

#79

# PHARE

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

## ACTUALITÉS : REPRISE DES NÉGOCIATIONS ?

**Dossier : L'inéxorable dégradation des conditions de travail à l'hôpital**

Cher(e)s collègues,

Merci de votre participation dans le mouvement de grève du mardi 10 octobre 2017. Les administrations ont tout fait pour minimiser cette action dans nos hôpitaux : retard dans les assignations, maintien du programme opératoire, annulation des consultations de patients le matin même, décompte folklorique des grévistes...

Les médecins ne se mettent pas souvent en grève, car cette démarche n'est pas dans leur culture. Ils ne peuvent pas se résoudre à ignorer une personne affaiblie par la maladie ; pendant des années, on leur a appris à être à l'écoute et à soigner. Pourtant, les médecins hospitaliers constatent chaque jour, les difficultés à exercer leur métier, dans de conditions satisfaisantes. Le budget hospitalier se fait peau de chagrin un peu plus, chaque année. De fait, il faut faire des économies et comme le plus gros poste de dépenses hospitalières est le personnel, on ne remplace plus et on ne recrute plus. Comment travailler à l'hôpital dans la sérénité dans un tel environnement ; quand il n'y a pas de secrétaire, les rendez-vous ne sont pas donnés, les comptes-rendus ne sont pas faits ; quand il n'y a pas de brancardiers au bloc opératoire ou en radiologie, quand il n'y a pas d'infirmiers pour assister le médecin dans la préparation d'actes médicaux ; quand il n'y a pas d'aides-soignants pour récupérer les examens sanguins ou radiologiques... Les médecins deviennent à la fois, secrétaire, brancardier, infirmier, aide-soignant. C'est du temps médical qui n'est pas consacré à notre cœur de métier : soigner les patients.

C'est pourquoi, face à cet établissement de santé qui est doucement étranglé financièrement, les médecins ont voulu rejoindre les autres corps de métiers hospitaliers pour manifester leur désapprobation, devant les conditions de travail qui se dégradent. Ils ne reconnaissent plus le métier humaniste qu'ils ont choisi d'exercer quand, à tout bout de champ, on leur impose des plans de retour à l'équilibre et autres démarches d'efficience. Il ne s'agit pas de jeter l'argent par les fenêtres, mais de pouvoir nous occuper correctement des patients que nous sommes chargés de soigner, de pouvoir leur consacrer suffisamment de temps sans être en retard pour la suite de la journée. Les hôpitaux publics ne sont pas des entreprises, mais un service public tourné vers la population quelle que soit sa condition. L'hôpital public n'a pas vocation à faire des bénéfices sur la santé des patients.

C'est pourquoi nous demandons à la Ministre des solidarités et de la santé d'engager des discussions sur les conditions de travail des médecins hospitaliers ainsi que sur le financement de l'hôpital public. Les seules mesures que nous notons pour le moment, sont des attaques du pouvoir d'achat des médecins hospitaliers. Nous ne nous opposons pas à l'effort demandé à chaque français pour redresser la situation économique du pays, mais nous ne voulons pas être parmi les seuls à nous engager dans cette voie.

Le SNPHARe attend, du ministère des solidarités et de la santé, le calendrier de rencontres prévues lors de la réunion du 23 août dernier, afin de formuler ses propositions. Encore merci de votre engagement à nos côtés.  
(pour adhérer au SNPHARe, cliquer sur : <http://www.snphare.fr/02-Vie-syndicale/Adherer.aspx>)

Dr Michel Dru, président  
Dr Grégory Wood, vice-président

**Pensez à suivre l'actualité sur le site du SNPHARe**  
<http://www.snphare.com>

POINT DE VUE DE L'ACTUALITÉ  
Reprise des négociations..... **4**

WARNING  
**AP-HP : Attractivité pour les Praticiens Hospitaliers d'anesthésie-réanimation ? Un leurre..... 6**

AGENDA..... **8**

MISE AU POINT  
**Class action, le casse tête français, de New-York à Paris..... 9**

**Médiation nationale, médiation régionale : le défi ..... 10**

DOSSIER  
**L'inexorable dégradation des conditions de travail à l'hôpital ?..... 12**

**Un changement de gouvernement est-il forcément un changement de politique ?..... 14**

AVENIR HOSPITALIER  
**La place et le rôle d'un syndicat moderne pour la performance hospitalière..... 16**

FICHE PRATIQUE  
**Contractuels : vos droit à l'indemnité de précarité ..... 17**

WARNING  
**Augmentation de la contribution sociale généralisée (CSG) : gagnants ou perdants ? ..... 18**

REFLEXION  
**Quelle évolution pour le statut de Praticien Hospitalier ? ..... 20**

PETITES ANNONCES..... **22**

## PRIORITÉ À LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL ET AU POUVOIR D'ACHAT !

Après une pause estivale toute relative, le SNPHARE, par le biais de son intersyndicale Avenir Hospitalier, a remis le couvert dès fin août en rencontrant Madame Agnès Buzyn, Ministre des solidarités et de la santé. Ce rendez-vous a permis de réaffirmer haut et fort les revendications portées par le SNPHARE essentiellement centrées sur l'amélioration de la qualité de vie au travail des médecins hospitaliers. Celle-ci a été mise à mal depuis plusieurs années par des politiques uniquement centrées sur la performance et la rentabilité, laissant trop souvent de côté l'aspect humain, pourtant primordial dans notre métier. Au cours de cette rencontre, la Ministre a fait preuve d'une écoute bienveillante, ce dont nous nous réjouissons mais cela ne sera pas suffisant, le temps des actes est venu !

