). Alors que la circulaire devait améliorer l'attractivité des structures d'urgences, certaines équipes médicales qui demandaient son application se sont heurtées à une opposition de leurs directions qui persistent sur la borne maximale des 48 heures comme la norme de travail hebdomadaire.

Depuis un an, et au gré des négociations locales, il existe de grandes disparités sur le temps de travail des praticiens entre les structures d'urgences selon qu'elles aient ou non obtenue, par des mouvements sociaux, l'application de la circulaire.

Dès lors une très vive concurrence se met en place entre les établissements avec des pratiques

de rémunération et de décompte du temps de travail très inégaux, sur l'ensemble du territoire.

Enfin, il ne faut pas oublier l'activité d'intérim qui ne cesse de croître et qui pose de vrais problèmes de déstructuration des services avec de réels risques sur la prise en charge des patients, occultés par nos administrations hospitalières tant que les situations ne relèvent pas du « fait divers » (rapport Véran 2013).

AU TOTAL

- La dégradation des conditions de travail est une réalité quotidienne dans les structures d'urgences.
- L'application de la circulaire DGOS dans tous les services SAU et SAMU-SMUR est une nécessité.

Le financement des effectifs nécessaires à son application (financement des ETP dimensionné sur le temps posté des 39 heures) est fondamental pour son application. Il permettra de lever les oppositions des directions hospitalières pour aller vers ce qui nous anime tous, la qualité de prise en charge des patients sur l'ensemble du territoire.

Anouar Ben Hellal - Secrétaire général adjoint du SNPHAR-E

L'application de la circulaire est capitale pour de nombreuses structures, elle permet de retrouver de l'attractivité en diminuant la pénibilité avec un temps médical posté de 39 heures hebdomadaires et de donner aux praticiens du temps médical non posté inhérent à leurs missions, dans le cadre du service public hospitalier.

La réduction du temps médical posté doit entraîner en contrepartie une hausse des effectifs cibles de chaque structure et des allocations budgétaires pour permettre ces recrutements.

Malheureusement, les financements ne sont pas au rendez-vous.

AGENDA DU CA

SEPTEMBRE 2016

- 12 Septembre** Réunion avec les représentants des IADES et la DGOS au ministère de la Santé
- 21-24 Septembre** Présence au Congrès de la SFA
- 22 Septembre** Assemblée générale du CFAR
- 26 Septembre** Grève des praticiens hospitaliers

OCTOBRE 2016

- 4 Octobre** Rendez-vous avec la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé
- 4 Octobre** Réunion à la DGOS - Attractivité et protocole d'accord de méthode sur les mesures complémentaires.
- 14 Octobre** Conseil d'Administration du SNPHAR-E

NOVEMBRE 2016

- 18 Novembre** Conseil d'Administration du SNPHAR-E

DÉCEMBRE 2016

- 16 Décembre** Conseil d'Administration du SNPHAR-E

JANVIER 2017

- 19 Janvier** Conseil d'Administration du SNPHAR-E
- 20 Janvier** Assemblée générale du SNPHAR-E

Groupements hospitaliers territoriaux (GHT)

GHT : une grande idée gâchée par l'inertie gouvernementale

Les Groupements Hospitaliers de Territoires devaient être LA grande réforme restructurante du quinquennat, en ce qui concerne la santé. Au milieu d'un immobilisme insupportable qui aura vu les conditions de travail des hospitaliers (médecins ou non) se dégrader et leur charge de travail augmenter sans cesse, cette organisation volontariste de la coopération entre les hôpitaux pouvait redonner du souffle à nos métiers.

QUE S'EST-IL PASSÉ ?

Dans sa volonté de faire traîner les choses et de mener en bateau les Praticiens Hospitaliers, la Ministre a choisi de faire des commissions, puis des concertations, puis d'autres commissions, sans jamais entrer en négociations. Et quand l'agacement s'est fait audible et palpable, est enfin apparue la réforme des GHT pour nous donner du grain à moudre : résultat, une réforme majeure à mettre en place en quelques mois !

Ceux qui - comme l'auteur de ces lignes - ont vécu une fusion savent que pour être réussie, plusieurs années sont nécessaires. Les expédier en deux ans ne peut qu'entraîner des frustrations et un gâchis humain considérable parmi les équipes fusionnées.

Et on voudrait faire fusionner plus de 1000 hôpitaux par groupes de 2 à 15, en 6 mois ?

Devant le tollé, le calendrier a été rallongé à 18 mois : c'est toujours trop court, ce qui a induit une inversion de calendrier tout à fait dommageable pour la pérennité du résultat.

En effet, la Ministre a imposé que les périmètres administratifs soient fixés PUIS que le projet médical soit ensuite discuté ! S'en est suivie une période surréaliste où des hôpitaux n'ayant rien à voir ensemble, à part une impression sur une carte vue de la rue Duquesne, se sont retrouvés potentiellement ensemble, suivi d'un intense battage syndical pour éviter le pire. Mais tout n'a pas été évité, et il y aura des pleurs et des grincements de dents là où le périmétrage se sera construit sur le dos de la logique médicale.

LE PROJET MÉDICAL EST DÉSORMAIS ATTENDU POUR 2017. EST-CE QUE TOUTES LES ÉQUIPES MÉDICALES LE SAVENT ?

De nombreux GHT se sont créés sur un soi-disant « Projet Médical Partagé » rédigé par le directeur de l'hôpital support, sans concertation médicale ni partage entre établissements : quel est l'avenir prévisible d'un tel « projet » ?

Cette façon de faire à la hussarde, commandée par un capitaine sous l'eau depuis des années, aboutira à un immense gâchis des forces vives des hôpitaux, alors que 85 % des citoyens annoncent que le sort réservé à l'Hôpital sera important dans son choix électoral en 2017 (sondage pour le Quotidien du Médecin). Parmi ces forces vives, les soignants seront représentés au sein « d'espaces de dialogue » mal définis. Quant aux médecins : rien n'est prévu, malgré les demandes insistantes et incessantes des représentants du SNPHAR-E et d'Avenir Hospitalier, son intersyndicale.

Il n'y a pas de CHSCT médical, en prétendant que les CME serviront d'instance de dialogue social pour les médecins, ce qui est en contradiction avec les décrets qui en fixent les attributions. Tout est fait pour éviter de représenter les médecins dans le dialogue social qui sera pourtant crucial du fait d'une réforme mal faite, mal conduite, et qui avait pour but politique d'occulter l'absence de traduction concrète en termes d'attractivité pour les PH.

Dans ces temps troublés qui s'avancent pour les Praticiens Hospitaliers, la tentative de mise à l'écart des représentations syndicales résonne de manière inquiétante à la lumière de la répression parfois sanglante des manifestations, et requiert que chacun se renseigne, et agisse ; le train de la réforme ne repasse pas si souvent : sans les médecins, celle-ci sera une régression.

Le dossier « GHT » de ce numéro de PHARE a pour ambition d'aider tous les collègues dans cette recherche de renseignements et de moyens d'agir. Bonne lecture !

Renaud Péquignot Administrateur du SNPHAR-E

Le GHT : une question de territoire

La création des « groupements hospitaliers de territoire », les GHT, (article 107 de la loi de modernisation de notre système de santé) répond à une triple logique : structuration de l'offre de soins pour les patients (parcours patient, gradation des soins, offre de proximité de référence de recours et égalité d'accès pour tous à des soins sécurisés de qualité), résolution du problème de démographie médicale, et gestion de la dette sociale de l'Etat.

