

#77

# PHARE

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

## DOSSIER

### La crise du desar Mir

Warning : La FHF dans la campagne électorale

Présidentielles : que disent les candidats sur l'hôpital ?

<b>Michel DRU - Président</b> Centre Hospitalier H. Mondor - SAMU 94- Créteil michel.dru@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Contentieux - Région parisienne	Ligne Directe : 01 45 17 95 10 Portable : 06 73 98 08 52 Fax : 01 45 17 95 20
<b>Dr Grégory WOOD - Vice-Président</b> CHU Rouen gregory.wood@chu-rouen.fr	Délégation Régionale Normandie Revue PHAR-E	Ligne directe : 02 32 88 17 36 Portable : 06 65 40 87 07
<b>Dr Jullien CROZON - Secrétaire général</b> Groupement Hospitalier Edouard Herriot jullien.crozon-clauzel@chu-lyon.fr	Veille Syndicale - Relation avec les adhérents Revue PHAR-E	Standard : 04 72 11 62 22 Ligne directe : 04 72 11 09 85
<b>Dr Patrick DASSIER - Trésorier</b> Hopital européen Georges Pompidou - Paris patrick.dassier@snphar.fr	Contentieux Retraites	Ligne directe : 01 56 09 23 16 Portable : 06 03 69 16 63
<b>Dr Louise GOUYET - Trésorière adjointe</b> Groupe Hospitalier Pellegrin - Bordeaux louise.gouyet@snphar.fr	Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) PH temps partiel Qualité et organisation du bloc	Standard : 05 56 79 56 79 Fax : 05 56 79 55 93 Portable : 06 11 94 77 20
<b>Dr Veronique AGAESSE - Secrétaire générale adjointe</b> Nouveau CHU Amiens veronique.agaesse@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) FMC-DPC - Veille Syndicale	Standard : 03 22 82 40 00 DECT 36002 Portable : 06 33 63 20 62
<b>Dr Anouar BEN HELLAL - Secrétaire général adjoint</b> Hôpital André Mignot - SAMU - Versailles anouarbenhellal@free.fr	Veille Syndicale - Relation avec les adhérents Revue PHAR-E	Standard : 01 39 63 88 39 Ligne directe : 01 30 84 96 00 Fax : 01 39 63 86 88
<b>Dr Renaud PÉQUIGNOT - Secrétaire général adjoint</b> Hôpitaux de Saint-Maurice - Gériatrie renaud.pequignot@snphar.fr	Veille Syndicale Relation avec les adhérents Représentation des médecins non anesthésistes	Ligne directe : 01 43 96 63 01 Fax : 01 43 96 61 83 Portable : 06 85 28 02 11
<b>Dr Raphael BRIOT - Administrateur</b> CHU - SAMU 38 - Grenoble raphael.briot@snphar.fr	Retraites - Urgences Représentation des médecins non-anesthésistes Relation avec les Universitaires	Ligne Directe : 04 76 63 42 86 Portable : 06 81 92 31 42 Fax : 04 76 44 77 40
<b>Dr Veronique DERAMOUDT - Administrateur</b> Hôpital de Pontchaillou - Rennes veronique.deramoudt@chu-rennes.fr	Délégation régionale Bretagne Revue PHAR-E FMC-DPC	Ligne Directe : 02 99 28 41 01 Portable : 06 61 57 24 05
<b>Dr Max Andre DOPPIA - Administrateur</b> 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
<b>Dr Jean GARRIC - Administrateur</b> Hôpital Central - Nancy jean.garric@snphar.fr	Textes officiels - Retraites Administrateur CNG	Ligne Directe : 03 83 85 20 08 Fax : 03 83 85 26 15 Portable : 06 07 11 50 13
<b>Dr Anne GEFROY-WERNET - Administrateur</b> Centre Hospitalier de Perpignan anwernet.snphar@gmail.com	Délégation régionale Midi-Pyrénées Groupe e-communication	Ligne directe : 04 68 61 77 44
<b>Dr Laurent HEYER - Administrateur</b> Hopital de la croix rouge - Lyon laurent.heyser@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) - FEMS	Portable : 06 31 18 57 61
<b>Dr Yves REBUFAT - Administrateur</b> CHU de Nantes - Hôpital Laënnec - Nantes yves.rebufat@snphar.fr	Collège National Professionnel Anesthésie-Réanimation - Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) - Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Site web www.snphar.com et e-communication	Ligne Directe : 02 38 22 96 08 Fax : 02 38 51 49 50 Portable : 06 75 02 32 23
<b>Dr Nicole SMOLSKI - Administrateur</b> Hopital de la croix rouge - 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) - Revue PHAR-E	Ligne Directe : 04 26 10 93 67 Portable : 06 88 07 33 14
<b>Dr Didier REA - Administrateur honoraire</b> Hôpital de la Source - Orléans didier.rea@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation)	Ligne Directe : 02 40 16 51 47 Portable : 06 86 87 62 76
<b>Dr Claude WETZEL - Chargé de Mission</b> Praticien Honoraire CHU de Strasbourg claudewetzel@mac.com	Chargé de mission aux affaires européennes Past-Président de la FEMS	Portable : 06 60 55 56 16

## SANTÉ !

Point de vue de l'actualité

**Un nouveau bureau mais toujours le même objectif : défendre les intérêts de tous les PH !.....4**

dossier Présidentielles

**Que disent les candidats sur l'hôpital ?.....6**

**Qu'a apporté le dernier quinquennat à l'hôpital public et aux médecins hospitaliers ? .....9**

Fiche Pratique

**Ce qu'il faut savoir sur l'IESPE .....12**

Warning

**La FHF dans la campagne électorale .....13**

**Hôpital « déverrouillé » : témoignages de deux PH qui subissent le déverrouillage de leur hôpital .....14**

dossier : la crise du desarmement

**DESARMIR ou co-DES : quelles responsabilités ? 17**

**Jeun's : Ils s'unissent ! .....18**

**Le SNJAR vu par le CFAR .....19**

**Un Co-DES ; alors pourquoi deux CNP ? .....20**

**Pourquoi un nouveau référentiel métier ? .....21**

**agenda..... 22**

**Petites annonces ..... 23**

La France arrive en fin de mandat électoral. Les négociations avec le Ministère de la santé se terminent. Tout au long de ces 5 dernières années, nous n'avons eu qu'un seul interlocuteur à Ségur, Marisol Touraine, permettant un suivi constant des dossiers. De nombreuses commissions ont été nommées, élaborant des rapports dont les conclusions n'ont pas toujours été suivies. Contrairement au gouvernement précédent, les rencontres ont été multipliées et le dialogue n'a jamais été rompu. Le SNPHAR-E, à travers son intersyndicale, Avenir Hospitalier, a participé jusqu'au bout à toutes les réunions, même si elles étaient parfois très fréquentes. Nous n'avons jamais mené une politique de la chaise vide. Quelques mesures ont été mises en place, néanmoins nos revendications sont loin d'avoir été toutes satisfaites.

L'hôpital public, à travers les dernières réformes hospitalières, se dégrade progressivement tant sur le plan des effectifs, notamment insuffisants, que sur le plan de l'autonomie professionnelle. Le régime politique actuel nous avait promis l'abolition de la loi HPST : nous l'attendons encore ! Seules quelques modifications ont été effectuées, sans en changer le sens.

Une interview croisée dans ce numéro de la revue revient sur les avancées obtenues et les rendez-vous manqués depuis 2012. Nous avons également posé les trois mêmes questions, aux cinq candidats à l'élection présidentielle les mieux placés selon les sondages. Ils nous ont livré leurs idées en matière de santé, notamment sur l'avenir de l'hôpital et des statuts médicaux. Les enquêtes d'opinion montrent que les problématiques de santé sont au cœur de nos préoccupations citoyennes. Nous serons attentifs aux propositions qui permettront un progrès dans la prise en charge des patients, à travers une amélioration des conditions de travail du personnel soignant.

À l'heure où le concept actuel de l'hôpital public fait fuir les jeunes médecins sans retenir les plus âgés, des mesures d'attractivité méritent d'être renforcées. Le SNPHAR-E reste toujours porteur d'idées novatrices et constructives. Avec votre aide, nous poursuivrons notre travail syndical auprès de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) pour les faire entendre.

*Michel Dru, Président du SNPHAR-E*



ISSN : 1285-7254

Président du comité de rédaction :

Michel Dru

Rédacteur en chef : Laurent Heyer

Comité de rédaction : Anouar Ben Hellal - Jullien

Crozon - Véronique Deramoudt - Nicole Smolski -

Grégory Wood

Éditeur : Ektopic

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

Rédaction : S. Sargentini

Directeur de publication : C. Mura

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

Impression : Imprimerie Imprimatur

Crédits photos : istock

# Un nouveau bureau mais toujours le même objectif : défendre les intérêts de tous les PH !

## LE NOUVEAU BUREAU

Le 20 janvier 2017 a eu lieu à Paris l'assemblée générale du SNPHAR-E au cours de laquelle se sont tenus des débats passionnants sur les modalités de travail du médecin hospitalier et les perspectives d'avenir de l'hôpital public. Deux sujets sur lesquels les intentions du gouvernement demeurent encore trop souvent floues. Les discussions croisées entre les différents protagonistes issus d'horizons différents, ont permis un éclaircissement à même d'aiguiser la réflexion de notre syndicat sur ces sujets.

Au cours de cette assemblée générale, les résultats du vote électronique pour les élections du Conseil d'Administration ont été promulgués (cf p. 2).

Le nouveau conseil d'administration a voté pour son bureau :

- Président : Dr Michel Dru
- Vice-Président : Dr Grégory Wood
- Secrétaire Général : Dr Jullien Crozon
- Secrétaires Adjointes : Dr Véronique Agaësse, Dr Anouar Ben Hellal et le Dr Renaud Péquignot
- Trésorier : Dr Patrick Dassier
- Trésorière Adjointe : Dr Louise Gouyet-Calia

Une nouvelle équipe, mais toujours le même objectif, une volonté unique : celle de défendre les intérêts de tous les PH de France, quelle que soit leur spécialité.

## RÉFORME DU 3<sup>ÈME</sup> CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES : LA GRONDE MONTE UN PEU PARTOUT

Rendue nécessaire par le biais de la législation européenne, la réforme du troisième cycle des études médicales (R3C) a vu disparaître les DESC et naître de nombreux DES, voire CoDES. Plusieurs spécialités (Anesthésie-Réanimation, Hépatogastro-Entérologie, Psychiatrie, Radiologie, entre autres) ont exprimé de vives inquiétudes face aux conséquences induites par cette réforme sur leurs organisations et leurs modalités de travail et d'enseignement.

À peine élu, le nouveau bureau a dû gérer ce qu'il faut bien appeler « la crise du DESARMIR », traduire : CoDES « Anesthésie-Réanimation/Médecine Intensive et Réanimation ». La création de ce CoDES, sa maquette et son enseignement théorique ne posent pas de problème en soi. **Là où le bât blesse, et le SNPHAR-E avait fait part de ses craintes à ce sujet il y a quelques mois déjà, c'est au niveau du nombre d'internes à former et leur répartition entre la filière AR et la filière MIR.** Cette répartition est parue au

Journal Officiel (JO) le 26 décembre 2016 et quelle ne fût pas notre surprise de voir qu'il était prévu de former 97 MIR par an pour les cinq ans à venir ! Un chiffre bien trop important au regard de la démographie médicale actuelle et future et très éloigné des besoins en termes de santé publique. En effet, actuellement en France, les postes dans les réanimations polyvalentes (la situation des réanimations de CHU étant un peu à part) sont pourvus pour environ 50 % par les AR et 50 % par l'équivalent des futurs MIR. Or, former 97 MIR par an reviendrait à pourvoir tous les postes vacants ou devenant vacants dans les réanimations et unités de soins continus (USC) par des MIR. **Exit les AR ! Résultat : une menace directe pesant sur les médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) exerçant ou souhaitant exercer dans une réanimation polyvalente ou une USC ainsi qu'une perte d'attractivité majeure pour l'anesthésie-réanimation par la perte de sa valence « réanimation ».** Un non-sens complet quand on sait à quel point les 2 composantes de la spécialité sont imbriquées et indispensables à une bonne pratique de celle-ci au quotidien. Sans compter que le flux (ou plutôt le flot !) d'internes ayant un stage en réanimation dans leur maquette (AR et MIR, mais aussi médecine d'urgence et certaines spécialités médicales, comme cardiologie ou pneumologie) va considérablement augmenter au risque majeur de dégrader la formation de ces internes en réanimation (moins de patients à prendre en charge, moins de gardes). Une situation inacceptable pour le SNPHAR-E qui, de concert avec le nouvellement créé SNJAR (Syndicat National des Jeunes Anesthésistes-Réanimateurs), est monté au front pour dénoncer cette situation.

Après un communiqué de presse historique signé par toutes les composantes de l'anesthésie-réanimation et paru le 17 janvier dernier, une réunion a eu lieu à la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) le 25 janvier. Les pouvoirs publics y ont admis des défaillances au sein de leur propre système. Ainsi, l'estimation quant au nombre d'internes à former par filière avait été réalisée au doigt mouillé en particulier pour les MIR, derniers nés de la bande. Tout le travail d'estimation des besoins, des capacités de formation, pourtant demandé par la DGOS aux Observatoires Régionaux des Professions De Santé (ORDPS), n'a pas été effectué ou alors très partiellement. Devant cet aveu, les composantes de l'anesthésie-réanimation et le SNPHAR-E en particulier ont exigé que ce travail soit enfin réalisé et qu'il serve de base chiffrée objective pour arrêter le nombre d'internes à former au sein des deux filières du DESARMIR.

Le chiffre de 97 MIR à former par an est alors devenu caduc. Dans des délais extrêmement courts, un questionnaire a été rédigé par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), validé par les Conseils Nationaux Professionnels (CNP) AR et MIR et diffusé nationalement aux responsables des deux filières. L'ONDPS doit analyser les résultats à compter du 3 mars pour un rendu le 20 mars.