Or, force est de constater que les dernières annonces faites par le gouvernement ne vont pas dans le bon sens, en particulier concernant le pouvoir d'achat des médecins hospitaliers qui, comme pour beaucoup d'autres catégories socio-professionnelles, va en s'affaiblissant. Hausse de la CSG non compensée, rétablissement du jour de carence, jours de CET non comptabilisés pour la complémentaire retraite, les attaques se sont ainsi multipliées ces derniers temps. C'est pour ces raisons que le SNPHARE a déposé un préavis de grève pour le 10 octobre 2017 afin de se joindre au mouvement de contestation plus global de la fonction publique.

Les PH sont d'autant plus à fleur de peau après la déception qu'ils ressentent face aux difficultés à mettre en place les mesures, certes perfectibles, du plan Touraine pour la santé. À titre d'exemple, il existe de grandes disparités inter-établissements concernant la mise en place effective de la Prime d'Engagement de Carrière Hospitalière (PECH).

Comme toujours, le SNPHARE se doit de mener de front plusieurs combats. Celui du pouvoir d'achat en est un, mais il y en a de nombreux autres et notamment celui de la qualité de vie au travail. Nous avons l'immense chance d'exercer un métier passionnant et pourtant nous sommes nombreux à faire quotidiennement le constat de la dégradation de nos conditions de travail. Les causes sont multiples et complexes. Beaucoup disent avoir perdu le sens de leur travail, broyé par la machine « tout T2A » et sa logique de rentabilité issue de l'entreprise.

Les médias se sont tout récemment faits l'écho de ce malaise à travers des reportages ou encore la diffusion du documentaire « Dans le ventre de l'hôpital » dont il faut promouvoir la diffusion au sein de nos établissements.

Courant septembre, un séminaire ayant pour thème « La performance hospitalière » a été l'occasion d'échanges riches d'enseignement entre le Conseil d'Administration du SNPHARE et des directeurs d'hôpitaux ou encore des représentants de l'HAS et de l'ANAP. Ce fût aussi, là encore, une occasion pour le SNPHARE de faire passer ses messages et de réfléchir à une politique syndicale future. C'est notamment à travers ce type d'actions et fort de son expérience de terrain que le SNPHARE entend vous représenter pour la défense des intérêts des médecins hospitaliers.

Il est urgent de faire souffler un vent positif sur l'océan hôpital public et, avec vous, nous y parviendrons.

*Grégory Wood, Vice-Président du SNPHARE*



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

# Reprise des négociations ?

La rentrée a été marquée par une rencontre avec nos nouveaux interlocuteurs à Ségur. Lors du communiqué de presse saluant la nomination à la fois de la nouvelle Ministre des solidarités et de la santé et la directrice générale de l'organisation des soins (DGOS) en mai, le SNPHARe avait demandé un rendez-vous.

Les internes ont été reçus en juin par le Cabinet puis par la DGOS. D'autres syndicats ont rencontré la Ministre en personne. Ce n'est que fin août que nous avons eu le privilège d'être réunis avec le Cabinet et la DGOS en même temps, au sein de notre intersyndicale APH (Action Praticien Hospitalier qui comprend Avenir Hospitalier et la Confédération des Praticiens des Hôpitaux). Selon la volonté de l'actuel Président de la République, le personnel du Ministère est passé de 40 à 10 personnes en interface avec les professionnels de santé, augmentant, *de facto*, la charge de travail. Néanmoins, le Directeur-adjoint de Cabinet souhaite des rencontres fréquentes avec les syndicats de médecins, une fois par trimestre sur les 2 prochaines années.

Cette première réunion a permis de se présenter aux pouvoirs publics et de faire connaissance avec nos correspondants qui seront, dorénavant : Yann Bubien, directeur-adjoint du Cabinet, Lionel Collet, conseiller spécial du Cabinet, Cécile Courrèges, DGOS et Mathias Albertone, directeur-adjoint de la DGOS, selon un « *spoil system* » à la française.

## DES MESURES D'ATTRACTIVITÉ NON APPLIQUÉES !

La déception du pacte de confiance et le plan attractivité non abouti de Marisol Touraine ont été soulignés. Les textes mal ficelés, parus au Journal Officiel dans les 6 derniers mois du gouvernement précédent, sont mal ou pas du tout appliqués. L'absence de financement de ces mesures ne poussent pas les hôpitaux à les mettre en place, comme c'est le cas pour la prime d'engagement dans la carrière hospitalière (PECH) pour les spécialités médicales en souffrance.

De fait, la question de la continuité de l'État s'est posée, face au travail non abouti de l'équipe précédente. Le Ministère n'est pas persuadé de l'attractivité de ces mesures et propose un bilan dont il tirera les conséquences. Les praticiens hospitaliers attendent, avec impatience, les mesures d'attractivité de la nouvelle équipe gouvernementale. Le SNPHARe, quant à lui,

reste déterminé sur ses revendications qui pourraient permettre d'éviter la fuite des praticiens vers d'autres structures.

## ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL : VERS UNE VARIABILITÉ SELON LES ÉTABLISSEMENTS ?

Le temps de travail, à l'heure où la France est aux 35 heures hebdomadaires, nous semble devoir être mis en avant. Nous réclamons l'inversion de l'article 2.A de l'arrêté modifié du 30 avril 2003, c'est-à-dire que les praticiens soient soumis à un décompte horaire du temps de travail et par dérogation, pour les équipes qui le demandent, un décompte en demi-journées. Nous demandons que notre revendication — 24 heures comptabilisées en 5 « demi-journées » — soit satisfaite rapidement. Il s'agit d'une reconnaissance de l'investissement des praticiens dans leur travail et le service public et non de se lancer obligatoirement vers une pointeuse. Il faut que les médecins puissent concilier leur vie professionnelle et personnelle. Le Cabinet pense que pourrait incomber officiellement au directeur de l'hôpital l'organisation du temps de travail qui serait donc variable d'un établissement à l'autre.

En revanche, la gestion des carrières hospitalières suscite l'enthousiasme du Ministère. Il s'agirait de travailler sur le parcours du futur médecin (externat et internat) d'une part, mais également de l'organisation des carrières médicales hospitalières (les passerelles, par ex.), dans une société qui évolue.

## LES CRP EN DIFFICULTÉ ?

Les commissions régionales paritaires (CRP) ont été évoquées. En effet, elles ne se réunissent pas du tout ou pas assez souvent et ne remplissent pas leurs missions. Plus la région est grande et plus le dysfonctionnement est majeur. Le périmètre et les activités des CRP devraient probablement être repensés. Le Ministère juge important de ne pas négliger les commissions médicales d'établissement (CME) pour qui les CRP seraient des concurrents. Si la CME et particulièrement le rôle du président de la CME ont évolué au fur et à mesure des textes, les conditions de travail des médecins restent éloignées de leurs préoccupations. La coexistence des 2 instances n'est pas une aberration, chacune étant dans son rôle. L'organisation de la permanence des soins et du travail médical, à l'échelon

de la région, est primordiale à l'heure des groupements hospitaliers de territoire (GHT). La CME ne peut pas avoir cette vision globale, surtout que les GHT accouchent, dans la douleur, de projets pas toujours partagés.

## AUTRES SUJETS ÉVOQUÉS

Le temps imparti tirant sur sa fin, des sujets de travail ont été rapidement déclinés, alors que nos interlocuteurs étaient déjà debout, leur ordinateur et autres documents sous le bras. La formation médicale continue et le DPC, en particulier, ont été cités car il devient de plus en plus compliqué pour les organisations et les praticiens. Le Conseil National Professionnel (CNP) devrait pouvoir jouer un rôle dans sa mise en place.

Exposées également : les élections pour la Commission statutaire Nationale qui devraient se tenir après la mise en place du Conseil Supérieur des Personnels Médicaux Hospitaliers (CSPMH), créé par la dernière Loi de santé et toujours pas mis en place. Cette démarche permettrait de mesurer la représentativité syndicale et donc, pour les pouvoirs publics, d'avoir des partenaires sociaux incontestables. Il faut un processus électoral transparent, au-dessus des intérêts personnels.

Enfin, il a été demandé, pour les praticiens, une compensation de l'augmentation de la CSG de 1,7 %, à l'instar des médecins libéraux et des personnels de la fonction publique. La DGOS aurait réclamé en haut lieu, un dédommagement pour l'hôpital. Dans ce numéro, un article explicatif dévoile les projets du gouvernement sur ce nouvel impôt et ses répercussions sur le pouvoir d'achat des médecins hospitaliers (lire page 18).

Nous attendons donc, avec impatience, les prochains rendez-vous afin que débats et discussions débutent sur tous ces points. Nous n'accepterons pas un énième plan pour les médecins hospitaliers qui nous conduira encore, à la fin du quinquennat, à l'absence d'amélioration de nos conditions de travail.

## COUP BAS DES DIRECTIONS HOSPITALIÈRES

Relevons un coup bas des directions hospitalières qui veulent faire des économies sur les retraites des praticiens ; elles demandent que les jours stockés sur les CET, lorsqu'ils sont indemnisés, ne soient plus soumis aux cotisations de la retraite IRCANTEC. En effet, à chaque indemnisation, le praticien et l'hôpital versent des cotisations à l'IRCANTEC qui rentreront dans la pension retraite. Une réunion du Conseil d'Administration

de cette complémentaire se tiendra fin septembre pour décider du bien-fondé de cette demande. Le SNPHARE refuse cette mesure qui amputera encore le pouvoir d'achat déjà bien malmené des praticiens hospitaliers. Le syndicat reste vigilant quant à l'issue de cette réunion.

## OÙ EN EST-ON DU DESARMIR ?

Ce CoDES, issu de la réforme du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales (R3C), avait pour but de faire disparaître le DESC de réanimation médicale en créant une formation commune pour les futurs anesthésistes-réanimateurs (AR) et les futurs médecins intensivistes et réanimateurs (MIR).

Un arrêté de décembre 2016 prévoyait, pour les 5 années à venir, de former 97 MIR et 459 AR chaque année. Ces chiffres ne reposant sur aucune méthodologie selon l'aveu même du Ministère, toutes les composantes de la spécialité se sont mobilisées pour que soit élaborée une méthode de calcul qui tiennent compte des capacités de formation, des postes vacants et des départs à la retraite.