Ces GHT enterrent et remplacent les « communautés hospitalières de territoire » (ex CHT). Mais surtout l'avènement des GHT entérine l'échec des six types d'opérations de recomposition hospitalière (les Groupement de Coopération Sanitaire-Etablissement de Santé (GCS), les Groupements d'Intérêt Public à objet sanitaire, les Syndicats Inter Hospitalier, les directions communes, les fusions, et les CHT). Le récent rapport de la Direction générale de l'offre de soins analysant les recompositions de l'offre hospitalière (période 2012-2014), remis le 19 juillet au Parlement conformément à l'article 17 de la Loi du 10 août 2001, distingue les seuls GCS de moyens comme « outil privilégié » et efficace de coopération des fonctions d'informations logistiques et administratives.

Les GHT créent les conditions d'une « opportunité de mise en œuvre de la stratégie de groupe ». C'est un levier puissant de concentration (près de 250 groupements prévus initialement), il entraîne une recomposition de l'offre publique hospitalière. Ce processus finalise l'effort inachevé de la restructuration sanitaire débuté avec l'installation des Agences Régionales de l'Hospitalisation en 1997.

LA LOI A ÉTÉ ADOPTÉE, SON EXÉCUTION SE CONFRONTE MAINTENANT À LA RÉALITÉ DU TERRITOIRE.

Les décrets à paraître vont en préciser les grands principes (cf encart page 12). Le caractère contraint, obligatoire, et surtout précipité laisse peu de temps pour l'analyse stratégique de terrain des parcours de soins et s'articule mal avec le travail d'amont préparatoire préalable de l'évaluation de l'offre et de la demande de santé.

Le résultat final de cette restructuration hospitalière en GHT (135 officialisés début juillet 2016) par les Agences régionales de Santé a privilégié fréquemment dans ses arbitrages un « assemblage départemental » des hôpitaux publics au détriment d'une véritable « vision territoriale » des soins.

VOUS QUI AIMEZ
LES CHALLENGES,
J'AI UN TRUC SYMPA
POUR VOUS.



Ce réaménagement sanitaire territorial est finalement d'une grande hétérogénéité. La psychiatrie tantôt intégrée en GHT, tantôt exemptée mais restant chef de file de la filière psychiatrique du GHT comme à Rennes, illustre bien la « diversité » de cette recomposition entre établissements qui a quelquefois oublié les coopérations déjà existantes et ignoré localement des filières de soins. La page est blanche et comme le précise la ministre « un travail d'approfondissement s'ouvre pour préciser concrètement les projets médicaux partagés des hôpitaux au service de la santé des Français... ».

La structuration sous-tendue est celle qui a présidé à la rationalisation de l'intercommunalité avec la Loi de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (« MAPTAM ») [1].

Cette finalité est bien soulignée par Caroline Lesne dans son article GHT- une fausse bonne idée pour la gestion des ressources humaines (http://www.hou-dart.org/sites/default/files/document/publication_rhf_caroline_lesne.pdf) : « Cette rationalisation du secteur public hospitalier fait écho à celle de la loi MAPTAM qui vise à renforcer la rationalisation de l'intercommunalité par l'élargissement du champ des compétences obligatoires des communautés de communes et d'agglomération, en laissant aux communes les compétences qui relèvent de

la plus grande proximité». L'analogie GHT/établissement de proximité, communautés de communes/communes est limpide et souligne le renforcement des compétences obligatoires des établissements support au regard d'une simple gestion des établissements de proximité.

Dans ce contexte, la prévision des impacts sociaux est aussi analysée, une phrase laconique illustre la réflexion et l'attente : ainsi « les incidences sur les organisations de travail sont de nature à améliorer la qualité des conditions de travail, l'efficacité et la productivité du service public », tout en rappelant l'existence d'outils d'accompagnement social existant déjà dans les établissements de santé « pour faciliter les éventuelles évolutions professionnelles des agents concernés ».

L'ASPECT BUDGÉTAIRE EST PLUS SIMPLE À RÉSUMER : DÉPENSER MOINS !

L'étude d'impact du projet de loi relatif à la santé (NOR : AFSX1418355L/Bleue-1) daté du 14 Octobre 2014 précise les objectifs économiques : Un effort d'efficacité évalués à environ 400 Millions d'euros sur trois ans avec principalement une triple réduction des :

- Coûts des fonctions techniques, administratives et logistiques (270 Millions).
- Recours à l'intérim médical (mutualisation de certaines organisations médicales, élaboration de stratégie unique, à l'origine d'une amélioration de l'attractivité et d'une limitation du besoin en personnel) 50 Millions.
- Gardes et astreintes (mutualisation) 38 Millions.

EN ATTENDANT LES DÉCRETS, LA VIGILANCE EST DE RIGUEUR !

Les spécialités fortement engagées dans la permanence des soins, comme l'anesthésie-réanimation sont directement impliquées dans au moins quatre domaines majeurs :

- L'organisation d'équipes médicales de territoire en anesthésie-réanimation, en cohérence avec les implantations territoriales de chirurgie, d'obstétrique et d'activité interventionnelle, déclinée dans le PMP selon les activités opérationnelles des différents plateaux techniques organisées en filières (consultation pré-anesthésique, activité de blocs d'urgence et chirurgie programmée, suivi post-opératoire, unité de surveillance continue et réanimation).
- La création éventuelle des pôles inter-établisse-

LA LOI A ÉTÉ ADOPTÉE, LES DÉCRETS SONT À PARAÎTRE

Tous les grands principes de mise en œuvre seront précisés et en particulier :

- I - L'obligation pour chaque établissement de santé (sauf dérogation explicite) d'être partie à une convention de GHT
- II - L'absence de personnalité morale des GHT
- III - Le principe d'une élaboration de convention constitutive des GHT
- IV - La rédaction de cette convention comprenant le projet médical partagé PMP, impliquant les équipes médicales concernées, les délégations éventuelles d'activités (équipes médicales communes, activités logistiques administratives techniques et médico-techniques, les transferts éventuels d'activité de soins ou d'équipements de matériels lourds, l'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques: pôles inter établissements, les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement.
- V - Le rôle de l'établissement support (les systèmes d'information médicale, les départements d'information médicale, la fonction achats, la coordination des instituts et des écoles de formation professionnelle).
- VI - La mise en commun pour la biologie, la radiologie et la pharmacie.
- VII - Le renvoi par un décret en conseil d'état pour Paris Lyon Marseille.
- VIII - L'association à un CHU pour la formation initiale, la recherche, la démographie et le recours.
- IX - L'organisation des primes GHT (bénéficiaires, modalités d'application et montant).
- X - Le calendrier (07/2016: orientations stratégiques GHT, 01/2017: identification des filières de soins à décliner dans le PMP, 07/2017: PMP).
- XI - Rappelons enfin pour prendre date l'engagement et le rappel de la Ministre de la Santé de respecter obligatoirement le volontariat des praticiens pour la participation au GHT.

ments en anesthésie-réanimation, en cardiologie ou en neuro-vasculaire, et son corollaire la télé-responsabilité.

- La gouvernance interne des établissements de santé et dans les GHT «interrégionaux».
 - Les procédures de nomination et d'affectation dans les différents niveaux d'organisation : structure interne services-pôle d'un établissement constitutif ou pôle inter établissement-GHT.
- Les spécialités transversales et fortement engagées

dans la permanence des soins doivent participer à toutes les étapes de la décision et de la rédaction des PMP du GHT (périmètre stratégique de l'offre de soins, description des missions au sein des GHT, évaluation des effectifs, contrôle des fiches de poste, organisation des gardes et astreintes, régulation des temps de travail, protection de la santé au travail). De plus, lorsque la démographie est particulièrement sensible — certaines régions sont déjà sous tension et ne survivent que par un recours à l'intérim — si les réorganisations de plateaux techniques ne sont pas effectives et ne s'appuient pas sur une gestion des ressources humaines véritable (fermeture de plateaux techniques, regroupement des blocs opératoires, révision de la permanence des soins, rationalisation de l'intérim interne...), le risque de désaffectation deviendra désaffectation puis désertification.