Si nous pouvons nous féliciter que la mobilisation de l'ensemble des composantes de la profession anesthésie-réanimation, en particulier ses composantes syndicales, a abouti à suspendre un nombre de MIR à former trop élevé en regard des besoins et mettant en danger l'exercice de l'anesthésie-réanimation dans son indispensable polyvalence, il convient de rester vigilant sur les conclusions qui vont être tirées de l'enquête menée. **Le SNPHAR-E ne se satisfait pas de résultat en inadéquation avec les besoins de santé publique et incompatibles avec le service le meilleur que nous souhaitons rendre aux patients.** À l'heure de l'impression de notre revue, nous ne savons pas sur quels chiffres réalistes s'appuiera la DGOS pour le nombre d'internes à former. Afin d'éviter une escalade, ne serait-il pas plus raisonnable de s'appuyer sur ceux du Conseil National de l'Ordre des Médecins ou sur ceux de D. Annane dans son article de 2012 dans la revue *Réanimation*<sup>1</sup> ?

## DÉLÉGATION DE TÂCHES : LE MARRONNIER DE L'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION ?

Sujet brûlant du début 2016, voilà que la délégation de tâches refait son apparition. La Haute Autorité de Santé (HAS) a fait part de sa volonté de faire effectuer des actes d'anesthésie locorégionale (ALR) par les IADE. **Après les cathéters centraux, voilà l'ALR aussi reléguée au niveau d'un simple acte technique. Une vision bien réductrice de la pratique d'anesthésie-réanimation.**

Le SNPHAR-E a exprimé son opposition à une telle proposition. Comme pour les cathéters centraux, il existe un *continuum* entre indication, réalisation et prise en charge d'éventuelles complications qui relèvent de l'expertise médicale. **Réduire ces gestes à leur simple dimension technique pour des raisons bassement économiques est en totale contradiction avec la qualité et la sécurité des soins que l'anesthésie-réanimation a su développer au cours de ces 20 dernières années** pour le bénéfice des millions de patients pris en charge dans les blocs, les réanimations, les USC ou en SMUR.

## PLAN ATTRACTIVITÉ

On le sait, l'attractivité des carrières médicales hospitalières ne se porte pas bien et représente un enjeu majeur pour l'avenir de l'Hôpital Public.

Des discussions ont lieu à ce sujet depuis maintenant plusieurs années et le SNPHAR-E est un interlocuteur du ministère *via* son intersyndicale Avenir Hospitalier.

Si nous avons malheureusement plusieurs raisons d'être déçus par les mesures annoncées par le ministère au sujet de l'attractivité, il y a aussi eu des avancées significatives à ce sujet, détaillées dans ce numéro.

- Pour les plus jeunes collègues, le versement d'**une prime d'engagement dans la carrière hospitalière publique pouvant aller jusqu'à 30 000 Euros** (le montant sera fonction des tensions démographiques géographiques et selon les spécialités) et avancée de deux échelons. En contrepartie, le praticien s'engage à travailler au minimum trois ans en établissement public de santé.
- **Les droits sociaux (congé maladie, maternité...) des PH non titulaires et Assistants Spécialistes ont enfin été alignés sur ceux des praticiens titulaires mettant fin à une inégalité insupportable.**
- **Une demi-journée de soirée a été attribuée aux médecins réalisant des journées longues.** Cette plage malheureusement ne peut être comptabilisée dans le temps de nuit. Le texte mal ficelé par les pouvoirs publics a conduit le SNPHAR-E à déposer un recours auprès du Conseil d'Etat.
- **L'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) est revalorisée à 700 euros bruts** (au lieu des 490,41 actuels). Cette mesure ne concernera que les praticiens pouvant justifier d'un exercice public exclusif continu ou non d'au moins 15 ans. Si le SNPHAR-E ne peut qu'exprimer son désaccord concernant les conditions de cet arrêté, il n'a pas jugé souhaitable de se lancer dans un contentieux face à cette mesure pouvant bénéficier à un nombre non négligeable de collègues. À noter que cette valorisation de l'IESPE, même sous condition, touchera plus de PH que la création d'un 14<sup>ème</sup> échelon. Le SNPHAR-E fera en sorte que cette revalorisation sous condition soit la première étape vers une revalorisation généralisée à l'ensemble des praticiens concernés.
- Par ailleurs, le temps de travail additionnel (TTA) de nuit, un non sens sémantique, disparaît au profit d'**un TTA uniquement de jour, mieux rémunéré.**
- Enfin, il y aura une **prime pour les praticiens exerçant sur plusieurs sites d'un Groupement Hospitalier de Territoire.**

Il reste encore quelques dossiers en chantier (le temps non clinique, les valences, le temps syndical) qui devraient être bouclés d'ici le début avril, date à laquelle la campagne présidentielle prendra le dessus avec le départ de quelques uns de nos interlocuteurs au ministère.

*Grégory Wood, Vice-Président du SNPHAR-E*

D. Annane *et al.* Démographie et structures des services de réanimation français (hors réanimation chirurgicale) : état des lieux. *Réanimation* (2012) 21 : S540-61

## Présidentielles : que disent les candidats sur l'hôpital ?

Paris a joint les conseillers santé des 5 candidats les mieux placés pour les élections présidentielles. Le service de communication de François Fillon nous a répondu ainsi qu' Hakim Bécheur pour Benoît Hamon, Mickael Ehrminger pour Marine Le Pen, Frédéric Pierru pour Jean-Luc Mélenchon et Jérôme Salomon pour Emmanuel Macron.

### CE QU'ILS NOUS ONT DIT À PROPOS DE L'HÔPITAL

#### Pour François Fillon

Les superpositions successives de normes législatives et réglementaires ont considérablement rigidifié l'exercice médical à l'hôpital. La situation actuelle est devenue si absurde que ces normes sont aujourd'hui très largement illisibles et incompréhensibles pour les professionnels eux-mêmes.

Cette situation coexiste avec une incapacité du système à véritablement valoriser les professionnels qui s'engagent fortement pour l'hôpital et à répondre à des problématiques aiguës d'attractivité de l'exercice médical hospitalier dans certains territoires et dans certaines disciplines.

Il résulte de ces constats le sentiment, largement répandu dans la communauté médicale hospitalière, d'une situation aujourd'hui bloquée et peu propice à l'innovation scientifique et au déploiement de perspectives de carrière attractives. La montée de ce sentiment de découragement constitue un motif majeur d'inquiétude pour l'avenir du service public hospitalier. Nous ferons donc du soutien à l'attractivité de l'exercice médical pour le service public hospitalier une priorité du quinquennat. Nous mettrons cette priorité en œuvre en préservant les statuts existants mais également en donnant plus de souplesse aux établissements. Leur autonomie sera ainsi renforcée pour mieux personnaliser les relations avec les médecins et proposer des solutions adaptées, en particulier pour les disciplines médicales qui ont le plus de mal à recruter.

#### Pour Benoît Hamon

Lorsqu'on fait le choix de l'hôpital public c'est parce que la vocation nous guide. Ce choix n'est jamais anodin... car ce médecin là a une philosophie de son métier qui est celle du service public.

L'hôpital est devenu une sorte d'entreprise qui tend à fonctionner comme une clinique commerciale et qui se perd dans une course à la rentabilité.

B. Hamon propose un plan de revalorisation des carrières et un plan pluri-annuel de recrutements de soignants. Les soignants, dont font partie les PH, n'ont pas vu leurs salaires revalorisés depuis les années 2000/2001 avec Martine Aubry.

Le médecin hospitalier doit travailler main dans la main avec les administratifs dans le respect mutuel et avoir son mot à dire. Il faut en finir avec la loi HPST.

#### Pour Marine Le Pen

Marine Le Pen n'envisage pas d'évolution des statuts médicaux à l'hôpital, en revanche, il est nécessaire, selon elle de protéger les praticiens hospitaliers face aux attaques qui se font jour.

Il faut protéger les personnels hospitaliers, et leur garantir des conditions de travail dignes, en luttant contre l'insécurité et les revendications communautaristes mais aussi contre les agressions physiques et verbales.

Garantir des bonnes conditions d'exercice pour les praticiens hospitaliers est une condition *sine qua non* de l'amélioration de la prise en charge des patients.

Les hôpitaux doivent pouvoir jouir d'une autonomie accrue dans l'élaboration de leur projet de soin, tout en restant encadrés bien entendu.

Les praticiens devraient également être associés de manière plus importante aux instances décisionnelles de l'hôpital, pour reprendre le dessus sur l'administratif et la comptabilité.

#### Pour Emmanuel Macron

L'attractivité des carrières à l'hôpital reste un sujet plus d'actualité que jamais. Les déserts hospitaliers se creusent, le recours à l'intérim touche désormais tous les établissements, et les enquêtes montrent qu'au delà de l'attachement indiscutable des praticiens au service public hospitalier, un désir de faire évoluer les parcours professionnels existe. Ce peut être l'évolution des missions, voire des spécialités, et il faudra engager un grand chantier des compétences en santé. Ce peut être aussi introduire de la modularité, reconnaître pour celles et ceux qui le souhaitent, plusieurs temps dans la carrière (un temps pour le soin, un temps pour des missions de management, etc), contractualiser la participation des praticiens à des missions hors soins, comme l'enseignement, la recherche clinique, l'animation du pôle, de la CME, etc. La carrière est et restera sécurisée nationalement, cela n'empêche pas de la faire évoluer pour la moderniser et l'adapter aux nouveaux enjeux. Enfin, j'ouvrirai le chantier très attendu par les professionnels des ressources humaines à l'hôpital, vers une véritable gestion prévisionnelle des emplois et carrières.

#### Pour Jean-Luc Mélenchon

L'hôpital n'a plus les moyens d'être attractif et de garantir des conditions de travail décentes aux soignants, dont les PH font partie. L'hôpital a besoin de ressources humaines et financiè-

res. « Nos hôpitaux s'enfoncent en raison d'une gestion à courte vue comptable : soit de petites économies qu'on croit réaliser et qui coûtent bien plus cher à la fin. »

Cette gestion à courte vue des ressources humaines hospitalières a engendré le développement du mercenariat. Les petites structures se tournent vers l'intérim à des coûts exorbitants.

JL Mélenchon entend réaffirmer le statut de la fonction publique hospitalière en recrutant massivement des personnels soignants, en leur garantissant des retraites satisfaisantes, ainsi que des rémunérations justes et adaptées.

Il devient urgent de stabiliser les équipes car le système actuel est totalement désorganisé, notamment avec les intérimaires. Il faut en finir avec ça, stabiliser les statuts et les rendre le plus attractifs possible.

Les hôpitaux doivent être véritablement autonomes. Cette autonomie ne doit pas être un fardeau qui encourage la gestion de la pénurie. L'autonomie est une bonne chose lorsqu'on développe des logiques territoriales de santé.

## CE QU'ILS NOUS ONT DIT À PROPOS DES GHT ET DE LA T2A

### Pour François Fillon

Nous devons aider l'hôpital et ses professionnels en leur donnant plus de souplesse de fonctionnement et en renforçant le mouvement de recomposition de l'offre dans une logique de qualité, de sécurité et de gradation plus lisible de l'offre de soins.

Ce principe d'autonomie, les professionnels hospitaliers y sont viscéralement attachés. C'est pourquoi, notre but est de donner une nouvelle vie à l'autonomie de l'hôpital ! C'est de faire pour l'hôpital public ce que nous avons fait en 2007 pour l'Université. C'est de permettre aux professionnels qui le veulent de travailler davantage et de voir ce travail justement reconnu et rémunéré. Car le choix de l'engagement pour le service public et les contraintes qu'il emporte doit être encouragé et valorisé. Nous défendons cette idée depuis longtemps. Cette autonomie revitalisée doit pouvoir s'exercer dans le cadre des territoires de santé dans une logique résolue d'ouverture sur l'ensemble des partenaires de l'offre de soins. Nous amènerons donc les groupements hospitaliers de territoire, dont les principes structurants seront conservés s'agissant de la recomposition de l'offre de soins publique, à s'ouvrir résolument vers la médecine de ville et les établissements privés.

Le principe d'un financement des établissements en fonction de la réalité de l'activité de soins doit être préservé. Ce système reste incomparablement plus pertinent que celui des dotations globales et forfaitaires qui bloquent les projets des établissements et de leurs équipes. Mais nous devons tenir compte des limites constatées en pratique – effets inflationnistes ou risques de sélection de patients – pour améliorer le système et surtout intégrer des modes de financement plus

transversaux au parcours. « Je pense notamment à l'enjeu majeur d'une approche plus transversale de la prise en charge de la perte d'autonomie. »

### Pour Benoît Hamon

Nous pensons que les GHT sont une bonne idée, car il fallait faire en sorte qu'il y ait des filières de soins regroupées, selon une cohérence territoriale.

Pourtant, tout n'est pas mis en œuvre pour que les GHT soient une réussite... Il faut y mettre les moyens nécessaires pour permettre aux soignants de mener à bien les nouvelles missions prévues. On ne peut plus demander toujours plus avec autant, voire moins, de moyens !

Dans le cadre des déserts médicaux, il est prévu de créer une mission nationale d'accès aux soins (MINAS). Cette mission sera dotée de larges prérogatives et fera en sorte que les PH puissent être aidés durant leur installation dans ces déserts médicaux. La MINAS prendra également en compte l'entourage du médecin.

On considère qu'en diminuant l'offre de soins, nous ferons des économies. Peut-être... Ce qui est certain, c'est que cela se ferait au détriment de la qualité des soins car le recours à l'hôpital augmente chaque année.

Le programme de B. Hamon prévoit de maintenir une offre publique de soins susceptible de répondre aux besoins. Il existe un réel problème d'encombrement des urgences, mais qui ne doit pas nous faire ignorer les problèmes d'aval à l'issue de l'hospitalisation. Plutôt que de fermer des lits, il faut les transformer (par exemple nous avons de plus en plus besoin d'EPHAD et de soins de suite).

Concernant la T2A, B. Hamon ne veut pas la supprimer, mais plutôt faire en sorte qu'elle ne soit pas appliquée à toutes les prises en charge. Les maladies chroniques, l'éducation thérapeutique, les soins palliatifs, ne peuvent pas être tarifés à l'acte. Nous ne pouvons pas faire de la médecine humaniste avec ce type de financement qui induit une course aux actes, un *turn-over* permanent pour que les patients quittent l'hôpital au plus vite. Il faut créer un mix de financement intelligent en associant à la T2A, un paiement au forfait ou au prix de journée, en fonction des situations. L'idée de B. Hamon est d'apporter le juste soin au meilleur coût. La question du financement de l'hôpital est une question centrale qui devra être traitée en priorité, avec celle de l'amélioration des conditions de travail des soignants.