L'Observatoire National des Professions de santé, le Conseil National de l'Ordre des médecins, les 2 Conseils Nationaux Professionnels (AR et MIR) et la DGOS ont engagé une réflexion qui devait inclure tous les paramètres, pour bâtir un outil pérenne, transparent et fiable. Le temps était compté malgré tout et toutes les variables n'ont pas pu être considérées pour l'année 2017. En effet, les chiffres recueillis auprès de tous les hôpitaux privés et publics français divergeaient de ceux du Conseil de l'Ordre des médecins, montrant qu'environ 600 médecins non répertoriés à l'échelon national exerçaient en tant que réanimateurs. Après de nouveaux calculs, le ratio de 1 MIR/7 MAR à former a été retenu, arrêtant 77 postes de MIR pour 459 postes d'AR. En tenant compte du nombre d'étudiants qui s'est présenté aux ECN, cette année, un arrêté du 8 juillet 2017 a finalisé le nombre de postes : 64 MIR et 445 AR.

## DERNIÈRE MINUTE...

Finalement, la Ministre, Agnès Buzyn, a accepté de recevoir, le 15 septembre, l'intersyndicale Avenir Praticien Hôpital (APH). Elle a été très intéressée par nos propositions et a montré des signes d'ouverture qui restent maintenant à concrétiser.

*Michel Dru, Président du SNPHARE*

# AP-HP : Attractivité pour les Praticiens Hospitaliers d'anesthésie-réanimation ? Un leurre

## Mode d'emploi pour le futur

La Loi HPST-Bachelot, malgré les promesses de Marisol Touraine en 2012, a considérablement dégradé l'environnement de travail dans les établissements publics de santé (EPS). Depuis 2009, quête de la performance, de la productivité, de l'efficacité, de la réalisation des cibles en vue d'un équilibre budgétaire, tous ces termes guerriers, maniés doctement par nos managers hospitaliers, ont eu pour corollaire l'accroissement de la pénibilité de notre métier pour les Praticiens Hospitaliers d'Anesthésie-Réanimation (PHAR) qui restaient au sein de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP).

### LES MESURES D'ATTRACTIVITÉ À L'AP-HP : BEAUCOUP D'INERTIE CAR LE TEMPS, C'EST DE L'ARGENT !

La durée des plages opératoires journalières augmenta insidieusement pour se « normaliser » progressivement à 10 heures d'activité continue. Certains managers hospitaliers particulièrement audacieux ont mis en place les plages opératoires de 12 heures pour fluidifier l'activité chirurgicale et pour répondre à la concurrence. **Il y a donc, une intensification du travail tant dans la durée du travail journalier que dans l'exercice même**, puisque les PHAR sont de plus en plus confrontés à des situations où ils doivent exercer sur deux salles d'opération, et, depuis 2017, même pour des spécialités chirurgicales lourdes ou des activités excentrées du bloc opératoire (plateau technique interventionnel).

L'homogénéisation des temps de travail entre le personnel médical et paramédical est le nouveau Graal de la Direction Générale. Sur le terrain, cela se traduit pour les PHAR, par un glissement de tâches insidieux devant la raréfaction des brancardiers et des IADE. Désormais, le PHAR est multi-tâches, en assurant le matin et dans la journée, le brancardage, puis le soir, les fréquents dépassements d'horaires en restant seul au bloc sans IADE.

“  
Le « tsunami » de la prise de postes de PH par les nouvelles générations d'internes prévu pour 2014, ne serait qu'une réalité à l'horizon 2021.

De façon concomitante, une moindre appétence au choix d'une carrière hospitalière à l'AP-HP s'est instaurée. Il y a là les effets conjoints du coût de la vie en région parisienne, des propositions plus alléchantes tant sur le plan organisationnel (temps de travail) que financier de la part des EPS comme les ESPIC ou les hôpitaux généraux de l'Ile-de-France. Pendant ce temps,

l'Institution considérait qu'un poste de PH à l'AP-HP étant une véritable consécration, surtout pour les disciplines sous tension comme l'anesthésie-réanimation, la radiologie et la psychiatrie, il était impérieux que « le jeune padawan » fasse une ou deux années de PH contractuel, voire d'attaché, pour accéder aux fonctions de « jedi » ou PH.

” Notre discipline, l'anesthésie-réanimation, subit une réelle tension démographique. Le « tsunami » de la prise de postes de PH par les nouvelles générations d'internes prévu pour 2014, ne serait qu'une réalité à horizon 2021. Et n'oublions pas, avant chaque tsunami la mer se retire...

Une « cellule anesthésie » a été mise en place sous la pression du SNPHARe en 2012, au sein de la CME de l'AP-HP. Cela a permis de déboucher en 2013 sur deux propositions :

① L'accès au 4<sup>e</sup> échelon + 10 % pour les anesthésistes pouvant justifier de 2 années de post-internat (CCA ou Assistanat), mesure partiellement appliquée,



- ② Le remplacement des PH qui partent 6 mois avant leur départ en retraite en utilisant leur CET, mesure qui est passée rapidement à la trappe.

En 2014 et 2015 le SNPHARe a interpellé l'Institution lors de nombreuses réunions de CME, pour l'obtention d'un environnement professionnel normal : bureau, téléphone (DECT), connexion internet. Si certains EPS de l'AP-HP ont procédé à cette normalisation (HEGP, Cochin, etc.), et ceci malgré le prix au mètre carré à Paris) des progrès restent à faire.