Notre syndicat doit être particulièrement vigilant sur les procédures de nomination et d'affectation (aucune nomination sur un GHT mais bien sur un poste d'établissement de santé), sur les profils de poste élaborés au sein du GHT, sur l'absence de mobilité forcée sans volontariat pour tous les praticiens titulaires ou contractuels, sur les réaffectations au sein des GHT en cas de suppression de poste, et exiger dans la rédaction des textes une transparence absolue de toutes les étapes de recrutement et des profils de poste des praticiens.

Le rôle des CHU, bien décrit pour la partie universitaire, est cité comme référence et recours quand

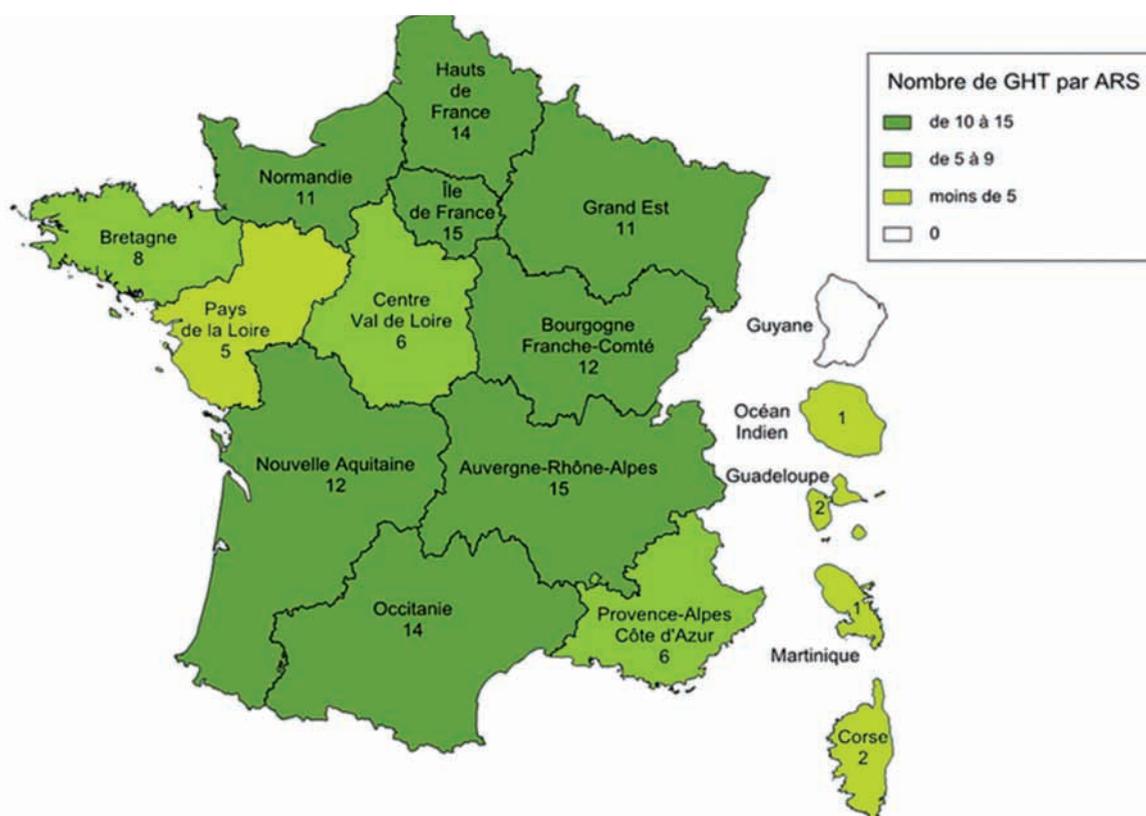
celui-ci est associé au GHT, mais leur articulation et leur implication clinique dans les GHT doivent être précisées. La faculté au service de son territoire répond à sa mission de formation et de maintien de l'offre de soins territoriale mais l'hôpital « support » universitaire ne peut aimer à son profit par sa fonction hospitalière les ressources, les moyens, les effectifs et les patients avec leurs pathologies des établissements « territorialisés ».

Enfin le cas particulier de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, de Marseille et des Hospices civils de Lyon doit être examiné avec soin, la difficulté de créer en leur sein des GHT est évidente.

Le caractère initialement et résolument généreux des GHT est une opportunité de changement. Cette évolution se confronte directement au carcan implacable de la tarification à l'activité et de sa pression budgétaire ? Comment conduire le changement dans un système ainsi verrouillé ? La recomposition hospitalière sereine est-elle possible ? Encore faudrait-il ne pas ignorer au moment des arbitrages, les principaux acteurs de cette restructuration publique hospitalière : les patients et les soignants.

Didier Réa, administrateur du SNPHAR-E

1- Loi n°2014-58 du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (« MAPTAM »)



tion de la « coordination » du DPC arrêtée par les établissements parties au GHT. La préparation de la mise en œuvre du DPC 2.0. est une opportunité indiscutable de tester *in vivo* les principes innovants de cette coordination. Les pistes sont nombreuses : veille juridique et analyse communes des textes ; actions communes de communication, d'information, de sensibilisation ; production d'un corpus de documentation interne au GHT ; ouverture des actions menées par les établissements du GHT aux professionnels des autres établissements partie au groupement ; partage de méthodologies de travail approuvées localement ; mutualisation des ressources pour obtenir l'habilitation en qualité d'organisme autorisé à mener des actions répondant aux orientations prioritaires ; mutualisation des ressources des organismes de formation continue ; définition d'indicateurs, d'objectifs et de trajectoires communs basés sur un compte qualité commun... Tout est possible et tout est à construire par les acteurs locaux, en fonction des contextes et des sensibilités à l'œuvre dans les différents GHT.

En définitive, défricher cette *terra incognita* peut créer une dynamique nouvelle tant pour l'établissement support que pour les établissements partie au profit du plus grand nombre (professionnels, comme patients) et notamment des établissements de plus petite taille souvent moins outillés que les gros CH ou les CHRU en matière de DPC. Bien piloté, cela créera des synergies, associant les compétences, mélangeant usages et pratiques. Cette potentialisation augmentera mécaniquement le savoir-faire des équipes « DPC », les outils deviendront plus accessibles, plus efficaces, plus per-

tinents, les méthodes plus robustes.... Se concevant mieux, le DPC s'énoncera clairement. Et mieux compris, il sera mieux intégré dans la politique médicale et donc mieux utilisé par ses principaux bénéficiaires. Appliquons donc au déploiement du DPC dans les GHT la célèbre maxime d'Einstein, et voyons si elle se confirme : « *La créativité est contagieuse, faites-la tourner !* »

“ La préparation de la mise en œuvre du DPC 2.0. est une opportunité indiscutable de tester *in vivo* les principes innovants de la « coordination » du DPC arrêtée par les établissements appartenant au GHT ”

Armelle DREXLER, Directrice du pôle affaires médicales, recherche, qualité et stratégie médicale territoriale, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Elvis CORDIER, Directeur-adjoint des ressources humaines du GHR Mulhouse Sud-Alsace

Membres du Conseil du Développement Professionnel Continu Médical Hospitalier (CDPCM) de l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH)

REFERENCES

- 1 - Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire
- 2 - Décret n° 2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé

Bonnes pratiques du DPC version GHT	À proscrire rapidement
Faire du plan de DPC, un levier d'action du projet médical partagé	Confondre DPC, FMC et EPP
Analyser les besoins de DPC en amont et définir des axes stratégiques collectifs	Fonctionner de manière isolée, individuelle, sans concertation ni coordination
Piloter la politique et informer régulièrement la communauté médicale du GHT	Ne concevoir le DPC qu'à l'aune de l'obligation réglementaire triennale
Définir et décliner des méthodes labellisées GHT	Construire un plan de DPC exclusivement par achat de prestations externalisées
Envisager la réalisation de parcours de DPC au sein du GHT, en fonction des champs d'excellence des établissements partie	Construire des ingénieries de formation et de DPC de manière artisanale, chronophages et non-qualitatives.
Identifier un juste équilibre entre parcours de DPC individualisé et mutualisation de certaines parties de parcours	Considérer que nul n'est censé ignorer la Loi et laisser les professionnels organiser leur DPC sans assistance institutionnelle
Autonomiser les GHT en constituant des organismes de formation et en devenant organismes habilités à dispenser des parcours prioritaires des champs d'excellence des établissements partie	Penser que le DPC peut s'autogérer sans gouvernance pluri-disciplinaire

Le GHT en pratique

Depuis le 1^{er} juillet les GHT sont officiellement mis en place (Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire). Cependant tout n'est pas encore finalisé sur le plan réglementaire et surtout pratique. Si les GHT sont désormais une réalité, qu'en est-il pour nous en pratique ?

? Comment puis-je savoir de quel GHT fait partie mon établissement ?

La DGOS a publié une carte interactive des GHT par région qui est consultable sur le site du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé à l'adresse suivante : <http://social-sante.gouv.fr>. Une fois sur le site il faut cliquer sur « Professionnels » puis « Gérer un établissement de santé » puis « Groupements Hospitaliers de Territoire » et enfin à nouveau sur une rubrique nommée « Groupements Hospitaliers de Territoire ».

Si vous cliquez sur une région, une liste de l'ensemble des GHT de cette région apparaît. En bas de chaque liste de GHT existe un lien renvoyant vers le site de l'ARS correspondante et permettant d'avoir le détail des hôpitaux appartenant à un GHT donné (en tout cas pour les ARS qui sont à jour de leurs données...).

? Suis-je praticien de mon établissement ou de mon GHT ?

Les GHT n'étant pas dotés d'une personnalité morale, vous restez praticien de votre établissement de rattachement. Cependant, cela peut changer à l'avenir

ce qui risque d'augmenter significativement le risque de nomadisation de l'activité des PH. Là encore nous serons extrêmement vigilants sur les conditions proposées pour ce nouveau type d'exercice médical. (cf question « peut-on m'imposer de travailler sur plusieurs sites alors que je ne le souhaite pas ? »)

? Je travaille dans un établissement où l'activité chirurgicale n'est pas très importante, risque-t-il de fermer ?

OUI. Parmi les buts avoués des GHT figure la réduction des coûts et la mutualisation des moyens (cf l'article de Didier Réa pages 15-17). Cela implique que certains plateaux techniques ou activités pourraient être amenés à fermer. Ce n'est pas pour autant que l'établissement concerné fermera ; il continuera de fonctionner dans le cadre du projet médical partagé défini et avec des équipes médicales communes.

? Peut-on m'imposer de travailler sur plusieurs sites alors que je ne le souhaite pas ?

NON mais... Le SNPHAR-E restera extrêmement vigilant à ce qu'aucune mobilité ne soit forcée. Il est hors de question de faire de nous des « nomades de l'offre de soins ». Notre statut (notamment pour les PH titulaires) sécurise les choses pour le moment par son article R-6152-50.

Toutefois, pour un PH, refuser de candidater sur le nouveau poste, qui récupère et mutualise son activité dans un autre établissement du GHT, peut aboutir à sa mise en position de recherche d'affectation. Il

The screenshot shows the website social-sante.gouv.fr with the URL `social-sante.gouv.fr/professionnels/gérer-un-établissement-de-santé-medico-social/`. The page is titled "GHT en région" and features a map of France where regions are color-coded based on the number of GHT per ARS. A legend indicates: 0-10 (dark green), 11-15 (medium green), 16-20 (light green), and 21-25 (yellow-green). A green piggy bank with a stethoscope is positioned in the foreground. The website interface includes a navigation menu with "Professionnels" selected, and several informational panels on the right side.

n'est pas possible de le forcer à accepter son nouveau poste mais les moyens pour l'inciter fortement existent.... Le risque est réel.

Par ailleurs, les établissements parties d'un groupe hospitalier de territoire peuvent créer des pôles inter-établissements. Cet instrument permettra de contourner les questions contractuelles posées par un exercice multi-site et il est fort possible que dans l'avenir les nouveaux praticiens recrutés le soient sur ce nouveau pôle. De ce fait le praticien serait nommé sur le GHT et non son établissement originel ce qui impliquerait sa mise à disposition totale du GHT.

Un moyen de contourner cela serait de créer des fédérations inter-services, plus souples que les pôles et pour lesquelles l'article R-6152-50 pourrait s'appliquer.

? **Existera-t-il une borne maximale en kilomètres concernant le trajet à faire entre plusieurs sites d'un GHT dans le cas où j'accepte de travailler sur plusieurs centres ?**

A priori NON. La borne maximale devrait être définie par la dimension du territoire couvert par le GHT, mais rien n'est précisément défini actuellement sur ce point. Il conviendra là encore d'être vigilant. Par ailleurs, un dédommagement kilométrique sur la base de la grille des fonctionnaires devrait être mis en place. Toutefois, il faut bien prendre conscience que le périmètre d'exercice d'un PH est dorénavant le GHT.

? **Si j'accepte de travailler sur plusieurs sites, qui me paie ?**

Mon établissement de rattachement (tant que le GHT n'a pas de personnalité morale). La rémunération reste régie par le statut de PH.

? **Si j'accepte de travailler sur plusieurs sites, comment mes différentes activités seront articulées ?**

Ces articulations seront établies sur une base contractuelle, *a priori* entre le praticien (principe de volontariat), l'établissement de rattachement et le ou les autres établissements du GHT où est affecté le praticien tant que le GHT n'a pas de personnalité morale. Quant au contenu et à la nature exacte du contrat, c'est encore à construire.

? **Si j'accepte de travailler sur plusieurs sites, quels types de contrat sont rédigés ?**

Il existera un contrat par établissement d'affectation tant que le GHT n'a pas de personnalité morale.

? **En cas de travail sur plusieurs sites, y aura-t-il des compensations financières ?**

OUI. Une « prime d'exercice territorial » devrait être créée mais là encore rien de réellement défini.

Elle devrait être plus importante que la prime multi-site actuelle qui est de 415 Euros bruts et sera fonction du nombre de demi-journées en dehors du site principal et du nombre de kilomètres parcourus. Les praticiens qui ne choisissent pas la mobilité mais dont l'activité est impactée par des collègues travaillant sur plusieurs hôpitaux devraient aussi se voir verser une somme (non définie pour l'heure) en compensation. De même, il faudra que les temps de trajet soient comptés dans le temps de travail.

? **Et en termes d'assurance ?**

Et bien c'est une bonne question ! Là encore, rien d'écrit noir sur blanc dans le texte régissant les GHT. C'est déjà compliqué dans la situation actuelle (cf les problématiques d'assurance pour la médecine extra-hospitalière ou encore les transports d'équipes de prélèvement d'organes).

Vous n'avez plus qu'à prendre rendez-vous avec votre assureur ! Encore faut-il que les contours des GHT soient moins flous pour pouvoir lui parler de choses concrètes... Autre remarque : encore faut-il avoir le permis ! Ceci n'est pas un pré-requis pour être engagé en tant que PH et les transports en commun ne sont pas accessibles à tous sur tout le territoire.