### Pour Marine Le Pen

Le FN et Marine Le Pen s'opposent fermement à la manière dont les GHT ont été instaurés : « *comme d'habitude, sans concertation, de manière autoritaire, engendrant une mobilité forcée pour les professionnels et les patients.* »

Il faudra donc réétudier de manière stratégique les mutualisations pertinentes et souhaitables, sans altérer ni les conditions d'exercice des soignants, ni l'accessibilité des patients aux structures, ni la qualité des soins.

La mise en place des GHT a été plus que brouillonne, précipitée, mal étudiée et n'a surtout pas permis d'atteindre les objectifs fixés.

Si la T2A a fait preuve d'une certaine pertinence pour une partie des soins (environ 30 à 40 % des soins hospitaliers), elle reste inadaptée aux pathologies chroniques et complexes, ainsi qu'aux soins palliatifs.

La T2A a instauré une logique de comptabilité d'entreprise à l'hôpital, et a entraîné des abus dans certaines structures, avec des facturations d'actes non pratiqués ou des surévaluations de la gravité des pathologies.

La tarification hospitalière devra donc évoluer. Il est envisageable de conserver la T2A pour les actes auxquels elle s'applique bien (notamment les actes techniques et individualisés). Il peut être envisagé, après concertation avec les différents acteurs, d'adopter une dotation modulée à l'activité pour l'activité qui se prête mal à la T2A.

Le but est de parvenir à un mode de tarification qui permette à la fois à l'hôpital de dégager des marges pour l'investissement et l'amélioration de la prise en charge, mais également de mieux prendre en compte la réalité de l'exercice hospitalier et ses spécificités humaines.

La T2A n'incite pas non plus à consacrer du temps aux tâches « humaines », car elles ne sont pas valorisées financièrement ; ainsi, qu'un aide-soignant dépose un plateau-repas à un patient ou qu'il lui dépose le plateau-repas et l'aide à manger, l'hôpital percevra la même somme.

#### Pour Emmanuel Macron

L'organisation des soins à l'hôpital a avant tout besoin d'un peu de stabilité. L'hôpital n'a jamais pu ces dernières années prendre le temps d'arrêter le cycle infernal des grandes réformes pour regarder un peu en arrière et se projeter dans l'avenir. « *Même je ne crois pas à l'uniformité du modèle en matière de gouvernance, selon la taille des établissements, des services, des pôles, le dynamisme des équipes...*, je ne souhaite écrire un nouveau décret alors que l'encre du précédent n'est pas encore sèche. En revanche, oui, je veux conférer demain davantage d'autonomie demain aux hôpitaux, mais une autonomie au service du mieux soigner. » Par exemple, leur permettre d'être compétitifs dans le recrutement de professionnels, notamment ceux dont l'offre est insuffisante au regard des besoins, pour, *in fine*, organiser sur tout le territoire des soins de qualité, donnés dans de bonnes conditions par des équipes inscrivant leur exercice dans la durée. L'autonomie, je veux aussi en donner dans la constitution des groupements hospitaliers de territoire. Le cadre légal est posé, les GHT font sens, pensés comme des outils au service de l'organisation des soins dans les territoires. Il faut désormais les faire vivre à partir du terrain ! Un projet médical de territoire implique certes des règles de fonctionnement collectif et une définition claire du territoire, mais dès lors, c'est aux équipes concernées de faire vivre l'envie de coopérer. Par ailleurs ne gagnerait-on pas à bâtir nos GHT en lien, lorsque

cela fait sens et lorsque cela est possible, avec des établissements privés, avec la médecine de ville ?

Un mot sur le budget. « *Je suis le seul candidat à proposer un ONDAM pluriannuel sur la durée du quinquennat, et à m'engager sur une hausse du budget de 2.3% tous les ans. Pourquoi? Parce que je considère qu'on a déjà demandé beaucoup d'efforts aux hôpitaux, et qu'il faut leur garantir une capacité d'investissement, pour conserver un parc moderne, et pour financer des innovations techniques et organisationnelles.* » L'hôpital, c'est le lieu du soin, de la formation, de la recherche, et c'est un grand pourvoyeur d'emplois. Il faut en retour lui accorder de la lisibilité, de la visibilité, et les moyens de mener l'ensemble de ses missions à bien. J'ai annoncé mon souhait de faire évoluer les modes de financement des établissements de santé pour les rendre plus justes et compréhensibles, et moins chronophages pour les professionnels. Réduire un tarif en cours d'année pour tenir le budget n'est pas tenable à long terme. Je veux aussi réduire la part de la T2A pour développer des projets de parcours de soins, sortir de la logique en silos.

#### Pour Jean-Luc Mélenchon

Les GHT font toujours l'objet d'un débat au sein de l'équipe de campagne de JL Mélenchon.

L'idée de mettre en complémentarité les hôpitaux existait dans la réforme de 58 avec les CHU. À l'époque une graduation des établissements semblait déjà nécessaire. « *Ce qui nous inquiète c'est l'obsession de la maîtrise des coûts à laquelle nous sommes opposés.* » L'hôpital a déjà beaucoup donné en termes de maîtrise de coûts. « *Nous pensons que les GHT sont un bon instrument au service d'une mauvaise politique.* » Ces groupements pourraient redynamiser les petites structures qui sont en train de mourir et qui sont indispensables au maillage hospitalier du territoire. Pour le moment, c'est une idée au service d'une mise sous pression de l'hôpital grâce à laquelle on annonce des économies budgétaires.

JL Mélenchon veut sortir du « tout T2A » que la droite veut accentuer. Il faut sortir de ce consensus autour de la tarification à l'activité. « *Nous pensons qu'il faut privilégier la dotation globale qui est plus pertinente pour la prise en charge des maladies chroniques.* » C'est un des principaux objectifs du candidat Mélenchon. La médecine est plurielle, elle a donc besoin de financements pluriels, adaptés à chacune des trois grandes médecines. Certaines maladies s'intègrent bien dans le cadre de la tarification à l'acte : les « maladies standards » telles que la pose de prothèse de hanche, ou l'opération de la cataracte contrairement aux maladies chroniques qui nécessitent, elles, un véritable travail d'éducation thérapeutique. La T2A continue de créer une logique perverse qui introduit un conflit d'intérêt entre la sécu et les hôpitaux, il faut absolument sortir de cette logique.

## Qu'a apporté le dernier quinquennat à l'hôpital public et aux médecins hospitaliers ?

La fin d'un quinquennat est souvent l'occasion d'un bilan. Marisol Touraine, une des rares ministres à avoir traversé la mandature de François Hollande de bout en bout, a été l'unique interlocutrice des organisations syndicales médicales. Il apparaît donc aisé de suivre le fil de sa démarche de discussions et de négociations, au cours de ces 5 dernières années.

À travers une interview croisée, PHAR-E a interrogé deux membres du Conseil d'Administration du SNPHAR-E (Max-André Doppia, Président d'Avenir Hospitalier et Patrick Dassier, Trésorier) qui n'ont pas eu le même regard sur cette période.

### PHAR-E : Qu'a apporté ce quinquennat à l'hôpital public ?

**Max-André Doppia :** Je salue la décision de Marisol Touraine d'avoir restauré l'hôpital dans ses prérogatives de service public. Mais le plan d'économies de 3 milliards d'euros et un taux directeur insuffisant déstabilisent gravement l'hôpital public dont les personnels souffrent. En novembre 2011, quand le SNPHAR-E a créé Avenir Hospitalier, toute discussion était impossible avec le ministère de la santé de l'époque. Entre 2007 et 2012, les réformes T2A à 100 % et HPST, ont bouleversé les équilibres qui préexistaient dans un environnement devenu concurrentiel et de marché où le sort du soignant passait forcément au second plan.

**Patrick Dassier :** Dans les promesses électorales de François Hollande, il y avait l'abrogation de la loi HPST. Or, on ne relève que quelques amendements à la réforme de Roselyne Bachelot.

Par ailleurs, dès janvier 2013, le ministère a créé le concept du compte-épargne temps (CET) historique et pérenne entraînant une diminution du nombre total de jours capitalisables sur le CET de 300 à 208 jours, par limitation du dépôt annuel à 20 jours sur le CET. Cette régression statutaire a des conséquences, et non des moindres :

- en cas de suppression de la Loi des 35 heures, l'année de travail passera de 208 à 228 jours,
- devant la pénurie de PH et l'intensification du travail, les PH se retrouvent devant l'obligation de faire des plages additionnelles rémunérées à la hauteur de 240 euros net, soit une Ubérisation du travail médical,
- le delta 39H-48H n'est toujours pas reconnu et compensé.

### PHAR-E : Il y a donc eu discussion, ce qui faisait défaut au quinquennat précédent ?

**P. Dassier :** En effet, mais le Pacte de Confiance avec la mission d'E. Couty n'a débouché sur rien et a donné la tendance ultérieure : deux ans perdus et cinq années gagnées pour le ministère. Puis, la Mission Le Menn devait élaborer des mesures attractives. Durant cette mission, on a évoqué le « vieux concept » que tout travail mérite d'être honoré et que le temps de garde doit être reconnu dans sa totalité. La déception a été grande. La ministre a proposé une nouvelle Loi de Santé en janvier 2016 qui a confirmé, dans ses grandes lignes, la Loi HPST et l'avènement des GHT pour gérer la pénurie démographique avec le risque du développement d'une médecine foraine

“ La mission d'E. Couty n'a débouché sur rien et a donné la tendance ultérieure : 2 années perdues et 5 gagnées pour le ministère !

P. Dassier

”

**MA. Doppia :** Avenir Hospitalier (et donc le SNPHAR-E) ont participé à toutes les négociations et concertations à venir, dans un contexte d'enveloppe extrêmement contrainte pour la santé. Le Pacte de Confiance et la Mission Couty ont été un espace véritablement ouvert. Nous avons rapidement déchanté : tout le travail mené n'a pas impulsé une dynamique ascendante pour l'hôpital public et ses acteurs ... La mission confiée au Sénateur Le Menn a emboîté le pas à un Pacte de Confiance qui n'avait pas suffi à la ministre. Je ne peux m'empêcher de citer ici le Rapport-qui-Pique, financé par le SNPHAR-E en 2015, lequel a su dresser un tableau d'une situation hospitalière intenable, comprise par tous et qui appelait, à des mesures volontaristes. (<http://www.snphar.com/data/upload/files/leRapportQuiPique.pdf>). Nous attendions des avancées réglementaires significatives, notamment une entrée à échelon plus élevé pour les jeunes et une meilleure reconnaissance de la permanence des soins. La ministre a privilégié des axes en perspective avec sa Loi de santé, notamment l'intégration de la création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) comme entité où l'attractivité pourrait mieux s'exprimer. Nous avons, dès le départ, exprimé

les insuffisances du Plan. Fallait-il pour autant le rejeter ? Il aura fallu plus d'un an de concertation pour que le sujet central du temps de travail ne soit pas traité au fond.

### **PHAR-E : Vous semblez d'accord. Le bilan a donc été globalement négatif ?**

**MA. Doppia :** Non ! Il y a eu le décret de septembre 2013 sur les Commissions Régionales Paritaires (CRP) qui ont précisé des missions nouvelles (cf encadré ci-contre et article paru dans le PHAR-E de février 2014 : [http://www.snphar.com/data/A\\_la\\_une/phar67/Dossier3-67.pdf](http://www.snphar.com/data/A_la_une/phar67/Dossier3-67.pdf)) bien que ce bilan régional soit assez décevant. Rien n'a été concrètement fait pour favoriser la dynamique que nous souhaitions. Pourtant, les CRP, sont aujourd'hui par la loi, le seul lieu possible d'expression syndicale (en dehors du niveau national au ministère).

Le décret CME de 2013 n'a pas bouleversé la construction autoritaire d'HPST. Certes, la notion de service a été rétablie, le président de CME et le Chef de Pôle proposent et le chef de service est entendu pour la nomi-

nation d'un PH. Il faudra faire évoluer la vie intra-hospitalière vers un fonctionnement plus démocratique avec implication syndicale.

“ Il faudrait réinvestir les sommes de l'intérim pour valoriser les débuts de carrière des plus jeunes !

**MA. Doppia**

”

août 2016, du salaire de praticien hospitalier (et ceci après le maintien du gel de nos émoluments depuis août 2010) et la normalisation, en 2017, de la protection sociale (et pour la maternité) des praticiens hospitaliers contractuels et attachés. Il était grand temps !

### **PHAR-E : Et le plan attractivité des carrières médicales ?**

**MA. Doppia :** Nous avons toujours dit que ce plan était insuffisant. Dans un espace très étroit, des avancées sont malgré tout apparues. D'abord, avec les astreintes qui ont été revalorisées. L'incorporation des temps de déplacements dans le temps de travail, avec temps de trajet inclus, sont un acquis social majeur. L'égalité des droits d'exercice en début de carrière va faciliter la conciliation vie professionnelle-vie personnelle pour celles et ceux qui choisiront un temps partiel. La prime d'installation aux zones ou spécialités en carence : entre 10 000 € auxquels peuvent s'ajouter 20 000 € pour deux spécialités reconnues en détresse (anesthésie réanimation et radiologie). L'harmonisation des

droits sociaux des différents statuts de médecins, comme l'a rappelé P. Dassier, a été obtenue : un minimum !... Un tarif unique de temps additionnel (en jour) permet le maintien du versement de l'indemnité de sujétion et valorise de fait cet exercice de 100 €. La valorisation de la plage de fin de journée, en attente du recours en Conseil d'Etat, déposé par le SNPHAR-E.

**P. Dassier :** L'arrêté de novembre 2013 sur l'astreinte a fait l'objet d'un texte abscons et difficile à mettre en place. De nombreux établissements ne l'ont toujours pas appliqué. Il ne reconnaît pas la 3<sup>ème</sup> demi-journée de la période de nuit, ce qui a fait l'objet d'un recours au Conseil d'Etat pour écriture juridique non conforme. Le temps additionnel, reconnu comme du temps uniquement de jour, n'est que justice après des années de discussions avec les directions hospitalières qui le ciblaient uniquement sur la nuit, pour faire des économies sur le travail des praticiens hospitaliers. Le SNPHAR-E a également déposé en janvier 2017, un recours contre l'arrêté du 16 novembre 2016 sur la création de la demi-journée de soirée. Cette 3<sup>ème</sup> demi-journée (DJ) de jour, a, selon les pouvoirs publics, pour but d'améliorer la performance des plateaux techniques. Elle débute après la période de jour (c.à.d. à 18H ou 18H30) et ne concerne que les activités programmées. Sa durée est de 4 heures en cas de travail continu ou de 5 heures si discontinu. Outre que cette 3<sup>ème</sup> DJ aurait dû faire l'objet d'un décret, elle permet aux administrations hospitalières de déroger à la durée maximale journalière de travail et ne respecte pas le principe du repos quotidien de 11 heures (Directive Européenne 2003/88/CE). Cette 3<sup>ème</sup> DJ exclut toute activité nocturne au titre de la garde et de l'astreinte. Elle conforte la dérive actuelle des hôpitaux : l'intensification du travail et la possibilité du travail en 12 heures. Cette stratégie est conforme à la volonté du ministère, de refuser de créditer la période nocturne de gardes ou d'astreinte (déplacée) à la hauteur de 3 demi-journées.