En septembre 2015, le SNPHARe a interpellé la Direction Générale pour qu'elle définisse conformément aux préconisations de l'arrêt du Conseil d'Etat (requêtes 254024 et 258201 de 2004), la durée de la demi-journée DJ. Lors de réunions du Comité d'Hygiène Sécurité et Conditions de Travail (CHSCT) du Comité Technique d'Établissement (CTE) central, la réponse a toujours été laconique et la journée estimée à 12 heures.

En juin 2016, le SNPHARe a déposé un préavis de grève pour discuter de l'harmonisation de certaines mesures développées, en catimini, par les GH pour conserver leurs PHAR et permettre le fonctionnement des EPS. Pour le SNPHARe, certaines de ces mesures correspondaient à ses revendications :

- 8 DJ hebdomadaires de clinique et 2 DJ pour des activités non cliniques,
- une activité continue de 12 heures au bloc opératoire est comptabilisée à la hauteur de 3 DJ,
- les dépassements d'horaires au-delà de 18h30 sont comptabilisés dans les 10 DJ hebdomadaires statutaires avec des émoluments d'1/2 garde pour 4 heures d'activité,

- un environnement décent de travail : bureau, DECT et connexion internet,
- la mise en place de l'intérim interne à la hauteur de 650 euros net.

N'oubliez pas ! la gouvernance peut être proluxe sur le plan financier, si cela ne diminue pas l'offre de soins !

Après une réunion en juillet 2016 avec la Direction Générale, la « cellule anesthésie » a été réactivée et un audit pratiqué par la Direction de l'inspection et de l'audit (DIA) de l'AP-HP (<http://www.aphp.fr/direction-de-linspection-et-de-laudit>).

Le 1<sup>er</sup> septembre 2017, la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités (DOMU) fait des propositions qui sont loin de satisfaire les attentes des PH de terrain. L'harmonisation transparente des mesures d'attractivité développées en catimini par les différents GH a été récusée, au profit du maintien de pratiques locales, sous le couvert d'une évaluation par la collégiale d'Anesthésie-Réanimation.

Parmi les mesures proposées, le SNPHARe souligne :

- ① Le caractère dérogatoire de la mise en place de la DJ de soirée à l'arrêté du 4 novembre 2016 (arrêté faisant l'objet d'un recours en annulation auprès du Conseil d'État par le SNPHARe : requête 406843).
- ② Le refus de l'institution de verser la Prime d'Engagement dans la Carrière Hospitalière (PECH) aux jeunes PH intégrant leur fonction en juillet 2017, le financement de cette PECH pouvant être assuré, au sein de chaque GH, par le budget des postes vacants en AR.
- ③ Le mépris de la DOMU qui propose de rémunérer

l'intérim interne à la hauteur de 640 euros brut, à condition que le PH auto-finance, à la hauteur de 50 % ces 640 euros brut, en acceptant de se faire payer une journée de RTT de son CET.

- ④ Le risque du développement d'une pratique foraine de l'anesthésie de l'intérim interne. Le SNPHARe sera vigilant au respect du principe de volontariat.
- ⑤ L'absence de la mise en place par les GH, du remplacement des PH qui vident leur CET avant leur départ à la retraite. Cette mesure devrait être étendue pour le remplacement des congés de maternité ou de longue maladie.
- ⑥ Son scepticisme quant à l'engagement de l'institution à faire bénéficier aux PHAR, de réelles conditions de travail. **D'autant que le SNPHARe attend toujours la réalisation des préconisations du compte-rendu du comité de pilotage sur l'amélioration des conditions de travail des médecins anesthésistes-réanimateurs** (juin 1992, Jean de Savigny).

“ Désormais, le PHAR est multi-tâches, en assurant matin et dans la journée le brancardage, et le soir les fréquents dépassements d'horaires en restant seul au bloc sans IADE. ”

Pour les PHAR, la seule parade est de faire monter les enchères en exigeant que les mesures d'attractivité développées en catimini au sein des autres GH soient instaurées dans leur établissement, sinon ils migreront vers des horizons plus attrayants.

Le SNPHARe se fera un plaisir d'informer les collègues de ces différentes mesures, ainsi que les GH qui conservent des ouvertures de blocs plus clémentes : 8h-16h30 ou 17h. Notons que la DOMU a toujours refusé la proposition du SNPHARe, de passer les services d'anesthésie-réanimation en temps

continu.

Telle est la loi de l'offre et de la demande et dans l'état actuel, la demande est d'autant plus importante que le tsunami des nouvelles générations de PHAR n'est prévu qu'au plus tôt pour 2021. Et pendant ce temps, la mer commence déjà à se retirer.

Alors soyez exigeants sur vos conditions de travail !

*Patrick Dassier, Trésorier du SNPHARe*

## QUEL MODE D'EMPLOI POUR LE FUTUR DANS UN ENVIRONNEMENT DE DÉRÉGULATION ?

Pour le SNPHARe, nous en sommes aux prémices d'une dérégularisation du statut de PH.