? **Comment puis-je faire entendre ma voix au sein du GHT ?**

Le dialogue social au sein des GHT est à l'heure actuelle un gros point d'interrogation. Là encore nous travaillons d'arrache pied pour qu'un lieu d'expression permettant aux PH de se défendre si nécessaire soit créé et formaliser. Sans cet outil, le pire est à craindre en cas de conflit entre un praticien et son administration. On le voit, il reste bien des zones d'ombre concernant les GHT qui sont pourtant un des points clefs du mandat de Marisol Touraine. La rapidité avec laquelle le décret d'application a été publié avec son calendrier ne laisse pas le temps nécessaire à une construction collective, médicale, paramédicale et administrative. Cette exécution laisse le sentiment amer d'une précipitation difficilement compatible avec une réforme de cette importance.

Gregory Wood, Secrétaire général du SNPHAR-E

Ce qu'il faut savoir sur la mutation !

Quelles sont les conditions ouvrant droit à la mutation ?

Afin d'être candidat, le PH doit avoir été nommé à titre permanent dans ses fonctions hospitalières. Les articles R 6152-7 et R 6152-206 du CSP précisent que le PH peut faire acte de candidature dans un établissement public de santé par mutation externe, qu'il soit à temps plein ou à temps partiel, à condition qu'il soit nommé à titre permanent, après 3 ans de fonction effective dans le même établissement.

À qui adresser sa candidature ? Qui accorde le droit à la mutation ?

Le dossier de candidature est à adresser par courrier recommandé avec accusé de réception au département de gestion des praticiens hospitaliers du CNG (DGPH). En effet, ce n'est pas votre directeur d'établissement qui vous accordera votre mutation, mais la directrice du CNG. En revanche, c'est le DG de l'EPS qui vous affectera sur le poste.

Quid de l'année probatoire : Est-elle à prendre en compte dans le délai de trois ans de fonction effective ?

OUI : Ce délai de « trois ans de fonction effective dans un même établissement » débute à compter de la date d'installation du praticien dans ses fonctions hospitalières et tient compte de l'année effectuée à titre probatoire.

Ma demande de mutation peut-elle être refusée ?

NON : le responsable de la structure ou le chef de pôle de l'hôpital de départ ne donnent leur avis que pour « estimer » la meilleure date de départ compte tenu des nécessités du service. Le directeur ne peut différer le départ d'un PH que de six mois au maximum si la recherche d'un remplaçant a été infructueuse.

Et si je souhaite être muté avant ? Existe-t-il une dérogation à ce délai de 3 ans et quels sont les motifs pouvant aider à obtenir une dérogation ?

- Ce délai de « trois ans de fonction effective dans un même établissement » est imposé sauf dérogation accordée par le directeur général du CNG au cas par cas, en fonction des motifs de cette demande.
- Les demandes de dérogation formulées auprès du CNG doivent être sérieuses et motivées. La mutation du praticien ne doit pas mettre l'établissement public de santé d'origine en difficulté.
- Un avis défavorable, motivé, du directeur de l'EPS, sera pris en compte par la directrice du CNG, pour accorder ou non la mutation anticipée.

Sur quel poste peut-on faire acte de candidature pour être muté ? Avec qui prendre contact et à qui adresser son dossier de candidature ?

- La mutation externe obéit aux mêmes règles que la première nomination - affectation. La candidature se fait sur un poste publié lors des tours de recrutement des praticiens hospitaliers, organisés deux fois par an par le CNG, où sur un poste vacant.
- Seul un poste publié peut être déclaré vacant entre les deux tours.
- Le candidat doit prendre contact avec les autorités administratives et médicales de l'établissement, notamment pour prendre connaissance du profil de poste concerné.

Quel délai pour candidater ?

Le délai est de 15 jours, à compter de la publication des listes de postes à pourvoir sur le site du CNG. Les candidatures hors délai ne sont pas acceptées (cachet de la poste faisant foi), sauf pour les postes restés vacants à l'issue du tour de recrutement, les candidatures se font alors au fil de l'eau entre les deux tours de recrutement.

À qui envoyer sa candidature ? Qui fait l'acte de nomination et qui pronon-

ce l'affectation ?

- Les candidatures sont à adresser au directeur de l'EPS, qui propose celles-ci au DG CNG si le profil de poste est compatible.
- Le DG CNG se charge de l'acte de nomination sur avis du DG EPS, PCME, Chef de pôle.
- L'affectation à un pôle, à une structure est prononcée par le directeur de l'hôpital receveur.
- En cas de mutation interne, le directeur affecte le praticien, déjà nommé dans l'établissement, dans un pôle d'activité sur proposition du chef de pôle et après avis du PCME. Le directeur de l'EPS peut, avant publication des postes via le CNG, organiser la publicité en vue de pourvoir ces postes par mutation interne, dans les conditions fixées à l'article R. 6152 -11

Quid des mutations pour réorganisation des EPS ?

- Dans un même EPS, en cas de réorganisation interne et de transfert de poste d'un pôle d'activité à un autre, le praticien affecté sur le poste fait l'objet d'une nouvelle affectation par le DG EPS dans le pôle d'accueil, sur proposition du chef de pôle et après avis du PCME, dès lors que le profil du poste est compatible avec la spécialité d'exercice du praticien.
- En cas de fusion de deux ou plusieurs établissements publics de santé, les praticiens hospitaliers des établissements concernés sont affectés sur un poste dans un pôle du nouvel établissement, sur proposition du responsable du pôle d'accueil et du PCME.
- En cas de transfert de l'activité à un groupement de coopération sanitaire érigé en EPS, les praticiens hospitaliers des établissements concernés sont nommés dans le nouvel établissement par le DG CNG et affectés dans un pôle par le directeur du nouvel établissement, sur proposition du chef du pôle et après avis du PCME.

Qui décide de la date de mutation ?

L'établissement d'affectation en amont doit prendre attache de l'établissement auprès duquel le PH va muter, afin de trouver un accord sur la date d'installation, dans le respect du délai d'installation fixé à deux mois.

Existe-t-il un délai de prévenance ?

Les PH, candidats à la mutation, sont tenus de faire connaître leur souhait de mobilité à la direction de l'établissement dans lequel ils exercent. Il n'y a pas de délai de prévenance réglementaire à l'information du directeur de l'établissement de départ. Néanmoins, un délai de « courtoisie » de 2 mois avant la date d'effet du départ est souhaitable.

Les frais de déménagement sont-ils pris en charge lors d'une mutation ?

Pour ouvrir le droit au remboursement des frais de déménagement, le changement de résidence doit être motivé par une suppression d'emploi, une première nomination ou mutation (même anticipée) visant un rapprochement du conjoint fonctionnaire, agent contractuel de la fonction publique, ou praticien hospitalier temps plein, une réintégration dans un autre établissement après un congé longue durée ou un détachement, mais aussi lors de la première nomination en qualité d'ancien interne dans le corps des PH (cf détails dans arrêté du 28 Janvier 1998 modifiant l'arrêté du 15 Octobre 1985). Toutefois, le remboursement des frais n'est que partiel.

Que devient mon CET en cas de mutation ?

Le praticien conserve les droits qu'il a acquis au titre du CET. Les EPS ont l'obligation de comptabiliser un passif pour chaque jour épargné par le titulaire du compte et de le transférer au nouvel EPS en cas de changement d'établissement.

Véronique Agaësse



CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL VILLENEUVE-SAINT-GEORGES Lucie & Raymond AUBRAC

RECRUTE 1 ANESTHESISTE REANIMATEUR H/F

Inscrit au tableau de l'Ordre.

Temps plein ou mi-temps, sur la base de 48h hebdomadaires pour un temps plein, plages additionnelles rémunérées chaque trimestre.