**MA. Doppia :** Cette 3<sup>ème</sup> plage de nuit, le ministère est d'accord pour la donner, mais pas à tous malgré l'accord unanime des 5 intersyndicales de PH. Le ministère s'y oppose depuis le début. Nous proposons un seuil qui devra baisser progressivement jusqu'à une garde pour que le principe de la troisième plage s'applique définitivement. Le temps déplacé en astreinte doit aussi être intégré dans ce schéma pour coller à la Directive Européenne. Concrètement, un consensus pourrait se dégager sur ce point, si on nous laisse le temps de négocier... L'augmentation de 200 € de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) au 1<sup>er</sup> janvier 2017 pour les praticiens pouvant

justifier de 15 ans de contrat signé. Cette mesure concerne trois fois plus de praticiens hospitaliers que la création d'un 14<sup>ème</sup> échelon.

**P. Dassier :** Cette augmentation de l'IESPE est loin d'être une mesure d'attractivité puisqu'elle exclut d'emblée les jeunes collègues. Elle s'apparente à une inégalité de traitement vis-à-vis de nos jeunes collègues. À un moment où les effectifs médicaux sont au plus bas, le développement d'un intérim interne pour les plus jeunes, aurait été une aubaine pour maintenir le temps médical et augmenter leurs revenus.

**MA. Doppia :** Ajoutons la création d'un statut de praticien remplaçant qui, en l'état, ne pourrait être utile qu'à quelques praticiens hospitaliers statutaires souhaitant « prendre l'air ». Les conditions financières insuffisantes limiteront la portée du dispositif. Le plafonnement progressif des tarifs offerts pour l'intérim médical, avec une dégressivité sur 3-4 ans, est là encore, selon nous, insuffisant. Il faudrait réinvestir les sommes de l'intérim pour valoriser les débuts de carrière des plus jeunes. Les primes d'exercice territorial se substituent à la prime multi-sites qui disparaît. Enfin, la création au sein de la CME d'une sous-commission de conciliation pour les PH en souffrance au travail et les mesures annoncées dans le cadre de la Stratégie Nationale de Qualité de Vie au Travail, le 5 décembre 2016, méritera notre forte implication pour fonctionner.

### PHAR-E : Un dernier mot ?

**MA. Doppia :** Nous avons quelques chantiers qui ne sont pas finalisés : le temps non clinique, que nous appelons valences. Nous avons plaidé pour une vraie reconnaissance, impliquant une délibération au sein de l'équipe médicale avec détermination des besoins de recrutement au niveau de l'établissement et instance de recours, en cas de refus de la direction. Cette proposition est toujours à l'arbitrage. Concernant les droits et moyens syndicaux, nous attendons les dispositifs réglementaires pour que vous puissiez exercer pleinement vos droits (locaux à disposition, temps syndical...). Je voudrais souligner que, quelles qu'aient pu être et sont encore nos différences d'approches avec les pouvoirs publics, le respect mutuel a toujours prévalu durant ces années de concertation à la DGOS. Par les temps gris que traverse notre pays, il faut nous en féliciter et souhaiter que ce respect des partenaires sociaux perdure.

**P. Dassier :** J'ajouterai une dernière ombre au tableau : l'extension de prolongation d'activité sous forme de cumul emploi-retraite jusqu'à 72 ans qui est loin

d'être une mesure d'attractivité, mais plutôt une méthode contournée pour masquer la dévalorisation des points IRCANTEC et repousser l'âge de la retraite. Enfin, quelques arguments fallacieux pour masquer la pingrerie budgétaire : les administrations hospitalières ont d'une part supprimé le versement (prorata temporis) de l'IESPE aux PH temps partiels (le SNPHAR-E a écrit à la DGOS, le 15 février 2017, sans réponse), et d'autre part, refusent de verser la prime de précarité en fin de contrat de PH contractuels. La création récente du coDES anesthésie-réanimation/médecine intensive réanimation (DESARMIR), sous couvert d'une normalisation européenne, est le dernier coin pour tenter de déposséder la Réanimation de l'Anesthésie. Alors pacte de confiance ? Plutôt pacte de défiance...

### LA CRP EST CONSULTÉE PAR LE DG ARS SUR :

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

## Ce qu'il faut savoir sur l'IESPE

### Arrêté du 20 décembre 2016 modifiant l'arrêté du 8 juin 2000 relatif à l'indemnité d'engagement de service public exclusif

#### L'IESPE, qu'est-ce que c'est ?

C'est la prime d'engagement de service public exclusif, autrement dit une compensation parce que vous renoncez à avoir une activité libérale à l'hôpital.

#### En période probatoire suis-je concerné par l'IESPE ?

Non, vous ne pouvez conclure ce contrat d'engagement qu'à compter de la date d'effet de la nomination à titre permanent.

#### Quelles conditions dois-je remplir pour prétendre à l'IESPE ?

Vous devez être nommé à titre permanent, et vous engager, par contractualisation avec le directeur de votre établissement, à ne pas exercer d'activité libérale mentionnée à l'article L. 6154-1 du code de la Santé publique pendant une durée de trois ans.

#### À qui dois-je transmettre mon contrat signé ?

Votre contrat doit être transmis au directeur général de l'Agence Régionale de Santé.

#### Quelles sont les conditions pour renouveler mon contrat ?

Les conditions de renouvellement du contrat sont les mêmes que celles du contrat initial.

#### Que se passe-t-il si je ne respecte pas mon contrat sur la totalité de sa durée ?

Si vous dénoncez votre contrat avant son terme pour exercer l'activité libérale mentionnée à l'article L. 6154-1, il sera procédé au recouvrement du montant de l'indemnité déjà versée au titre du contrat dénoncé.

#### Que se passe-t-il si en fin de contrat, je ne le renouvelle pas ?

Vous êtes en droit de ne pas renouveler votre contrat, même sans intention d'avoir une activité libérale, mais vous perdez le bénéfice d'accès au 2<sup>ème</sup> palier de la prime qui impose d'avoir contractualisé pendant 15 ans sans discontinuité.

#### Que se passe-t-il si je quitte mes fonctions ?

Si vous mettez fin à vos fonctions, le montant de l'indemnité déjà versée au titre du contrat en cours reste acquis.

#### Que se passe-t-il si je change d'établissement en cours de contrat ?

Si vous changez d'établissement d'affectation en cours de contrat, un nouveau contrat est obligatoirement passé, dans les mêmes formes, avec le directeur de l'établissement où vous êtes nommé pour la durée restant à courir.

#### Qui peut prétendre à un contrat d'IESPE ?

- Les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux, les assistants hospitaliers universitaires et les praticiens hospitaliers universitaires.
- Les personnels enseignants et hospitaliers titulaires.

- Les praticiens attachés.
- Les praticiens hospitaliers titulaires à temps plein et à temps réduit.
- Les praticiens hospitaliers titulaires à temps partiel (cf site FHF\*), car le droit accordé aux temps partiels n'est pas retrouvé dans l'arrêté du 8 juin 2000. Une question à la DGOS a été rédigée par le SNPHAR-E, la réponse est en attente.
- Les praticiens hospitaliers mis à disposition au titre des articles R. 6152-50.
- Les praticiens hospitaliers placés en recherche d'affectation au titre de l'article R. 6152-50-1.
- Les praticiens hospitaliers détachés d'office dans un établissement public de santé au titre de l'article R. 6152-54 du même code.

#### Si j'ai droit à l'IESPE, quel montant me sera versé ?

Si vous remplissez les conditions requises pour toucher l'IESPE, vous toucherez au premier palier une prime de 490,41 euros par mois. Si vous justifiez de 15 ans de contrat sans discontinuité, cette prime est portée à un deuxième palier de 700 euros par mois applicable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Si vous êtes praticiens hospitaliers titulaires exerçant vos fonctions à temps partiel, le montant de l'IESPE s'élève à 294,25 euros brut mensuels pour le premier palier et à 420 euros bruts mensuels pour le second palier de la prime.

#### Que se passe-t-il si j'ai 15 ans de contrat et que je viens de résigner un 6<sup>ème</sup> contrat de trois ans avant la sortie de l'arrêté du 20 décembre 2016 ?

Pour être éligible pour toucher une indemnité de palier 2, vous avez la possibilité de signer un avenant à votre contrat. L'avenant est passé dans les mêmes formes que le contrat initial pour la durée du contrat restant à couvrir.

#### J'ai contractualisé, pendant 15 ans et plus, sans discontinuité, mais j'ai changé d'établissement durant cette période. Que dois-je faire pour justifier de mes droits ?

Il vous appartient de prouver en effet que vous remplissez bien les conditions, en produisant vos contrats s'ils sont en votre possession. Dans le cas inverse, il vous faudra faire la demande d'un duplicata auprès des directions d'établissements en question après avoir vérifié que l'IESPE ne figure pas sur vos fiches de paye de l'époque (la ligne comptable « indemnité de service public exclusif » avec son montant, est en général notifié sur les fiches de paye).

Véronique Agaësse

\* <http://www.fhf.fr/Ressources-humaines/Gestion-du-personnel-medical/Revalorisation-de-l-IESPE-arretes-du-20-decembre-2016>

# La FHF dans la campagne électorale

La Fédération hospitalière de France (FhF), organisme qui regroupe les établissements de santé, leurs dirigeants et les conférences de PcMe et de directeurs, vient de publier sa plateforme de propositions pour 2017, année électorale.

Les positions de la FhF sont toujours à prendre en compte très attentivement, la FhF étant un puissant lobby face aux pouvoirs politiques quels qu'il soient. À la manœuvre pour hPs t, pour la territorialisation et les ght, on voit que leurs propositions sont entendues, reprises et concrétisées, même si ce n'est pas instantané.

**La FHF se veut à la fois défense du service public, et défense des employeurs hospitaliers : deux positions qui parfois mènent à un grand écart idéologique. On a pu le voir lors de toutes les discussions sur l'attractivité des carrières médicales hospitalières, où ses représentants ont toujours freiné toute avancée notable, tout en affichant officiellement des besoins de réformes pour réenchanter les praticiens hospitaliers.**

La plateforme présidentielle de la FHF ([www.fhf.fr/Actualite/A-la-Une/La-plateforme-de-propositions-de-la-FHF-pour-2017-2022](http://www.fhf.fr/Actualite/A-la-Une/La-plateforme-de-propositions-de-la-FHF-pour-2017-2022)) présente 12 orientations politiques à l'intention des candidats, et 50 propositions plus détaillées, destinées au prochain ministre de la Santé, afin de « déverrouiller » le système de santé et « libérer les énergies » des professionnels. Vous pouvez lire l'analyse faite sur le site Avenir Hospitalier (<http://www.avenir-hospitalier.fr/index.php/%202-non-categorise/371>).

En résumé, ce n'est pas le Projet Médical tel que conçu par la FHF qui va redonner envie aux praticiens de s'engager dans le service public : une fois de

plus, ce sont les équipes qui doivent le concevoir, et non des managers même médicaux, même après une révolution du management.

En réalité, tant que le Service Public Hospitalier sera contraint par un ONDAM trop bas, par une nécessité de courir après la rentabilité au prix, de choisir ses patients, d'user à la tâche ses acteurs ou à les faire partir écœurés par les incompatibilités entre ce pourquoi ils ont choisi le service public et ce qu'on les oblige à vivre, toutes les clés de déverrouillage ne seront qu'un cautère sur une jambe de bois : ce n'est pas ça qu'une plateforme destinée au futur Président de la République doit contenir.

**« Ce n'est pas le Projet Médical conçu par la FHF qui va redonner envie aux praticiens de s'engager dans le service public ! »**

*Nicole Smolski, Présidente d'APH*

## LES CLÉS DE DÉVERROUILLAGE

**Entendre que l'hôpital est verrouillé est assez infamant, quand on voit les capacités d'adaptation dont il est capable en cas de crise sanitaire ou lors des attentats récents.**

**Bien sûr que l'hôpital doit évoluer, avec son temps et son environnement. Mais ces clés sont tellement sous-tendues par un processus idéologique et politique de libéralisation, d'autonomie, de levée de toutes les « contraintes » qui empêchent les managers de gouverner comme ils l'entendent, que la lecture de ces clés de déverrouillage conduit à la nausée : en filigrane, on peut lire que la suppression des statuts, des professions, des directives européennes protectrices, des arbitrages par l'État, des outils de dialogue social actuels, vont permettre à des hôpitaux autonomes d'augmenter la durée de travail, de modifier les rémunérations, d'organiser les délégations de tâche comme bon semblera localement utile à ces managers et cadres enfin renforcés dans leur autorité.**

**Sauf que si nous voulons ce genre d'organisation du travail, encore pire que maintenant puisqu'il existe des garde-fous, autant aller dans le privé, où nous gagnerons plus, tout en étant mieux considérés par les directions !**

# Hôpital « déverrouillé » : témoignages de deux PH qui subissent le déverrouillage de leur hôpital



L'hôpital et le service d'anesthésie-réanimation dans lequel travaille ces PH que nous avons rencontrés, ont mis en place depuis quelques années des pratiques « novatrices », assez inhabituelles pour la spécialité, sortant des recommandations de la SFAR, ou des pratiques habituelles.

La justification est rapportée à des problèmes d'effectifs criants au moment où cela a été mis en place. Mais ces nouvelles pratiques sont portées par la FHF comme étant à même de « déverrouiller l'hôpital ».

PHAR-E a interviewé deux praticiens hospitaliers qui travaillent dans un hôpital « déverrouillé », qui ont souhaité rester anonymes.

**PHAR-E : Les nouvelles pratiques mises en place ont-elles été concertées avec l'équipe ?**

**PH 1 :** Pas tellement et d'ailleurs j'ai la nette impression qu'en général nous sommes de moins en moins consultés... Le sujet a été abordé brièvement pendant des réunions non ciblées au cours desquelles ces sujets là n'ont pas été approfondis.