## AGENDA DU CA

### JUILLET 2017

11 Juillet Réunion SNPHARe et Avenir Hospitalier  
12 Juillet Cellule anesthésie (AP-HP)

### AOUT 2017

23 Août Réunion Ministère des solidarités et de la santé  
30 Août Réunion du bureau du SNPHARe

### SEPTEMBRE 2017

1<sup>er</sup> Septembre Cellule anesthésie (AP-HP)  
6 Septembre Réunion CFAR-CNP-SNPHARe  
8 Septembre Réunion du Conseil d'Administration du SNPHARe  
15 Septembre Réunion Actions Praticiens Hôpital  
25-27 Septembre Séminaire du Conseil d'Administration du SNPHARe

### OCTOBRE 2017

25 Octobre Réunion du Bureau du SNPHARe

# Class action, le casse tête français, de New-York à Paris.

Ce fut long et fastidieux, mais la France a fini par rejoindre les États-Unis, le Canada, les Pays-Bas et d'autres pays encore : les actions de groupe sont inscrites dans le droit national. Pour comprendre ce cheminement, cette évolution, retour sur l'histoire des *class action* et de leur périple transatlantique.

Comment oublier la touchante et combative Julia Roberts dans la peau d'Erin Brockovich ? En engageant une *class action* désormais mythique, cette autodidacte américaine est devenue le symbole de la défense écologique en révélant une affaire de pollution des eaux potables à Hinkley, en Californie. Les américains sont coutumiers de ce genre de batailles judiciaires, codifiées depuis 1849 dans l'Etat de New York et généralisées depuis 1967. Elles permettent aux consommateurs qui s'estiment floués de se regrouper, pour unir leurs forces face aux grands groupes. Ce système n'a quasiment aucune limite et fait preuve d'une efficacité concrète, dans le sens où il admet une sanction punitive en sus des dommages et intérêts.

En France, l'histoire des *class action* est plus récente, plus complexe et encore incomplète.

## « THE » SERPENT DE MER

C'est l'un des serpents de mer les plus tenaces dans la vie politique hexagonale. L'idée d'introduire la *class action* traînait de table en table, sans jamais se concrétiser. Elle a même été avancée par Jacques Chirac, lors de ses vœux aux forces vives de la Nation, le 4 janvier 2005 et puis... RIEN. Des lobbys trop puissants ? Une volonté d'éviter les dérives américaines ? Des barrières culturelles et judiciaires ? On ne saura jamais vraiment... De nombreux candidats avaient promis d'intégrer ces actions dans la législation française mais en 30 ans, ce sont les projets de loi enterrés, les initiatives législatives retallées et les déclarations péremptives qui se sont succédés.

C'est le texte présenté par Benoît Hamon, alors Ministre de l'Économie sociale et solidaire et de la Consommation, en 2013 et adopté en 2014 qui insère pour première fois le dispositif des *class action* dans la Loi française.

## CLASS ACTION VERSION FRENCHIE

Non, Erin Brockovich n'a pas débarqué en France pour défier les multinationales malhonnêtes et le système nord-américain non plus. En France aujourd'hui, on parle d'action de groupe : qui ne peut être intentée que par des consommateurs à l'encontre de professionnels, qui ne permet de

réclamer qu'une réparation du seul préjudice

matériel et d'action collective si on souhaite se prévaloir d'un préjudice corporel ou moral. Au départ le champ d'action se limite au droit de la consommation. La santé et l'environnement ne pèsent pas lourd dans la balance ou peut-être trop justement. Au pays où la loi est d'origine essentiellement institutionnelle, seules les 16 associations de consommateurs agréées sont habilitées à aller en justice pour les consommateurs au détriment des avocats ! Pas question de les laisser s'enrichir sur le dos des plaignants ! Les ténors du barreau sont mis sur la touche, Benoît Hamon ne voulait pas créer une « rente » pour leurs cabinets. En somme des actions plus correctives que punitives...

## ET LES SYNDICATS DANS TOUT ÇA ?

En 2016, ces actions collectives ont pris la forme des « actions de groupe » et des « actions en reconnaissance de droits ». Le but est que d'une part aucune personne lésée ne puisse être laissée de côté par peur des frais de contentieux ou par méconnaissance et, d'autre part, de regrouper en un contentieux, et un seul, les contentieux de masse... La Loi du 18 novembre 2016 et son décret d'application du 6 mai 2017 définissent le cadre général de ces actions. Une action de groupe peut être formée dans cinq domaines : discrimination subie par les administrés, discrimination subie par les salariés d'un employeur public, violation du droit de l'environnement, faute commise dans la production ou la fourniture ou la délivrance d'un produit de santé, violation des règles garantissant la protection des données à caractère personnel.

Depuis la réforme de la justice du XXI<sup>ème</sup> siècle, la Loi permet également à toute organisation syndicale représentative d'agir devant la juridiction compétente pour défendre les droits des candidats ou salariés, victimes de discrimination. Par ailleurs, les syndicats ne pourront saisir le juge d'une action collective, qu'après avoir demandé, en vain, à l'employeur de cesser la situation de discrimination.

Savéria Sargentini, Journaliste



# Médiation nationale, médiation régionale : le défi

En 2012, Édouard Couty se voit investi d'une mission : recréer la confiance au sein de l'hôpital, via un Pacte de confiance. Cinq ans plus tard, chargé d'une mission de médiation par Marisol Touraine, il expose au sein des journées « Action Praticien Hôpital », ses propositions pour assurer cette mission : PHAR-E a résumé son intervention.