Activité d'orthopédie (ALR écho guidée), chirurgie viscérale, urologique, maxillo-faciale, ORL, OPH, chirurgie infantile (référénts pédiatriques présents, compagnonnage), gynéco-obstétricale, endoscopie digestive, consultation d'anesthésie centralisée.

40 Allée de la Source,
94190 Villeneuve Saint-Georges,
France.

Capacité de 450 lits.
Situé à 15 km de Paris,
accessible de la gare
(RER D).

Bloc opératoire neuf de 8 salles avec :

- Des gardes de réanimation (possibilité).
- Des gardes d'anesthésie en obstétrique (mater de niveau 2B, 2500 accouchements/an, garde d'interne sur place).
- Des 1/2 gardes 1/2 astreintes en anesthésie.

Contacteur :

- Dr GEORGER - Chef de pôle ASUR (anesthésie, SMUR, urgences, réanimation)
Secrétariat de réanimation 9h-16h : 01 43 86 21 02 ou par mail : jeanfrancois.georger@chiv.fr
- Dr AUGER - Chef de service d'anesthésie - Secrétariat d'anesthésie 9h-16h :
01 43 86 21 03 ou par mail : noemi.auger@chiv.fr



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 Requise. 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 Requise. 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
Tél. : 05 53 45 25 58

LE CHU DE BORDEAUX,

4^{ème} CHU français par son importance
et leader dans de nombreux domaines

Recrute 4 médecins anesthésistes-réanimateurs temps plein

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

Nouvelle Rubrique des Anesthésistes du CHU de Bordeaux
Rubrique Emplois et Recrutement :
[https://www.chu-bordeaux.fr/Emplois-recrutement/
Vous-etes-anesthesiste-reanimateur-choisissez-le-CHU-de-Bordeaux/](https://www.chu-bordeaux.fr/Emplois-recrutement/Vous-etes-anesthesiste-reanimateur-choisissez-le-CHU-de-Bordeaux/)

Contact :

Pr Francois SZTARK
Chef du pôle d'anesthésie-réanimation
francois.sztark@chu-bordeaux.fr
+33 556 795 514





Médecin Anesthésiste - Réanimateur au CHRU de Nancy

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

Personne à contacter :

Professeur Gérard AUDIBERT
 Chef du pôle anesthésie-réanimation
g.audibert@chru-nancy.fr

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

LIEU D'EXERCICE

Etablissement hospitalo-universitaire de 1 900 lits et places.
 Etablissement de référence sur la région, au 10^{ème} rang français sur la recherche et à proximité de Paris (1h30 par TGV).

- Maternité niveau 3.
- Chirurgie orthopédique.
- Chirurgie viscérale.

ACTIVITES CLINIQUES

- Anesthésie dans le cadre des activités opératoires.
- Consultation d'anesthésie.
- Participation à la permanence des soins.

Le Centre Hospitalier de Mâcon (71) Sud Bourgogne



CENTRE HOSPITALIER
 DE MÂCON

Idéalement placé sur axes A6 - A40

Gare TGV : 1h40 de PARIS et MARSEILLE et 1h de GENEVE

Situé à 70 km seulement de Lyon (50 minutes), 130 km de Dijon (1h30)

Proche des Alpes (2h)

RECHERCHE

1 REANIMATEUR pour compléter une équipe composée de 6 réanimateurs et 4 internes
1 ANESTHESISTE pour compléter une équipe composée de 7 anesthésistes et 2 internes

Établissement dynamique et en pleine expansion

1 050 lits ou places répartis sur 7 sites

Nombreuses spécialités médicales

2 000 agents - 200 praticiens présents au CH



Profil recherché : DES anesthésie-réanimation ou DESC réanimation médicale.

Statut souhaité : Assistant spécialiste, praticien hospitalier, praticien contractuel, clinicien hospitalier à temps plein. Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins obligatoire.

Pour toutes informations :

Docteur Roland De VARAX - Tél. : 03 85 27 56 76 ou rodevarax@ch-macon.fr

Les candidatures avec CV sont à adresser à :

Direction des Affaires Médicales - Audrey SEVIN

ausevin@ch-macon.fr - Tél. : 03 85 27 50 55 ou 03 85 27 50 57



CENTRE HOSPITALIER
 CHALON SUR SAONE
 William Morey

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

RECRUTE :

☒ ANESTHESISTE

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

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

Pour tout renseignement, contacter : Direction des Affaires Médicales - 03 85 91 01 54 - ginette.gilliers@ch-chalon71.fr

Envoyer candidature et CV à :

M. le Directeur du Centre Hospitalier - 4, rue Capitaine Drillien - CS 80120 - 71 321 CHALON-SUR-SAONE - CEDEX

Tél. : 03 85 44 66 88 - Fax : 03 85 44 66 99 - www.ch-chalon71.fr

☒ URGENTISTE

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



L'HÔPITAL
 Nord Franche-Comté

L'HNFC est le CH de référence sur le territoire santé de Nord Franche-Comté (350 000 habitants), 1 200 lits, 90 000 passages/an aux urgences. Mise en service du nouvel hôpital prévue en janvier 2017. Nouveau plateau technique comprenant 14 salles polyvalentes, une salle de césarienne, une salle hybride, 4 salles d'endoscopies (dont 2 sous AG) et un plateau d'imagerie performant (IRM, scanner, Tep-scan...).

L'Hôpital Nord Franche-Comté recrute :

1 MAR avec un profil de poste pour mi-temps AR/douleur, avec gardes d'anesthésie.

1 MAR pour rejoindre une équipe dynamique de 19 MAR - décompte horaire - gardes sur place.

1 Réanimateur pour rejoindre une équipe motivée de 10 praticiens - décompte horaire - garde sur place.



Candidatures à adresser à : Delphine BELLEC - Directrice des Affaires Médicales et de la Recherche - delphine.bellec@hnfc.fr
 ou par courrier : L'HOPITAL NORD FRANCHE-COMTE - 14, rue de Mulhouse - 90016 Belfort cedex



Le Centre Hospitalier Alpes Léman (74) est situé dans un environnement exceptionnel, entre lacs (Léman, Annecy) et montagnes (Chamonix Mont-Blanc), à 15 km de Genève

Le CHAL c'est : • 200 médecins • 445 lits et places MCO • 1 réanimation • 1 néonatalogie • 1 USIC • 1 USINV
• 2 000 accouchements • 50 000 passages aux urgences. Nous recrutons (h/f) :

URGENTISTES

Titulaires de la CAMU (ou en cours) ou DESC

Contact à prendre auprès de :

- Docteur AL BOURGOL, Responsable du service des urgences : salbourgol@ch-alpes-leman.fr / 04.50.82.26.43
- Madame L. MINNE, Directrice des affaires médicales : lminne@ch-alpes-leman.fr / 04.50.82.24.93

RÉANIMATEUR

Contact à prendre auprès de :

- Docteur ROTH, Responsable du service réanimation : chroth@ch-alpes-leman.fr / 04.50.82.26.87
- Madame L. MINNE, Directrice des affaires médicales : lminne@ch-alpes-leman.fr / 04.50.82.24.93

www.ch-alpes-leman.fr



RECRUTE DES MEDECINS ANESTHESISTES-REANIMATEURS

Nous recherchons des médecins anesthésistes-réanimateurs pour développer nos activités dans le cadre de la modernisation de notre plateau technique : refonte des blocs opératoires et salles interventionnelles, création d'un bâtiment des réanimations.

Profil requis : Médecin thésé(e), inscrit(e) à l'Ordre des Médecins, ou Médecin à diplôme étranger ayant validé les épreuves de connaissances de la PAE.

Statut : à négocier.