Ces pratiques ont été mises en place petit à petit depuis 5 ans, et pour être clair les équipes ont fait avec. Les consultations téléphoniques ont été abordées un peu plus en détails pour la mise en pratique.

**PHAR-E :** Justement, concernant les consultations par téléphone pensez-vous que ce soit un gain de temps pour le médecin et le patient ainsi qu'un gain en efficacité pour l'hôpital et quid des risques péri-opératoires ?

**PH 1 :** C'est un gain de temps pour les patients, surtout ceux qui viennent de loin, mais ce n'est pas le cas pour les médecins.

Je ne suis pas contre les consultations téléphoniques si elles sont pratiquées dans un cadre bien précis (patient sans pathologie lourde ou déjà connu avec à une consultation récente et qui doit être opéré d'un geste simple). Mais le système est parfois déviant et on se retrouve à gérer des situations limites.

La définition d'une consultation médicale est : un interrogatoire, un examen clinique et une conclusion. Que vaut une consultation téléphonique au niveau

médico-légale ? On ne le sait pas. D'autre part, ces consultations ne sont pas rémunérées. À mon avis, si la consultation téléphonique doit se généraliser, il faut repenser toute son organisation dans sa globalité en tenant compte bien sûr de la sécurité du patient.

“  
De nouvelles pratiques  
mises en place  
insidieusement depuis  
5 ans, sans réelle  
concertation des équipes !

”  
**PH 2 :** Les consultations téléphoniques sont réalisées dans des conditions bien précises : les

patients concernés ont déjà été vus en consultation au cours des mois précédents pour la pathologie en question. À partir de la consultation classique, le médecin doit mettre à jour le dossier pour prévenir des risques éventuels de phlébite ou d'infection et puis on se met d'accord avec le patient sur le geste anesthésique qui sera réalisé. Je ne pense pas que ce soit un gain de temps pour le médecin car il faut consulter le dossier du patient avant de lui téléphoner et une fois qu'on essaie de le contacter il faut s'y prendre à deux ou trois fois avant de pouvoir le joindre. Je ne crois pas non plus que ce soit un gain pour l'hôpital puisque ces consultations par téléphone ne sont pas facturées. Par ailleurs, je trouve que pour certains patients qui, notamment après chi-

“ Les jeunes qui voient comment ça se passe, notamment en termes de rémunération et d'absence de vie de service, n'ont pas envie de rester ! ”

urgie orthopédique, sont handicapés pour se déplacer ; c'est un véritable confort qu'on leur propose, un service rendu non négligeable.

**PHAR-E : Une autre de ces pratiques : la pose des cathéters centraux par des IADE. Selon vous, est-ce un gain d'efficacité sans risque pour les patients ?**

**PH 1 :** La pose de cathéter central est un acte médical, c'est ce qu'on nous apprend pendant nos études de médecine. Aujourd'hui, certains pensent que les infirmiers anesthésistes peuvent s'en charger dans certaines circonstances pour gagner du temps par exemple. Pourquoi pas ? Il est vrai que les pratiques médicales ont beaucoup évolué et les risques ont diminué grâce aux moyens techniques (Doppler ...), mais encore une fois c'est une pratique qui doit être bien encadrée. Au niveau de notre établissement, il existe un service dédié, avec un roulement d'infirmiers anesthésistes supervisés par un médecin. Je reste persuadé que cette nouvelle pratique, qui permet aux médecins de déléguer, peut avoir ses limites.

**PH 2 :** Pour moi ce n'est pas un « déverrouillage » mais plutôt un verrouillage supplémentaire, un service rendu au patient, une amélioration des pratiques qui étaient complètement anarchiques en raison d'une absence totale d'organisation. La délégation de l'acte aux infirmiers est très bien encadrée, ils ont une formation assez stricte et jusqu'à présent tous les patients sont satisfaits de ce service notamment car les délais d'attente sont réduits. Le patient est pris en charge dans un contexte réglé, nous lui donnons un rendez-vous et nous respectons cet horaire.

Auparavant, on s'occupait des voies veineuses quand on avait un trou donc le patient pouvait attendre des heures, rien n'était vraiment organisé donc cela permet de fluidifier le geste. D'autre part, la qualité des gestes est bien meilleure, les IADE en font huit par jour donc ils sont très bien entraînés. Je pense que c'est réellement un progrès, il ne faut pas transposer ça dans toutes les structures évidemment mais pour nous médecins ça a été un gain de temps, malgré ce que certains peuvent dire. C'est un geste technique qui s'apprend et pour l'instant il n'y a eu aucun incident à déplorer pour les poses de PIC ou de PAC donc je dirais que c'est sans risques pour le patient.

**PHAR-E : Vos blocs opératoires sont organisés en horaires prolongés le soir : comment êtes-vous organisés ? Comment comptez-vous votre temps de travail ? Est-ce que cette organisation vous satisfait ? Et vous permet-elle de compter et de bien reconnaître votre temps de travail ?**

**PH 1 :** Personnellement, cette organisation ne me convient pas et je pense que personne n'approuve de rester à l'hôpital jusqu'à 19 heures et plus.

On connaît les horaires du début de nos journées mais pas ceux de la fin. À force d'ajouter des programmes non prévus, ça empiète sur notre vie privée. Cette organisation est opérationnelle certes car elle est actée et permet de faire tourner le bloc plus longtemps mais dans la pratique de tous les jours c'est assez lourd.

Notre temps de travail est compté en demi-journées ce qui pose problème puisque ces demi-journées



“

**On accepte un effort, puis un autre, et finalement nous sommes mis devant le fait accompli !**

”

sont elles mêmes variables et non définies en nombres d'heures

**PH 2 :** C'est une organisation en journée continue avec du bloc opératoire sur une plage horaire de dix heures, soit de 8h à 18h. Au niveau de l'hôpital et du bloc opératoire c'est vraiment plus efficace dans la mesure où nous avons la possibilité d'intercaler des interventions, avec des interventions plus courtes on augmente réellement l'activité du bloc qui est optimisée. Les journées sont évidemment très fatigantes. Ce qui me gêne dans cette organisation c'est son côté systématique. Nous n'avons pas de compensation en demi-journée de libre et ce qui est vraiment dramatique c'est que nous n'avons plus de temps pour des espaces de rencontre dans le service. Plus aucune réunion n'est organisée étant donné que nous sommes obligés de commencer à 17h30, donc trop tard pour tout le monde. Au niveau de la vie de service on ne se croise plus, il n'y a plus aucun espace d'échange entre collègues et ça c'est vraiment un point négatif. Je reste persuadée qu'il est important de pouvoir échanger, ce n'est donc pas forcément la meilleure organisation en termes de qualité de vie de service.

**PHAR-E : Est-ce que ces nouvelles organisations ont permis, via ces « clés de déverrouillage », de recruter de nouveaux praticiens titulaires? Avez-vous pu en faire le bilan collectivement, au cours d'une réunion de service par exemple?**

**PH 1 :** Au niveau de notre établissement lorsque les praticiens titulaires constatent le mode de fonctionnement, ça les démotive et ils repartent, ce qui déstabilise la cohésion au sein de l'équipe.

D'autre part, les jeunes préfèrent s'orienter vers le secteur privé plus organisé au niveau du temps travail et là ils sont indemnisés en fonction.

Dans notre service par exemple, nous avons parlé de 10 heures de temps de travail au début de la mise en place de la nouvelle organisation, il avait même été question d'un jour de repos par semaine, ça avait

duré environ 6 mois, mais les départs à la retraite et le manque d'effectif nous ont contraint de renoncer à ce jour de repos.

**PH 2 :** Il faut être honnête sur ce sujet, notre organisation en temps de travail continu a surtout rebuté certains jeunes qui pour certains ont préféré aller dans l'hôpital voisin. Nous sommes en effectifs « tendus » et nous avons du mal à recruter. Ce n'est pas qu'une question du temps de travail à mon avis, je pense que c'est un peu plus général. Les conditions de recrutement ne sont pas optimales pour des postes d'assistants qui sont mal rémunérés par exemple, les jeunes qui arrivent et qui voient comment ça se passe notamment en termes de rémunération et d'absence de vie de service n'ont pas envie de rester. Nous avons du mal à garder nos jeunes ce qui entraîne un « déficit » de praticiens hospitaliers.

**PHAR-E : Avez vous connaissance de nouvelles pratiques de déverrouillage ?**

**PH 1 :** Dans certains blocs disposant de matériel technique coûteux (chirurgie robotique), on est en train de mettre en place des plages de 12heures (à l'essai pour le moment) avec des moyens de compensations divers (récupération et TTA, travail avec deux équipés décalées...) Nous espérons que ces nouvelles pratiques ne viendront pas renouveler l'expérience des 10 heures.

Il a été aussi question, il y'a quelques temps de confier les consultations d'anesthésie des patients ASA I aux IADE !

**PH 2 :** Non, pas en termes de déverrouillage excepté pour le projet d'extension de nos journées opératoires. Il a été proposé d'avoir des plages opératoires jusqu'à 20h mais je ne sais pas très bien comment cela est négocié, ni où cela en est car ce n'était pas dans mon secteur. Ce qui est pernicieux c'est qu'on accepte un effort et puis un autre, et finalement nous sommes mis devant le fait accompli. Il n'y a pas eu de demande d'acceptation des praticiens alors je ne sais pas vraiment où en est le projet et si nous aurons notre mot à dire.

*Propos recueillis par Saveria Sargentini*

# La crise du DESARMIR

La réforme du troisième cycle des études médicales était une réforme nécessaire. Cependant, c'est la décision, prise sans concertation, du nombre d'internes à former et leur répartition entre la filière AR et la filière Mir qui a mis le feu aux poudres. Nicole Smolski dans son article analyse les responsabilités du déchirement observé entre l'anesthésie-réanimation et la réanimation médicale. Franck Verdonk justifie la création du syndicat des jeunes anesthésistes-réanimateurs (SNJAR) et le Pr Mertès (Président du SFAR) nous donne son sentiment sur ce nouveau syndicat.

## DESARMIR ou co-DES : quelles responsabilités ?

Il n'est jamais bon que deux spécialités se déchirent, comme c'est le cas actuellement pour l'anesthésie-réanimation et la réanimation médicale.

Mauvais pour les collègues amenés à pratiquer la réanimation au sens générique et vrai du terme, sans querelles de clocher qui sont surtout universitaires : chaque praticien qui fait de la réanimation sait que les patients dits chirurgicaux font des complications médicales, que les patients dits médicaux font des complications chirurgicales, et que prendre en charge une défaillance rénale, ou respiratoire, ou métabolique, fait partie des compétences des anesthésistes-réanimateurs et des réanimateurs médicaux, et que dans les services de réanimation les deux sous-spécialités cohabitent en bonne entente.

Ces animosités sont aussi mauvaises pour les hôpitaux et les patients, qui ne doivent pas être les enjeux de conflits qui les dépassent.

**Pour autant, défendre la spécialité d'anesthésie-réanimation qui doit reposer bien solidement sur ses deux pieds est fondamental pour le SNPHAR-E, qui historiquement est un syndicat de « PHAR », praticiens anesthésistes-réanimateurs, et dont les mandants sont à 70 % des AR.**

Nous suivons ce dossier difficile depuis plusieurs années, depuis que nous savons que le DESC de réanimation médicale doit disparaître comme les autres DESC. Mais hélas nous ne l'avons suivi que de manière parcellaire, et épisodique, selon les informations que nous pouvions glaner et que l'on voulait bien nous donner : en effet, n'étant pas universitaires, n'étant pas conviés aux réunions sur l'enseignement, sur l'organisation des DES,

sur les élaborations de maquettes d'enseignement, sur les aspects démographiques régionaux ou nationaux. Nous regrettons fortement de n'avoir été prévenus par les personnes impliquées que quand il a fallu activer les forces vives de la spécialité.

Nous le regrettons fortement, car maintenant qu'il y a le feu à la maison, et que nous nous devons d'alerter et de mobiliser tous les collègues des risques que court notre spécialité, nous constatons que de nombreux éléments ont échappé à notre vigilance. Heureusement que les « jeunes » AR ont été vigilants, car plus au fait de ces problèmes universitaires, ils ont su très intelligemment et courageusement alerter l'ensemble de la spécialité. Espérons que leur carrière n'en souffrira pas, car prendre des positions engagées mêmes pour la spécialité, n'est pas forcément gage de leur avenir personnel ; nous saurons les aider et les défendre, comme actuellement nous sommes à leurs côtés au quotidien pour les réactions nécessaires.

Nous ne pouvons que regretter que la spécialité se soit laissée embourber par certaines querelles microcholine et conflictuelles et ait perdu de vue les enjeux essentiels de notre spécialité : pour une profession bien formée, bien campée sur ses deux pieds, qui puisse exercer sereinement l'anesthésie et/ou la réanimation selon les désirs ou les évolutions de carrière, partout sur le territoire. C'est notre objectif, nous sommes désormais conviés aux discussions avec le ministère, et c'est cette valeur de notre profession que nous défendons, en excellente osmose avec les jeunes AR et/ou la communauté des universitaires.

*Nicole Smolski, Présidente d'APH*

## Jeun's : Ils s'unissent !



**Nous avons voulu connaître le pourquoi du comment du syndicat national des jeunes anesthésistes-réanimateurs. Pour en savoir plus, nous avons posé quelques questions à Franck Verdonk, le président du SNJAR.**

### **SNPHAR-E : Le cheval de bataille de votre syndicat est le DESARMIR. Qu'est-ce que vous reprochez à ce coDES ?**

**Franck Verdonk :** C'est effectivement l'arrêt de décembre 2016 qui a motivé la création du SNJAR. Dans la foulée, tous les jeunes ont voulu se mobiliser car cette décision du nombre d'internes à former en anesthésie-réanimation et en médecine intensive et réanimation (MIR) a été prise sans aucune concertation à la fois sur le plan régional et national, alors que ces deux spécialités sont intimement liées. Les chiffres proposés nous semblent déconnectés des capacités de formation actuelles, nous craignons également qu'ils soient déconnectés des besoins démographiques à prévoir et prévisibles en réanimation. De fait, notre filière, et en particulier notre exercice en réanimation, risque d'être mise à mal par cette répartition. Sans sa double compétence, notre spécialité aura « perdu » cette interaction très noble qui fait sa force et son attractivité. Cela entachera également la qualité des soins. Un anesthésiste ne pourra sûrement plus faire de réanimation, et un réanimateur ne pourra plus faire d'anesthésie. Les jeunes sont particulièrement sensibles à cette question puisque cela va déterminer leur exercice futur ainsi que la qualité des soins qu'ils vont prodiguer aux patients.