## LA MÉDIATION : UN BESOIN RÉEL

La mission qui faisait suite au pacte de confiance, avait traité, entre autres problématiques, les conditions d'un vrai dialogue social, qui devrait permettre, entre autres, d'améliorer la qualité de vie au travail et d'assurer de bonnes conditions d'exercice. De ces discussions, avaient émergé plusieurs préconisations, dont la création de cellules de médiation, et de gestion des conflits. Certaines propositions ont été reprises, notamment les CRP (Commissions Régionales Paritaires) ayant pour mission la prévention des conflits et la médiation. En revanche, les principes de la médiation n'avaient pas été relayés.

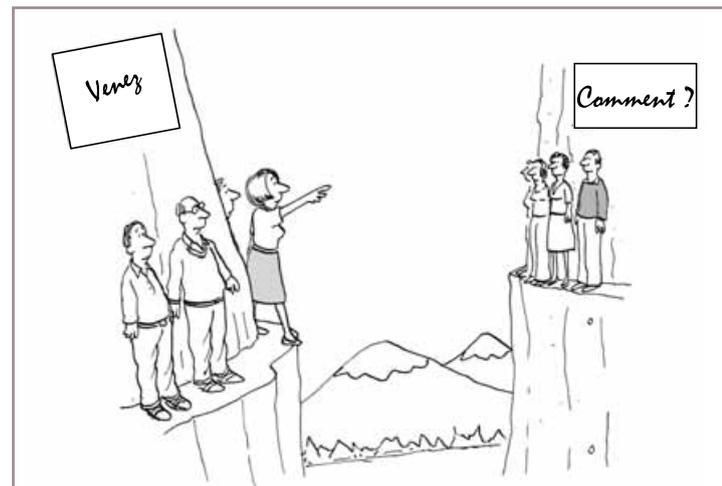
Certains événements dramatiques récurrents et très médiatisés ont poussé le politique et la Ministre Marisol Touraine à intervenir pour fixer une stratégie sur la qualité de vie au travail : création d'un observatoire, lancement d'une mission sur la qualité de vie au travail, avec réflexion sur les bonnes pratiques managériales au sein des établissements de santé, et le lancement d'une réflexion nationale sur la médiation, avec deux objectifs :

- Proposer une organisation de la concertation/conciliation/médiation à un niveau institutionnel.
- Gérer certains dossiers « brûlants » en termes de conflits.

## LE MÉDIATEUR NATIONAL SUR LE TERRAIN

Les propositions rendues par Édouard Couty, le 27 mars 2017, suite au rapport de mission demandé par la Ministre, reprennent la nécessité d'une médiation pour l'amélioration de la qualité de vie à l'hôpital, portant sur les conflits ou pratiques de harcèlement entre collègues, ou vis-à-vis de l'administration.

La définition de bonnes pratiques managériales, un



diagnostic précoce permettraient d'éviter les dégradations progressives conduisant à un enkystement des difficultés. Elles ont rencontré un large consensus pour traiter ces problèmes, faisant le constat que l'omerta actuelle doit être levée, car de plus en plus mal supportée, notamment par les médecins à l'hôpital. Le monde hospitalier et hospitalo-universitaire peut être très violent ce qui se traduit sur les relations interpersonnelles (violence morale et parfois physique).

Édouard Couty a rencontré tous les représentants institutionnels et syndicaux, titulaires et étudiants. Par exemple, les syndicats d'étudiants (ISNI, ISNAR, étudiants infirmiers) rapportent que 100 à 150 personnes appellent au secours tous les mois. Pour les 1,3 millions agents administratifs, médicaux et paramédicaux, 1 à 2% seraient touchés par des conflits plus ou moins sévères ! Cet effet volume va nécessiter une vraie organisation pour prévenir, détecter, guérir, et lancer une éducation thérapeutique.

Cette fonction de

“ L'hôpital est un monde empreint de violence, qui ne s'en débarrassera qu'à condition de le recentrer sur l'équipe ! ”

médiation existe partout en Europe, et en France dans toutes les grandes fonctions (armée, éducation nationale, police, usagers). En revanche, à l'hôpital, c'est silence, silence, silence : cette non prise en compte des difficultés relationnelles est à l'origine des drames récents et très médiatisés.

## CONCILIATION, PUIS MÉDIATION

La médiation est une transaction, ce n'est pas forcément la panacée ; le médiateur n'est ni juge, ni procureur, il est là pour renouer les liens, proposer des solutions à condition que les deux parties soient d'accord pour que cette médiation soit tentée.

Pour pouvoir installer cette fonction, il faut des textes législatifs pour donner aux médiateurs les moyens d'agir et d'être reconnus. Leur assurer une légitimité est primordial. Sinon, il ne sera même pas possible de consulter les dossiers !

### LES DIFFÉRENTS MÉDIATEURS

**À côté du médiateur national, des médiateurs régionaux (1 à 2 par région) présideraient une commission multidisciplinaire de médiation, constituée de pairs, qui pourraient faire appel à des personnalités extérieures (psychologues, médecins du travail, ou personnalités qualifiées). Ils seraient saisis en cas d'échec de la médiation locale..**

Les propositions autour de cette mission de médiation nationale insistent sur la nécessité d'une écoute qui permettrait la conciliation. Cette conciliation doit être promue et organisée localement, en interne, entre établissements (personnes de confiance locale, référents pour désamorcer les conflits). Elle sera suivie, si c'est envisageable et nécessaire, et en cas d'échec de la conciliation locale, par une phase de médiation, à condition que les deux parties soient d'accord pour rechercher des solutions aux conflits. Sinon aucune médiation ne sera tentée.