<http://www.chu-grenoble.fr/content/medecin-anesthesiste-reanimateur>

Contact : Nelly CUENOT – 04 76 76 95 16

Direction des Affaires Médicales : ncuenot@chu-grenoble.fr

Le CHU DE GRENOBLE ALPES

Évolue au sein d'un bassin d'emploi dynamique, centré sur l'innovation technologique, dans un milieu tourné vers la Recherche et l'Enseignement de haute qualité en lien avec l'Université Grenoble Alpes et les Start-up grenobloises.

Le CHU de Grenoble est une référence nationale et internationale dans la prise en charge des urgences graves.



Le centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône

30 km de LYON et 20 minutes de MACON
646 lits
1800 personnels médicaux et non médicaux

Recherche pour son service d'anesthésie

un(e) anesthésiste temps plein/temps partiel

Conditions de rémunération attractives



Candidatures à adresser à :
Madame Delphine PICHOURON
Service Recrutement
dpichouron@lhospitalnordouest.fr
Boîte Postale 436
69655 Villefranche-sur-Saône Cedex



web



LE PÔLE DE SANTÉ DE GUINGAMP (22 - CÔTES D'ARMOR)

[Établissement de 599 lits et places situé à 30 minutes de la Côte à 1 heure 30 de Rennes sur l'axe Rennes - Brest, gare TGV]

Pour compléter son équipe de 5 anesthésistes en vue du passage en temps continu

Recrute 2 Anesthésistes - PH ou PHC

- Activité chirurgicale variée en développement (viscérale, orthopédique, gynécologique, ophtalmologique, ORL orale et gastro-entérologie)
- Activité conventionnelle et ambulatoire (forte activité programmée)
- Bloc opératoire performant : près de 4000 zones opératoires
- Service d'urgence/SMUR : 22249 passages en 2015
- Unité de surveillance continue
- Maternité [839 naissances en 2015]
- Possibilité d'aménagement du temps de travail
- Possibilité de logement.

**Candidature à adresser à : Monsieur Le Directeur - Centre Hospitalier de Guingamp
17, rue de l'Armor - BP 10584 - 22205 GUINGAMP CEDEX - www.ch-guingamp.fr**

Renseignements auprès de :

Monsieur Gaël CORNEC - Directeur Adjoint. Tél. : 02 96 44 56 12 - gael.cornec@ch-guingamp.fr



CENTRE HOSPITALIER - LE MANS

Site Internet : www.ch-lemans.fr

Contacts :

- › Dr DERRIEN - Chef du Pôle Urgence-Médecine-Réanimation-Anesthésie
bderrien@ch-lemans.fr
- › Dr LIUTKUS - Chef du Service d'Anesthésie - dliutkus@ch-lemans.fr
- › Mme JEAN - Directrice des Affaires Médicales - vjean@ch-lemans.fr et affaires.medicales@ch-lemans.fr

LE CENTRE HOSPITALIER DU MANS RECRUTE DES ANESTHESISTES-REANIMATEURS

Centre Hospitalier Général de 1 690 lits et places, dont 1 047 MCO, desservant un bassin de population de 600 000 habitants, à 55 minutes de Paris (TGV), université et écoles supérieures, manifestations culturelles et sportives.

Recrute des anesthésistes-réanimateurs, dans une équipe de 28 anesthésistes, avec possibilité d'exercice polyvalent sur plusieurs plateaux techniques :

- Anesthésie (bloc de chirurgie générale adulte et bloc de chirurgie ambulatoire et endoscopie digestive).
- Pôle Femme-Mère-Enfant avec activité de chirurgie pédiatrique et néonatale et maternité de niveau 3.
 - › Service organisé en temps médical continu.
 - › Possibilité d'un temps de travail annualisé.
 - › Possibilité d'exercice à temps partiel.
 - › Possibilité d'exercer à mi-temps dans une autre discipline (exemples : douleur, DIM, ...).
 - › Recherche clinique et publications.
 - › Bonnes relations confraternelles au sein de l'équipe d'anesthésie et avec les chirurgiens.



web



Type d'établissement : Centre hospitalier
Disponibilité : Immédiate
Lieu d'exercice : Soissons

LE CENTRE HOSPITALIER DE SOISSONS RECHERCHE

- > UN URGENTISTE
- > UN RÉANIMATEUR
- > UN ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR

Postes à pourvoir :

> **Un médecin chef de service** pour le service des urgences/SMUR avec une opportunité de complément partiel d'équipe à court terme. Le service accueille 100 patients en moyenne journalière pour les urgences médicochirurgicales 24h/24, il dispose d'une unité d'hospitalisation de courte durée de 4 lits. 688 sorties SMUR en 2015.

> **Un médecin sénior** pour le service de réanimation qui dispose de 8 lits de réanimation médico-chirurgicale et 4 lits de surveillance continue. Moyenne de 5 à 6 gardes mensuelles.

> **Un médecin sénior** pour le service d'anesthésie-réanimation qui comporte 6 salles de bloc opératoire pour les interventions chirurgicales en orthopédie, traumatologie, viscérale, urologie ORL, maxillo-faciale, OPH, gynécologie-obstétrique, infantile, neurochirurgie... Moyenne de 5 à 6 gardes mensuelles.

Personne à contacter :

Mme BREBION - Directrice des Affaires Médicales
Tél. : 03 23 75 72 11
Mail : estelle.brebion@ch-soissons.fr



Environnement :

Le centre hospitalier de Soissons draine un bassin de recrutement de près de 200 000 habitants. Il est situé à proximité immédiate de la gare SNCF, à 100 km de Paris, à 60 km de Reims et à 38 km de Compiègne. Ainsi, le soissonnais, qui représente un bassin de population de plus de 100 000 habitants est un territoire aux portes de Paris et de l'Île-de-France. La ville de Soissons, 2^{ème} ville de l'Aisne avec plus de 30 000 habitants intramuros, est pourvue de nombreux services et équipements culturels, sportifs et commerciaux.

Présentation générale de l'établissement :

Le Centre Hospitalier de Soissons est un établissement de recours infra régional et un des établissements pivot du Territoire Sud Est de Picardie. Il dispose de 326 lits de court séjour (gastroentérologie, médecine interne, pneumologie, cardiologie avec USIC et coronarographie, neurologie avec USIN, soins palliatifs-douleur avec unité mobile et réseau de soins palliatifs, endocrinologie-néphrologie, hémodialyse, chirurgie viscérale, chirurgie orthopédique, gynécologie- obstétrique, pédiatrie, néonatalogie, réanimation médico-chirurgicale, une unité d'hospitalisation de soins palliatifs...) 60 lits de moyen séjour, 50 lits de long séjour, 300 lits en maison de retraite. Les disciplines médicales sont regroupées dans un pôle d'activité unique : pôle de médecine.

Il dispose d'un plateau technique de radiologie (IRM, 2 scanners), d'un centre de médecine nucléaire avec PET-TDM et à terme d'une structure de radiothérapie.

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

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

CHERCHE DEUX ANESTHÉSISTES REANIMATEURS

Postes disponibles

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

Envoyer candidature conforme à la réglementation nationale et européenne et CV détaillé à :
M. D. GUILLAUME - Directeur des Ressources Humaines
Centre Hospitalier Ariège Couserans - BP 60111 - 09201 Saint-Girons Cedex - 05 61 96 21 94
ou par mail : secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr ou s.claustres@ch-ariège-couserans.fr

LE CENTRE HOSPITALIER DE NARBONNE (LANGUEDOC-ROUSSILLON)

RECHERCHE 3 ANESTHÉSISTES TEMPS PLEIN

pour son service d'anesthésie (pôle médico-chirurgical) (suite à des départs à la retraite).
Principal établissement public de santé desservant l'Est du Département de l'Aude.
Equipe actuelle de 6.6 praticiens hospitaliers (pour 9.6 postes).