### **SNPHAR-E : Pensez-vous qu'il fallait dépoussiérer les syndicats traditionnels pour vous lancer dans la création d'un nouveau syndicat ?**

**Franck Verdonk :** Le SNJAR n'a pas été créé dans ce but là. Le syndicat est né d'un élan partagé par tous les jeunes anesthésistes-réanimateurs de France qui voulaient fédérer leurs énergies et se rassembler en un syndicat particulier. L'idée n'était pas de révolutionner les syndicats déjà

existants, car selon nous ils font déjà et depuis longtemps un travail important et essentiel. Leurs actions sont nécessaires et nous nous en inspirons, je crois simplement que le SNJAR a été créé spontanément pour et par les jeunes.

### **SNPHAR-E : Pourquoi un syndicat de « jeunes », les actions traditionnelles ont-elles fait leur temps ?**

**Franck Verdonk :** Non pas du tout et d'ailleurs heureusement que les syndicats seniors ont été présents pour défendre l'exercice de notre spécialité. Nous pensons simplement qu'aujourd'hui d'autres canaux d'expression peuvent être exploités pour faire passer notre message et pour nous permettre d'agir dans ce cadre là. Les réseaux sociaux par exemple qui sont une voie d'expression à côté de laquelle on ne peut pas passer. Disons que le SNJAR et le SNPHAR-E s'expriment sur des sujets souvent similaires, mais les deux syndicats ne le feront pas de la même façon et encore une fois l'audience ne sera pas la même.

### **SNPHAR-E : Pourquoi n'avoir pas adhéré directement au SNPHAR-E, pensez-vous qu'il n'est pas assez**

**focalisé sur l'anesthésie-réanimation ?**

**Franck Verdonk :** Ce n'est pas une question d'adhérer ou pas au SNPHAR-E, comme je le disais plus haut le SNJAR est né d'un mouvement qui a rassemblé tous les jeunes anesthésistes-réanimateurs de France, les internes, le libéral, le public. En décembre dernier, nous regrouper était une façon de faire entendre nos voix avec celles de tous les autres syndicats et plus particulièrement le SNPHAR-E. Nous sommes sur la même longueur d'onde, ils ont construit cette double spécialité qui nous est si chère. Pour le SNJAR il est important et essentiel d'avoir cette interaction avec eux, ils ont conscience que ça va impacter l'attractivité de l'hôpital. De plus, leur expertise en termes de gestion de ces conflits est intéressante.

*Propos recueillis par Saveria Sargentini*

## Le SNJAR vu par le CFAR

Le Pr Paul-Michel Mertes, Prédident du CFAR nous donne son sentiment sur l'arrivée du SNJAR qui aurait pu être une section jeunes dans un syndicat déjà existant.

**SNPHAR-E : Comment avez-vous perçu l'irruption d'un syndicat de « jeunes AR » dans le paysage de votre spécialité ?**

**Pr Paul-Michel Mertes :** Avec beaucoup de bienveillance. C'est une bonne chose que les anesthésistes-réanimateurs et médecins en général adhèrent à un syndicat professionnel ou le crée. Je reste persuadé que le médecin anesthésiste-réanimateur doit s'affilier à une société savante, au collège et à un syndicat qui le représente. À partir du moment où il y a une inquiétude chez les jeunes, qui les concerne de manière très spécifique, il me paraît assez logique qu'ils constituent un syndicat qui va porter leurs préoccupations, sans doute bien mieux que n'importe qui d'autre. Ça aurait pu être une section jeunes dans un syndicat déjà existant, il se trouve que c'est un syndicat autonome. En tout cas quand un collectif se mobilise aussi massivement et aussi rapidement, cela témoigne d'une certaine vitalité de la profession, c'est donc quelque chose de positif.

**SNPHAR-E : Sa légitimité semble aujourd'hui établie compte tenu du nombre de ses adhérents qui a évolué très rapidement. Cela vous a-t-il surpris de voir les jeunes se déclarer une fibre syndicale ?**

**Pr PM Mertes :** Non pas du tout. Les réformes de la Santé touchent beaucoup les jeunes et génèrent beaucoup d'inquiétude. Petit à petit le nombre de réflexions à conduire a fait que les jeunes ont commencé à s'organiser. En anesthésie-réanimation plus traditionnellement, il y a une organisation des internes pour évaluer les stages, préparer les stages donc des choses assez dynamiques, positives qui font qu'ils n'ont eu aucun mal à franchir le pas pour se regrouper en un syndicat spécifique.

**SNPHAR-E : Le CFAR les a très vite intégrés, à leur demande : qu'attendez-vous de ces jeunes qui s'investissent dans la structure que vous présidez, essentiellement centrée sur le DPC et l'accréditation pour votre spécialité à risque ?**

**Pr PM Mertes :** Nous sommes très contents d'avoir répondu favorablement à leur demande et de voir qu'ils se préoccupaient de l'organisation du futur de leur profession. Ce n'est pas un jugement sur les revendications qu'ils portent mais leurs préoccupations me semblent tout simplement normales. Le Collège a plusieurs fonctions : il s'occupe de labelliser des formations pour

**Les questions que les jeunes se posent à propos du DESARMIR sont légitimes.**

L'idée de créer un DES Commun est certainement une idée intéressante. Néanmoins, pour ce qui est de l'attractivité de l'anesthésie-réanimation, il me paraît essentiel de conserver la double spécialité. Les anesthésistes qui sont formés à la réanimation sont performants au bloc opératoire, ils ont donc un avantage pour prendre en charge de nombreuses pathologies. D'ailleurs, la majorité des pays européens a choisi ce modèle parce que c'est un modèle qui fonctionne.

Pour prendre un exemple concret, dans mon service, la double compétence génère beaucoup de solidarité : une liste de garde de réanimation est assurée par des anesthésistes, parce que nous sommes une équipe, parce qu'on s'entraide pour résister aux problèmes notamment démographiques. De l'autre côté, la réanimation médicale est une réanimation de qualité qui a une longue tradition.

De fait, je ne conteste pas la compétence des réanimateurs médicaux, mais je constate que le nombre de postes de réanimateurs étant limité, il va y avoir une compétition entre les deux spécialités pour les occuper. Dès lors une augmentation importante du nombre de réanimateurs médicaux va réduire les possibilités d'accès à ces postes de réanimation pour les anesthésistes réanimateurs.

Je pense que dans les hôpitaux généraux nous avons besoin de gens polyvalents donc je ne peux que partager l'inquiétude des membres du SNJAR.

aider les anesthésistes-réanimateurs à identifier des formations de qualité, il s'occupe de DPC, d'accréditation et le groupe SMART (Santé des médecins anesthésistes-réanimateurs au travail) lui, se préoccupe des conditions de travail.

Le CFAR est un espace commun au sein duquel on doit définir ce que doit être l'avenir de la profession, c'est un endroit d'échanges et de débats. Il y a un réel enjeu. Le SNJAR est concerné par tous les sujets abordés, et nous attendons d'eux qu'ils nous fassent part de leurs préoccupations, de leurs besoins afin que l'on puisse travailler ensemble à la construction du futur de la profession et c'est à nous de les soutenir également.

*Propos recueillis par Saveria Sargentini*

## Un Co-DES ; alors pourquoi deux CNP ?

### Il ne peut pas y avoir de co-DES sans co-CNP !

**Le Co-DES est la solution choisie pour résoudre une difficulté académique. Il s'agissait de maintenir ou faire vivre des disciplines universitaires avec leur volume de postes d'enseignants chercheurs, leur charge de formation et une reconnaissance universitaire anciennement matérialisés par un DESC. Tout cela sans pour autant créer un DES. Le Co-DES permet ainsi de préserver un espace académique pour des disciplines proches qui conviennent de se retrouver sous un même domaine.**

C'est ce qui était esquissé avec le Co-DES d'anesthésie-réanimation/ médecine intensive réanimation ou DESARMIR. Il offrait alors l'opportunité d'une coopération entre les disciplines de l'anesthésie-réanimation et de la réanimation médicale.

Cependant, les inquiétudes suscitées par l'application du DESARMIR démontrent que le cadre du Co-DES est une solution académique insuffisante pour construire un nouvel espace professionnel. Cette limite remet en question l'existence même du projet académique. En pratique, les enseignants d'une des composantes ont déjà décidé de se désolidariser de l'enseignement commun et donc de se désengager de la co-construction attendue dans un Co-DES.

La co-construction d'un nouvel espace professionnel obéit à des enjeux de santé publique, démographiques, épidémiologiques, d'organisation des soins... bref des enjeux de pilotage d'une politique de santé. Sans grande surprise, les volumes de professionnels à former, validés par la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS) et publiés au J. O., ne sont manifestement pas à la hauteur de ces enjeux. Cette inadéquation n'est pas uniquement celle d'un processus biaisé où l'ensemble des disciplines constitutives d'un Co-DES n'ont pas été questionnées et entendues.

Ce qui est démasqué, c'est le défaut du traitement des enjeux de l'exercice professionnel des disciplines concernées :

- Quelles seront les modalités d'exercice des jeunes professionnels ?
- Quels seront les « positionnements-métiers » des professionnels actuellement installés ?
- À quelle qualification ordinale sera-t-il possible de se rattacher ?
- À quel « portfolio » de formation continue devront s'astreindre ces professionnels ?

Les données factuelles font défaut : les besoins, le nombre de professionnels en exercice, les structures de soins concernées apparaissent mal définies ou inconnues.

Sans ces données, l'arbitraire domine. Ce vide et les interrogations qui s'en suivent ont logiquement suscité l'inquiétude des professionnels des disciplines en devenir ou en exercice de différentes disciplines comme celles des soins critiques, de la psychiatrie et d'autres spécialités...

Ces difficiles questions sur l'exercice professionnel ont été au cœur de la réforme de la formation médicale continue ou DPC. Elles ont fait l'objet de réflexions dispersées qui sont maintenant coordonnées dans un Conseil national professionnel (CNP) où sont représentées les instances universitaires et les différentes tendances et modalités d'exercice professionnelles de chaque discipline. L'organisation paritaire des CNP en fait un lieu d'échange et de coopération adapté pour traiter ces questions et construire de nouveaux espaces professionnels. Ceux-ci pouvaient être les interlocuteurs légitimes et ainsi contribuer positivement au pilotage de cette réforme académique par l'intégration de ses conséquences sur l'exercice professionnel. Le CNP d'anesthésie réanimation a contribué à l'émergence de la discipline de médecine d'urgence.

### L'IMPLICATION DES CNP, NÉCESSAIRE POUR CHAQUE DES, EST ENCORE PLUS CRITIQUE POUR LES CO-DES.

Dans ce cas, la réforme académique recompose des modalités d'exercice professionnelles de chacune des disciplines. Cependant, force est de constater que les CNP des disciplines composantes du DESARMIR, ce co-DES, ne se sont pas rapprochés et n'ont pas travaillé ensemble. Sans une telle coopération, il est effectivement bien difficile de faire émerger des règles de pilotage communes et pérennes qui constitueraient le socle d'un espace de coopération entre disciplines. Cette coopération est incontournable pour construire un nouvel espace professionnel commun. L'inclusion des CNP dans les réflexions de crise du DESARMIR signerait la prise de conscience par la DGOS de l'importance des enjeux professionnels de cette réforme académique. Il est donc critique de clarifier l'impact de cette réforme académique sur l'exercice des professionnels actuels et en devenir. Une des voies serait de mettre en cohérence les espaces de coopérations et de travail. Chaque co-DES devrait s'appuyer sur un co-CNP, instance représentative des professionnels de l'ensemble des disciplines concernées par les nouveaux périmètres académiques des co-DES.

*Laurent Heyer, Rédacteur en chef*

## Pourquoi un nouveau référentiel métier ?

**Le SNPHAR-E, en collaboration avec les différentes composantes professionnelles regroupées dans le Conseil national professionnel (CNP), s'est engagé dans la réactualisation du référentiel métier de l'anesthésie-réanimation. Car seul un référentiel métier montre les différentes facettes d'une spécialité médicale... Si chaque spécialité avait redéfini son référentiel métier, la crise du DESARMIR aurait peut-être pu être évitée !**

Ce travail vise à apporter les réponses professionnelles aux multiples questionnements sur les modalités d'exercice que suscitent les évolutions de notre système de santé. Ces changements sont organisationnels, académiques, managériaux imposés par le pilotage de la modernisation. Ces réformes et surtout leurs applications, confrontent le professionnel à une évolution de la réalité de son métier.

La dernière loi de modernisation de santé a ouvert de multiples chantiers. Ce sont, entre autres, les chantiers des groupements hospitaliers de territoire (GHT) puis la future autonomisation des établissements de santé. Mais n'oublions pas l'application de la réforme du troisième cycle qui recompose les segmentations des spécialités, la poursuite — si ce n'est l'intensification — du management entrepreneurial dans les établissements de santé, l'introduction des nouveaux outils des technologies de l'information et de la communication....

À ces réformes vont s'ajouter les changements qu'insufflera le prochain gouvernement. Les futurs candidats esquissent des orientations nouvelles auxquelles les professionnels devront faire face. Plusieurs préconisent l'extinction du socle statutaire pour favoriser des relations contractuelles entre le professionnel et son établissement. Tous ces chantiers ou « déverrouillages » pour reprendre le fil rouge de la récente plateforme de la Fédération hospitalière de France (FHF) transforment drastiquement la réalité de l'exercice du métier.

### FACE À CES CHANGEMENTS, LE RÉFÉRENTIEL EST UN MOYEN DE RÉAFFIRMER CE QUE VEUT DIRE LE MÉTIER D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION POUR SES PROFESSIONNELS

Cet outil est critique pour sécuriser le professionnel dans son exercice. C'est une réponse à la déqualification des métiers, de la professionnalité ou de l'ex-



périence qu'impose le nouveau management, levier choisi par les organisateurs de la politique de modernisation de la santé. Cette nouvelle organisation moderne du travail expose le professionnel qui perd le sens de son métier et s'épuise (cf. « La comédie humaine du travail ». D Linhart – Ed Eres - 2015). Les données des observatoires de la souffrance au travail et le développement des nécessaires dispositifs d'accompagnement des professionnels signent bien la criticité de cette exposition (<http://cfar.org/sante-au-travail-smart/>). Il est attendu que le référentiel réaffirme les valeurs du métier, ce sur quoi ses professionnels s'engagent et ce pour quoi ils sont légitimes, contribuent à requalifier la professionnalisation des décisions comme déterminants majeurs de la qualité du système de santé. Il vise à sécuriser l'autonomie du praticien dans un système de santé qui se modernise.

Ce référentiel vise à formaliser les réponses métiers aux questions posées par les modernisations en cours :

- Comment peut s'organiser la collaboration entre professionnels d'une équipe de soins en charge d'un patient ?
- Comment s'organisent les délégations de tâches ?
- Comment peut s'articuler la formation initiale réformée et la formation continue ou nouveau développement professionnel continu (DPC) ?
- Comment le professionnel et son équipe peuvent-ils se positionner au sein de l'établissement avec ses unités, pôles, GHT ?

- Comment respecter les données scientifiques et réglementaires concernant l'impact de la durée du travail sur la santé et le bien-être professionnel ?
- Quelles activités sont au cœur du métier mais surtout quelles sont leurs modalités d'exécution pratiques ?
- Comment intégrer dans notre métier des innovations comme la télémédecine ?

Il ne s'agit pas d'une énumération ou d'un inventaire des activités qui seraient, à un moment, rattachées à la discipline, mais il s'agit de décrire comment ce métier contribue pleinement à la qualité et sécurité des parcours de soins. C'est, par exemple, décrire pourquoi les activités de réanimation n'ont de sens que si elles sont articulées avec les activités des plateaux interventionnels ou des secteurs d'urgences. Ou décrire les organisations vertueuses qui ne sauraient imposer au médecin anesthésiste-réanimateur d'entreprendre plusieurs anesthésies simultanément, ni être responsable de plus de deux salles interventionnelles en même temps.

Ces questions posées par l'évolution de la réalité des soins dépassent le seul métier d'anesthésiste-réanimateur.

Lorsque le SNPHAR-E s'implique pour le référentiel métier de l'anesthésie-réanimation, c'est parce qu'il capitalise sur les actifs historiques de la spécialité avec ses expertises et l'existence de structures opérationnelles de réflexion entre professionnels de ce métier.

En effet, ce travail est aussi une collaboration pilotée par le CNP de la spécialité qui est l'espace de coopération entre les différentes composantes de la profession, universitaire ou syndicale, publique ou libérale. Le référentiel vise aussi à sécuriser l'ensemble des spécialités qui contribuent à la modernisation de l'organisation des parcours de soins et sont les garants de leur qualité. Ce travail apportera des réponses qui pourront nourrir les réflexions que se posent ces spécialités.

Un métier est vivant tant que ses acteurs sont à même de le décrire. Le référentiel métier est une des formes de cette description. Comme en 2010, le SNPHAR-E répond présent.

*Laurent Heyer, Rédacteur en chef*

## AGENDA DU CA

### JANVIER 2017

<b>17 Janvier</b>	Réunion de la collégiale d'anesthésie, du SNJAR, SNPHAR-E, ISNCCA, SNARF, SMARNU
<b>19 Janvier</b>	Conseil d'Administration du SNPHAR-E
<b>20 Janvier</b>	Assemblée générale du SNPHAR-E
<b>26 Janvier</b>	Réunion du bureau du SNPHAR-E

### FÉVRIER 2017

<b>03 Février</b>	Conseil d'Administration du SNPHAR-E
<b>06 Février</b>	Comité de rédaction de la revue PHAR-E
<b>09 Février</b>	Réunion de la collégiale d'anesthésie, du SNJAR, SNPHAR-E, ISNCCA, SNARF, SMARNU
<b>10 Février</b>	Réunion DESARMIR avec la DGOS, le CNPAR, le CNPMIR, l'ONDPS, le CNOM
<b>20 Février</b>	Conseil d'Administration du SNPHAR-E
<b>21 Février</b>	Réunion des présidents du CNPAR, du SNJAR, de la collégiale d'anesthésie-réanimation et du SNPHAR-E à propos du DESARMIR

### MARS 2017

<b>02 Mars</b>	Réunion du bureau du SNPHAR-E
<b>10 Mars</b>	Conseil d'Administration du SNPHAR-E
<b>15 Mars</b>	Colloque Avenir Hospitalier
<b>28 Mars</b>	Réunion DESARMIR avec la DGOS, le CNPAR, le CNPMIR, l'ONDPS, le CNOM



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 :

Sandy Barreto  
Assistante de Direction  
sbarreto@lhospitalnordouest.fr  
Boîte Postale 436  
69655 Villefranche-sur-Saône Cedex



## CENTRE HOSPITALIER DE BOURGES

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

RECHERCHE H/F :

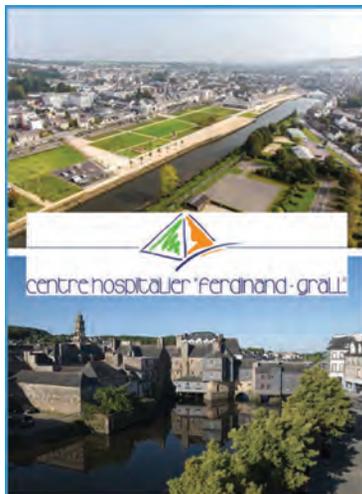
### Praticien Hospitalier ou Praticien Contractuel ou Assistant **POUR SON SERVICE D'ANESTHÉSIE SPÉCIALITÉ ANESTHÉSIE RÉANIMATION**

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

Envoyez CV et lettre de motivation au Centre Hospitalier, Direction des Affaires Médicales,  
145 avenue François Mitterrand, 18020 Bourges Cedex - 02 48 48 48 66  
benedicte.soilly@ch-bourges.fr / marie.pintaux@ch-bourges.fr



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



**Le Centre Hospitalier « Ferdinand Grall » de Landerneau (Bretagne),  
470 lits et 30 places – 658 personnels, recrute**

## ➤ 1 Médecin Anesthésiste Réanimateur

L'équipe médicale du service d'anesthésie comprend actuellement 3 médecins temps plein et 1 temps partiel. Le centre hospitalier dispose d'un plateau de radiologie (scanner échographique et de biologie, d'un service d'urgence, d'un bloc opératoire (2 salles d'intervention et 1 salle blanche) ainsi que d'un bloc obstétrical (1 salle).

2 praticiens sont présents en journée. La permanence des soins est assurée par 1 praticien de garde la nuit, les WE et jours fériés.

### Organisation du travail :

- Au bloc opératoire : en journée et pendant la garde.
- Une activité de consultations : 3 après-midis par semaine (chirurgie générale, maternité et endoscopie).

La ville de Landerneau, dynamique sur le plan social, culturel et économique, offre un cadre de vie privilégié (mer et campagne, très grande proximité de la métropole de Brest).

### Candidatures à adresser à :

M. G. MARINGUE – Directeur des affaires médicales  
gwendal.maringue@chu-brest.fr  
Centre hospitalier Ferdinand Grall de Landerneau  
1 route de Pencran - 29 270 Landerneau cedex  
Tel. : 02 98 21 98 47



## MÉDECIN ANESTHÉSISTE - RÉANIMATEUR AU CHRU DE NANCY

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

### LIEU D'EXERCICE

Etablissement hospitalo-universitaire de 1900 lits et places, disposant sur la cardiologie et la chirurgie cardiaque d'un plateau technique récent. Etablissement de référence sur la région, au 10<sup>ème</sup> rang français sur la recherche et à proximité de Paris (1H30 par TGV).

Département d'anesthésie-réanimation à l'hôpital de Brabois.

### ACTIVITES CLINIQUES

• Anesthésie en chirurgie digestive, ORL, ophtalmologie, urologie et endoscopies digestives (adultes) (hors chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle) • Consultation d'anesthésie • Participation à la permanence des soins.

### Personne à contacter :

- Pr MEISTELMAN - Chef du Département d'Anesthésie-Réanimation  
c.meistelman@chru-nancy.fr
- Yasmine SAMMOUR - Directrice des affaires médicales - y.sammour@chru-nancy.fr



## LES HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG recrutent des

## Médecins Anesthésistes Réanimateurs

Classés 4<sup>ème</sup> CHU français, les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg sont reconnus pour la qualité des soins prodigués et l'excellence de leur niveau en recherche clinique et innovation.

Avec son Institut Hospitalo-Universitaire (IHU), ses 21 équipes labellisées (CNRS, INSERM, Université de Strasbourg), les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg mènent les projets les plus innovants au bénéfice du patient.

Avec une offre de soins élargie, l'établissement dispose d'équipements à la pointe de l'innovation médicale et thérapeutique pour assurer sa mission de diagnostic, de soin et de recherche : PET-SCAN, 5 IRM dont une IRM interventionnelle, 4 gamma caméras, 6 scanners, 4 robots d'assistance en vidéocoelochirurgie, neurochirurgie et chirurgie cardiovasculaire.



Choisissez d'exercer sur un statut de praticien contractuel ou de praticien hospitalier au sein du Nouvel Hôpital Civil situé au centre-ville de Strasbourg.

### SECTEURS D'EXERCICE

#### Anesthésie

Chirurgie cardiovasculaire et thoracique.  
Chirurgie urologique.  
Chirurgie digestive et endoscopique (IHU).  
Chirurgie ambulatoire.  
Activités hors bloc.

#### Réanimation

Réanimation polyvalente.  
Réanimation cardiovasculaire.

### ACTIVITÉS CLINIQUES

Anesthésie dans le cadre des secteurs blocs et hors blocs.  
Consultations d'anesthésie.  
Participation à la permanence des soins.  
Réanimations (29 lits).

### PERSONNES A CONTACTER :

Professeur Paul-Michel MERTES  
Chef de service d'anesthésie-réanimation du NHC  
paul-michel.mertes@chru-strasbourg.fr



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

la Direction des Affaires Médicales et de la Stratégie Médicale Territoriale  
dpam@chru-strasbourg.fr - Tél. : 03 88 11 62 05





LE CENTRE HOSPITALIER DE L'ARRONDISSEMENT DE MONTRÉUIL-SUR-MER RECHERCHE

## Anesthésistes Réanimateurs et Réanimateurs

Pour ses services de Réanimation et d'Anesthésie. Activité exclusive sur chacune des spécialités ou conjointe sur les deux disciplines.

### Etablissement de référence sur le littoral :

Situé sur la Côte d'Opale, au carrefour du Touquet, de Montreuil et de Berck, le CHAM intervient sur un territoire qui varie de 115 000 habitants à près de 500 000 en période estivale.

- > 1 300 salariés
- > 7 pôles d'activité
- > 250 lits et places d'hospitalisation en MCO
- > 40 lits de soins de suite et réadaptation
- > 45 lits de psychiatrie
- > 550 lits médico-sociaux
- > 380 séjours en réanimation
- > 500 séjours en soins continus
- > 3 400 séjours chirurgicaux
- > 29 000 passages aux urgences
- > 1 400 sorties SMUR
- > 1 000 naissances

### Le service d'anesthésie réanimation :

- > Une réanimation polyvalente adulte (8 lits) et USC (6 lits).
- > Une unité d'Anesthésie-Chirurgie Ambulatoire en plein essort .
- > Activité de chirurgie digestive/vasculaire/urologique/traumatologique/gynécologique/dentaire sur 6 salles de bloc, 2 salles d'endoscopie, 1SSPI, 1 bloc obstétrical.
- > Plateau technique anesthésique et réanimatoire complet : échographie, AIVOC, NIRS, doppler oesophagien, impédance thoracique, thermomodulation trans pulmonaire, entropie, fibroscope bronchique, hémodilution...
- > Techniques anesthésiques plurielles, accompagnement hypnotique.

Equipement radiologique : IRM et 1 scanner.

### Nous vous proposons :

- > L'opportunité de rejoindre des équipes compétentes et dynamiques.
- > Un environnement de travail agréable dans un établissement moderne.
- > Une situation dans un établissement à taille humaine et privilégiant les rapports interpersonnels.
- > Une autonomie et de la diversité dans le travail.

### Ce poste vous intéresse ? Adressez votre candidature à

Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil-sur-Mer  
 140 chemin départemental 191 - CS 70 008 - 62180 Rang du Fliers  
 Mme LANGELLIER - Directeur adjoint affaires médicales - alangellier@ch-montreuil.fr  
 Mme SPEHNER - lspehner@ch-montreuil.fr - Tél. : 03 21 89 38 58  
 Dr Mathieu DETAVE - Chef de pôle - mdetave@ch-montreuil.fr - Tél. : 03 21 89 35 33  
 Retrouvez-nous sur [www.ch-montreuil.fr](http://www.ch-montreuil.fr) et rejoignez-nous sur Facebook



## Le Centre Hospitalier de Hyères recrute un anesthésiste-réanimateur à temps plein

Activité diversifiée (maternité, chirurgie, endoscopies et soins continus)  
Cadre de vie très agréable à 10 minutes de l'aéroport : sud de la France, proximité Toulon, Marseille, Nice, bord de mer.

### Renseignements :

Dr RUEL - Chef de service - Tél. : 04 94 00 24 00 (demander poste 8671)  
Affaires Médicales : affmed@ch-hyeres.fr - Tél. : 04 94 00 24 77



Au cœur de la Provence, Le Centre Hospitalier du Pays d'Aix - Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis  
Hôpital de référence sur son territoire (600 000 habitants) - Toutes disciplines présentes sur le site (sauf chirurgie cardiaque et neurochirurgie) - 928 lits et places - Réanimation - Cardiologie interventionnelle - Filière neuro-vasculaire.

## Recherche deux médecins anesthésistes (Praticien Hospitalier ou contractuel et Assistant)

Bloc opératoire de 9 salles avec activité chirurgicale multidisciplinaire (12000 actes en 2016) et 3 salles en gynécologie : viscérale, gynécologie, orthopédie-traumatologie, rachis, urologie, ORL, maxillo-faciale, ophtalmologie, thoracique, vasculaire, endoscopies digestives, chirurgie ambulatoire.

Activité obstétricale avec une maternité de niveau 2B sur le site d'Aix-en-Provence (1800 accouchements en 2016) et une maternité de niveau 1 sur le site de Pertuis (750 accouchements en 2016).

L'équipe d'anesthésiste est actuellement composée de 18,6 ETP de praticien, d'un assistant spécialiste et de deux internes DES.

Deux tableaux de garde maternité (Aix-en-Provence et Pertuis) avec repos quotidien et un tableau d'astreinte opérationnelle pour le bloc urgences.

Qualité de vie assurée dans ville universitaire, arts et spectacles, proche Mer et Alpes.