Nous développons une activité d'anesthésie polyvalente et variée

- Chirurgie orthopédique : ALR+++ , échographe • Chirurgie viscérale • Chirurgie urologique • Chirurgie gynécologique • Endoscopies digestives • Un peu de chirurgie maxillo-faciale, ORL et ophtalmo • Pédiatrie à partir de 5 ans • Obstétrique 800 accouchements/an, 70 % d'analgésie périmédullaire.

Bonne organisation et excellente entente dans l'équipe

- Garde sur place (3 à 5 gardes/mois) et Repos de sécurité • Congés annuels, RTT, Congés formation • Equipe de 11 IADE, 1 IADE/salle, 1 MAR pour 2 salles sauf chirurgie lourde et pédiatrie, 6 salles d'intervention + 1 salle d'endoscopie parfaitement équipées aux normes SFAR. 3 salles d'accouchement, 1 salle de césarienne. SSPI de 9 postes, soins continus et réanimation gérés par réanimateurs.

Conditions d'exercice réellement attractives dans une très belle région, proche de la mer, de la montagne et de l'Espagne, Montpellier à 1h00, Toulouse à 1h30.

Contacts :
Dr EL HACHEM - Responsable du Centre d'Activité Clinique - 06 15 30 42 20 - randa.elhachem@ch-narbonne.fr
et/ou Dr BOLANDARD - Praticien anesthésiste - 06 81 33 53 89 - frank.bolandard@ch-narbonne.fr

Bureau des Affaires Médicales
04 68 42 65 48
affairesmedicales@ch-narbonne.fr



Le Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes recrute !

Des anesthésistes Réanimateurs Postes libres immédiatement

- Environnement Hospitalo-universitaire dynamique (enseignement clinique et théorique, recherche clinique, possibilité de recherche fondamentale au laboratoire).
- Plateau de médecine interventionnelle.
- Plateau technique performant regroupé sur un seul site bloc opératoire central de 21 salles, locaux récents (hôpital ouvert en 2003).
- Activité variée : toutes spécialités chirurgicales sauf cardiaques, SAMU, surveillance continue, réanimation adultes et pédiatriques...

UN CHU JEUNE, DYNAMIQUE, AVEC UNE ARCHITECTURE NEUVE
Un hôpital récent, parmi les plus modernes d'Europe Bloc opératoire polyvalent
5 600 AGENTS - 2 000 LITS

Nîmes : bassin de vie de 250 000 hab, à 35 min. de Montpellier, 2h50 de Paris
en TGV Offre culturelle exceptionnelle, cité romaine, tradition festive. Entre les
Cévennes et les plages de Méditerranée.

www.chu-nimes.fr



Pour candidater, adressez votre CV et votre lettre de
motivation à la Direction des Affaires médicales
(Mme Pralraud)

Par mail : dam@chu-nimes.fr

Tél. : 04 66 68 30 11 ou Pr Cuvillon au : 04 66 68 30 50



Le Centre Hospitalier de Béziers (34500)



Etablissement support du GHT Ouest-Hérault (300 000 habitants), 5^{ème}
établissement de santé de la nouvelle région Occitanie, avec une capacité de
460 lits MCO, 398 lits de gériatrie, 130 lits et 96 places de psychiatrie, disposant
d'unités de recours (2 lignes de SMUR, réanimation, maternité niveau IIA,
unité de soins intensifs cardiologiques, unité de soins intensifs de neurologie)

Recrute Des anesthésistes-réanimateurs

Praticiens temps plein, temps partiel, praticiens
contractuels ou assistants.

Pour intégrer une équipe en cours de recomposition
(13.5 ETP) avec des projets fédérateurs
(chirurgie ambulatoire, hospitalisations pro-
grammées de semaines, activités intervention-
nelles...) avec un secteur de réanimation et
d'USC à disposition pour des activités de chirur-
gie lourde.

L'activité d'anesthésie (plus de 12 000 actes/an
est en progression constante) : toutes les activi-
tés chirurgicales (patients + de 2 ans) sont réali-
sées dans l'établissement, hors neuro-chirurgie,
chirurgie cardiaque.

Le bloc opératoire est récent avec des équipe-
ments modernes : 8 salles polyvalentes et 3
d'endoscopie, une salle de soins post-interven-
tionnelle de 18 postes.

L'équipe soignante est en nombre et en compé-
tences (1 IADE par salle).

Pour tous renseignements, contacter :

Dr Brigitte CALVET, chef du pôle Soins Critiques

Email : Chefpole.critiques@ch-beziers.fr

Tél. : 04-67-35-70-35 (standard)

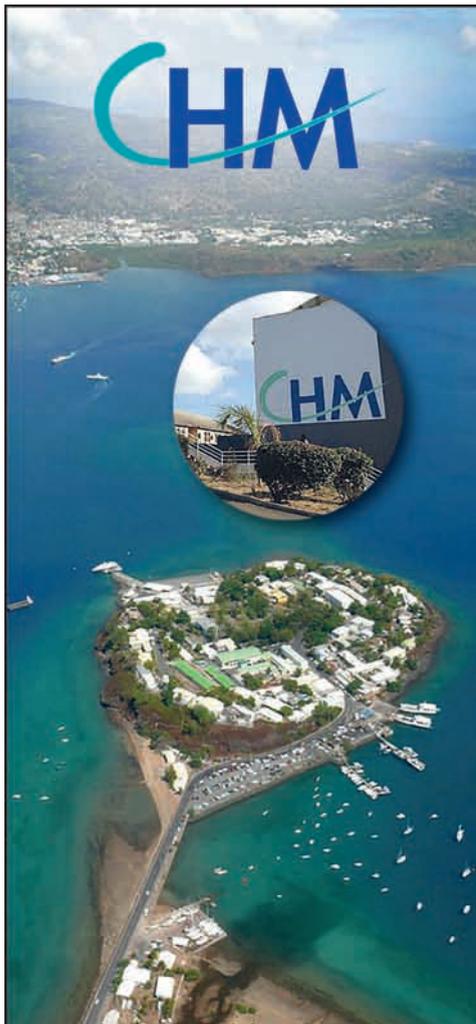
M. Mathieu MONIER - Directeur de la Stratégie et des Affaires Médicales

Email : dam@ch-beziers.fr

Tél. : 04-67-35-75-98 (secrétariat)



La présentation du Centre Hospitalier de Béziers est sur son site internet : www.ch-beziers.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE MAYOTTE

Situé au cœur de l'Océan Indien

(À 2 heures d'avion de La Réunion et 1 heure de Madagascar)

Recherche pour son service ANESTHESIE

MEDECINS ANESTHESISTES

PAR MUTATION, CONTRAT D'UN AN
OU CONTRAT DE REMPLACEMENT (MINIMUM 1 MOIS)

Service et équipements

- Bloc opératoire de 6 salles avec 1 médecin anesthésiste pour 2 salles et 1 IADE par salle + 1 médecin avec 1 IADE quand enfant en bas âge.
- Activité de pédiatrie et de maternité importante (6200 accouchements à Mamoudzou au CHM - 1200 péridurales/an. Equipe de 25 IADE.
- Gardes et astreintes rémunérées selon réglementation statutaire.

Rémunération attractive

Pour les contrats d'un an : prise en charge du billet d'avion (candidat + famille) + indemnité de changement de résidence + mise à disposition d'un logement pendant 6 mois et d'une voiture de location pendant 3 mois.

Le tout dans un jeune Département d'Outre-Mer, au milieu d'un très beau lagon !

PERSONNES À CONTACTER

Dr Benoit COLOT, Chef de Service

Mail : b.colot@chmayotte.fr

Mme Catherine BARBEZIEUX, Directrice des Affaires Médicales

Mail : c.barbezieux@chmayotte.fr