Envoyer candidatures à : M. le Directeur - Direction des Affaires Médicales - CH Intercommunal Aix-Pertuis - Avenue des Tamaris 13616 Aix-en-Provence Cedex 1 ou par mail : [ryaagoub@ch-aix.fr](mailto:ryaagoub@ch-aix.fr)

Pour tout contact, s'adresser à :  
M. le Dr BAGHDADI - Chef de Pôle Anesthésie-Douleur par mail : [hbaghdadi@ch-aix.fr](mailto:hbaghdadi@ch-aix.fr)  
Ou M. le Dr Weber - Chef de Service Anesthésie par mail : [bweber@ch-aix.fr](mailto:bweber@ch-aix.fr)





Au cœur de la Provence, Le Centre Hospitalier du Pays d'Aix – Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis Hôpital de référence sur son territoire (600 000 habitants) – Toutes disciplines présentes sur le site (sauf chirurgie cardiaque et neurochirurgie) – 928 lits et places – Plateau technique : 3 scanners – 2 IRM – 3 Gamma cameras – 1 TEPSCAN – Laboratoire de biologie accrédité – Réanimation – Cardiologie interventionnelle – Filière neuro-vasculaire

## Recherche dans le cadre du passage progressif aux 39 heures

### Médecins urgentistes (temps plein ou temps partiel) pour les sites d'Aix-en-Provence et de Pertuis

Tout statut étudié (PH, contractuel ou assistant). Le travail est réalisé en temps médical continu (44 heures de travail clinique posté, lissées par quadrimestre, avec possibilité de contractualiser du temps de travail non posté) sous forme, soit de gardes de 24 heures avec repos compensateur, soit de plages de travail en journées ou nuits (en 12h).

Site Aix-en-Provence : 46 500 passages aux urgences adultes en 2016 (hors gynécologie-obstétrique) – 1 SMUR primaire H24, 3 lignes de 24h, 1 SMUR secondaire (uniquement en journée), UHCD de 14 lits.

Site Pertuis dans le sud Lubéron : 15 500 passages aux urgences adultes en 2016 (hors gynécologie-obstétrique) – 1 ligne en 24h, 1 SMUR primaire H24, UHCD de 4 lits.

Gestion des lits d'aval quotidienne par « bed manager ».

Exercice possible sur la base du volontariat sur les sites relevant du pôle Urgences : urgences Aix et Pertuis, SMUR, voir USMP (maison d'arrêt de Luynes).

Qualité de vie assurée dans ville universitaire, arts et spectacles, proche Mer et Alpes.

Envoyer candidatures à : M. le Directeur – Direction des Affaires Médicales – CH Intercommunal Aix-Pertuis – Avenue des Tamaris 13616 Aix-en-Provence Cedex 1 ou par mail : ryaagoub@ch-aix.fr

Pour tout contact, s'adresser à :

Mme le Dr VANNEYRE - Chef de Pôle Urgences et Chef de Service des Urgences (site Pertuis) par mail : jvanneyre@ch-aix.fr  
Ou M. le Dr GALATIS - Chef de Service des Urgences (site Aix) par mail : ngalatis@ch-aix.fr



Le Centre Hospitalier de Saint Jean d'Angély, en direction commune avec le Centre Hospitalier de Saintonge et situé au cœur de la Charente Maritime (30' du bord de mer, 45' de La Rochelle et 1h15 de Bordeaux)

### recrute un anesthésiste temps plein sur un statut de clinicien hospitalier

Vous assurerez uniquement un poste de jour. Vos activités : consultations, activités de bloc opératoire et salle de réveil sur les horaires d'ouverture du bloc. L'activité de chirurgie est organisée en chirurgie de semaine avec une ouverture du bloc opératoire de 8h30 à 18h30.

Sur demande, vous pourrez participer à la permanence des soins en assurant des gardes sur place au Centre Hospitalier de Saintes sur les spécialités chirurgicales suivantes : chirurgie viscérale et bariatrique, chirurgie orthopédique, urologique, ophtalmologique, odontologique, gynécologique.

Le poste est à pourvoir urgemment.

Pour tout renseignement, contacter :

Mme DA SILVA BIGOT Amélia - Directrice des Affaires Médicales  
Tél. : 05 46 95 12 55 - Mail : a.da-silva-bigot@ch-angely.fr



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 au Bloc Opératoire.

Recrute pour renforcer ses équipes médicales

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

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

### Deux médecins réanimateurs à temps plein ou temps partiel

Service de Réanimation polyvalente de 15 lits + 4 lits de soins continus. Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins Requis. Temps additionnel rémunéré. Repos de garde systématique.



Contact :  
da.am@ch-perigueux.fr  
Tél. : 05 53 45 25 58

Pôle Santé  
SARTHE ET LOIR

## LE POLE SANTE SARTHE ET LOIR RECRUTE

situé à 35 minutes d'Angers et Le Mans - 1h15 de Paris en TGV

### DES MEDECINS ANESTHESISTES REANIMATEURS

#### TEMPS PLEIN - 1 POSTE D'ASSISTANT - 2 POSTES DE PH

Le bloc opératoire est composé de 6 salles dont une de césarienne.

Activités de chirurgie orthopédique, viscérale, urologie, ORL, stomatologie, ophtalmologie et gynécologie.

Chirurgie pédiatrique ambulatoire.

Maternité de niveau II (600 accouchements par an).

Pratique de l'anesthésie générale, anesthésie loco-régionale sous échographie.

Réhabilitation post opératoire précoce.

Une unité de soins continus de 4 à 6 lits.

#### CONTACT :

Direction des Ressources Humaines et des Affaires Médicales  
Madame Annie-Laure DESPREZ - Pôle Santé Sarthe-et-Loir  
BP 10129 LE BAILLEUL - 72205 LA FLECHE Cédex  
Tél. : 02 44 71 30 41 - Mail : stouchard@pole-pssl.fr

Docteur Caroline REHULKA  
Responsable d'Unité Médicale  
Anesthésie-Réanimation  
Tél. : 02 44 71 30 00 - Mail : crehulka@pole-pssl.fr



## Le Centre Hospitalier du Haut Anjou Recrute Deux Anesthésistes (H/F) Praticien Hospitalier temps plein ou praticien contractuel



Le Centre Hospitalier du Haut Anjou (CHHA) regroupe les sites de Château-Gontier (Mayenne 53) et de Segré (Maine et Loire 49).  
Le service d'Anesthésie est rattaché au site de CHATEAU-GONTIER, à 40 minutes d'Angers.  
L'établissement propose une diversité de spécialités chirurgicales : Orthopédie (3 chir.), Bariatrique (1 chir.), Vasculaire (2 chir.), ORL (3 praticiens), Urologie (3 chir.), Endoscopie (2 praticiens), Proctologie (1 chir.), Ophtalmologie (1 praticien), Gynécologie-Obstétrique (4 chir.), Stomatologie (1 praticien).

### Le médecin anesthésiste exerce :

- Au sein d'une équipe médicale composée de 3 médecins anesthésistes.
- Au sein d'un Bloc opératoire central de 6 salles où se pratiquent des anesthésies dont 1 dédiée aux césariennes et d'une salle de surveillance post-interventionnelle (12 postes de réveil).
- Equipe paramédicale composée de 11,95 ETP IADE.

L'activité opératoire est en augmentation. Le développement de la chirurgie programmée et de l'ambulatoire est une politique d'établissement (env. 5000 interventions/an sous anesthésie).

Activité de prise en charge interventionnelle de la douleur en développement (cathéter péri-nerveux, cathéter péridural et intrathécal).

**Conditions :** Pour postuler à cette offre, vous devez être titulaire des diplômes permettant l'exercice de la médecine et de la spécialité en France.

### Personne à contacter :

Mme GILLETTE - Service des Affaires Médicales  
02 43 70 73 42 - affaires\_medicales@ch-hautanjou.fr  
Centre Hospitalier du Haut Anjou  
1, quai Georges Lefèvre - BP 50405  
53204 CHATEAU-GONTIER



## Le Centre Hospitalier de Béziers (34500)

Situé entre mer et montagne (à 12 km de la mer Méditerranée et à 50 km des montagnes du Haut Languedoc), au sein de la 2<sup>ème</sup> agglomération de l'Hérault.

5<sup>ème</sup> Etablissement Public de Santé de la nouvelle région Occitanie comptant 3 CHU.

Dynamique et bénéficiant d'une bonne santé financière.

Etablissement support du GHT Ouest Hérault d'un bassin de vie de 300 000 habitants

Offrant une capacité d'accueil de 1 094 lits et places avec des unités de recours : 2 lignes SMUR, réanimation-USC, USIC-USIN, maternité IIA ...

## Recrute Des Anesthésistes-Réanimateurs

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

Pour intégrer une équipe de 13,5 ETP animée par des projets fédérateurs et structurants tels que la chirurgie ambulatoire, l'hospitalisation programmée de semaine et s'appuyant sur un service de réanimation-USC permettant des activités de chirurgie lourde (chirurgie thoracique, chirurgie bariatrique ...).

Avec plus de 12 000 actes/an, l'activité d'anesthésie se réalise dans un bloc opératoire entièrement rénové (2011), composé de 11 salles, dont 3 dédiées aux activités d'endoscopies, et d'une SSPI de 18 postes.

Toutes les activités chirurgicales y sont réalisées, à l'exception des activités soumises au SIOS (Neuro-Chirurgie, Chirurgie Cardiaque) et la prise en charge chirurgicale des patients de moins de 2 ans.



### Pour tous renseignements, contacter :

**Dr Brigitte CALVET** - Chef du Pôle Soins Critiques  
chefpole.scritiques@ch-beziers.fr - Tél. : 04 67 35 70 35 (standard)

**M. Mathieu MONIER** - Directeur de la Stratégie et des Affaires Médicales  
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](http://www.ch-beziers.fr)

### Contact :

CENTRE HOSPITALIER DE BEZIERES - 2, rue Valentin Haüy- BP 740 34525 Béziers

**M. Mathieu MONIER**

Tél. : 04 67 35 75 98 - Email du contact: dam@ch-beziers.fr



## Recrute un Praticien Anesthésiste temps plein contractuel, clinicien ou praticien hospitalier,

pour renforcer une équipe de 6 praticiens intervenant pour une maternité de niveau 2B (1289 accouchement en 2016), activité chirurgicale polyvalente dont ambulatoire (orthopédie, viscérale, urologie, ophtalmologie, stomatologie). L'activité annuelle est de 12 000 interventions par an.

Hôpital de 717 lits au total, 400 sur site, construction récente de 2006, siège de SAMU avec SMUR-hélicoptère, SAU avec 30000 passages/an, Service de Réanimation et Surveillance Continue/SAUV, Service de cancérologie et de radiothérapie de référence, d'un plateau technique complet, d'un équipement de télé-médecine... Service de Pédiatrie avec Réanimation Néonatale.

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

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

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

**Contact |** Mme Sophie BOURGUINE - Directrice des affaires médicales - damq@ch-rodez.fr  
Dr Thierry GARNAUD - Responsable du service - t.garnaud@ch-rodez.fr  
Dr Michel FAGGIANELLI - Anesthésiste - m.faggianelli@ch-rodez.fr





**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 ANESTHESISTES 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. Riant - 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



## CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL

ALENÇON – MAMERS (2 sites Orne-Sarthe)

Nombre total de lits : 786 dont 446 MCO

(Préfecture située à 1 h 30 de la Côte Normande, A 2 h de Paris, secteur sanitaire 170 000 h)

## Recherche Chef de Service Urgences – SAMU – SMUR Praticien hospitalier temps plein

Etablissement de recours, support de la G.H.T., siège du SAMU de l'Orne.

L'établissement compte 3 SMUR dont un hélicoptère, 50 500 passages aux Urgences et 2 500 sorties SMUR.

**L'établissement offre un plateau technique comprenant :**

- › Réanimation/USC
- ›USIC/Cardiologie
- › UNV/Neurologie
- › Néphrologie/Dialyse
- › Néonatalogie/Pédiatrie
- › Maternité niveau 2A
- › Scanner H 24
- › Urgences Adultes et Urgences pédiatriques H24

**Pour tous renseignements, merci de Contacter le :**

Docteur Benoît THIPHAGNE - Tél. : 02 33 32 75 76

**Adresser candidature écrite et curriculum vitae à :**

Madame BELGODÈRE - Direction des Affaires Médicales

Tél. : 02 33 32 30 01 - Mail : dam@ch-alencon.fr



© SÉBASTIEN MÉRIEN / WWW.TIKUAKA.COM  
NON REPRODUCTION + REPRODUCTION INTERDITE

Les renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès de la Direction des Ressources Humaines, Monsieur Marc WETE  
Tél. : (687) 42 65 14  
courriel : direction@chn.nc



Le Centre Hospitalier du Nord est susceptible de recruter en Contrat à durée déterminée pour une période d'un an à compter du 01/07/2017, **Un Praticien Hospitalier (H/F)** au service Anesthésie Réanimation à temps plein pour l'hôpital Paula THAVOAVIANON de Koumac puis Koné. Placé sous l'autorité du directeur, il exercera les fonctions suivantes :

#### Mission :

- Participation à l'activité du service d'anesthésie réanimation
- Participation à l'activité de bloc opératoire en chirurgie générale
- Participation aux gardes d'anesthésie et de réanimation
- Vacances assurées sur le site de Poindimié.

#### Profil :

##### Expériences et compétences requises

Titulaire d'un doctorat en médecine • Titulaire d'un DES en anesthésie réanimation • Médecin spécialiste en anesthésie réanimation, ancien interne des hôpitaux ou ancien chef de clinique des universités comptant au moins deux ans de service effectifs en cette qualité • Compétences polyvalentes en anesthésie-réanimation médico-chirurgicale, adultes,obstétricale.

##### Expériences et compétences souhaitées

- Expérience en réanimation polyvalente adultes, enfants, obstétricale et anesthésie locorégionale.
- Expérience du travail en milieu hospitalier et en situation isolée.

**Les candidatures devront être adressées par voie postale sous plis recommandés à :**

Direction du Centre Hospitalier du Nord - BP 5 - 98850 KOUMAC ou par voie électronique : direction@chn.nc

Le dossier de candidature est à demander à la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle-Calédonie

Service de la Tutelle et de la Planification Hospitalières - B.P N4 - 98 850 Nouméa (Nouvelle-Calédonie)

Tél. : (687) 24 37 37 - Fax : (687) 24 37 33 - Courriel : sylvie.cugola@gouv.nc