Reste à trouver l'articulation avec les cellules de conciliation/médiation mises en place dans certaines régions, via les CRP : un rôle complémentaire, et pas en rivalité, doit être conçu et appliqué.

## UNE CHARTE DE LA MÉDIATION ? UN OUTIL ESSENTIEL !

Quelques principes fondamentaux doivent être respectés...

- L'indépendance doit être garantie ; les médiateurs doivent donc être nommés par le Ministre, sans

lien hiérarchique national ou régional, sur proposition du médiateur national.

- La confidentialité doit être garantie, quitte à externaliser la gestion du conflit dans une autre région.
- Afin d'assurer une impartialité totale, il ne doit pas y avoir de lien entre le médiateur et la personne concernée.
- Il n'y a pas d'obligation de résultat. Le médiateur peut décider de ne pas engager de médiation s'il estime que d'autres voies de recours (contentieux) sont plus adaptées.
- Les règles de saisine doivent être précisées dans la réglementation.
- Une formation des médiateurs est nécessaire.

“ **Le médiateur n'est ni juge, ni procureur, il est là pour renouer les liens, proposer des solutions, à condition que les deux parties soient d'accord pour que cette médiation soit tentée.** ”

## UN TRAVAIL CONSIDÉRABLE PRÊT À ÊTRE MENÉ MAIS...

Depuis mars 2017, le gouvernement a changé, mais la nécessité de la médiation a survécu puisqu'en septembre 2017, Agnès Buzyn a reconduit Édouard Couty dans une nouvelle « mission de préfiguration d'un dispositif de médiation » sur les conditions de travail des soignants au sens large.

Qualité des soins, et qualité de vie au travail sont intimement liées ; les traiter séparément serait une grave erreur. Il faut donc une démarche intégrative, mais à ce jour, les tentatives d'action ont toujours été traitées séparément.

L'hôpital est un monde empreint de violence, qui ne s'en débarrassera qu'à condition de le recentrer sur l'équipe : quelles capacités lui donnons-nous pour la gérer, la manager ? L'omertà a assez duré ! il faut introduire, à l'hôpital, une formation aux relations humaines, aussi bien pour le personnel d'encadrement que pour les administratifs. Les hospitaliers sont formés aux relations avec les patients, mais rarement vers les collègues : il s'agit donc d'une nouvelle culture à acquérir et à faire vivre au sein de l'hôpital.

Saveria Sargentini d'après les propos d'Edouard Couty

# L'inexorable dégradation des conditions de travail à l'hôpital ?

Depuis le début des années 1980, l'hôpital est au cœur des réformes. La thérapie employée est sévère : tarification à l'activité, nouvelle gouvernance, normalisation croissante de la pratique médicale. Ces différentes réformes sont à l'origine de mutations profondes du travail et semblent aujourd'hui contribuer au malaise grandissant des personnels.

Ce malaise se résume assez bien dans le témoignage suivant : « *Je travaille à l'hôpital depuis 2004 et j'ai vu et subi, comme mes collègues, la dégradation de mes conditions de travail, la perte des effectifs qui nous permettaient de faire des soins de qualité avec humanité. Aujourd'hui, j'ai du mal à trouver du sens à mon travail. Je fais toujours plus de traçabilité et de papiers administratifs qui sapent le côté humain de mes soins. Je n'ai plus le temps de parler avec les patients. Je n'ai plus le temps de faire de la relation d'aide, ce qui permet de soigner l'âme en même temps que le corps* » [1].

Les réformes semblent avoir produit des effets délétères sur le rythme de travail des personnels, mais également sur la perception de la qualité du travail qu'ils produisent. Nous analysons ici, grâce aux résultats d'une enquête de l'INSEE, l'évolution de l'intensité du travail au sein du secteur hospitalier. Cette notion désigne le nombre d'opérations par unité de temps ou encore la relation entre les moyens et les objectifs dans les formes plus modernes d'organisation caractérisées par une forte autonomie des travailleurs. Nous l'appréhenderons à travers les différentes contraintes qui pèsent sur les rythmes de travail.

L'analyse des conditions de travail à l'hôpital met en évidence un renforcement des différentes contraintes de rythme qui favorise chez les travailleurs hospitaliers un sentiment de qualité empêchée.

## LE RENFORCEMENT DES CONTRAINTES DE RYTHME À L'HÔPITAL

Nous nous appuyons ici sur l'exploitation de l'enquête « Conditions de travail » de l'INSEE. Les données présentent le double avantage de décrire de manière détaillée les conditions de travail telles qu'elles sont vécues par les salariés et permettent de disposer d'un échantillon important autorisant la réalisation des analyses sur le secteur hospitalier.

Deux types de contraintes de rythme pèsent sur les salariés.

- Les premières, les contraintes de rythme marchandes, supposent que le travailleur voit son rythme de travail imposé par une demande extérieure obligeant à une réponse immédiate.
- Les secondes dites contraintes de rythme industrielles cherchent à contrôler l'effort des salariés (normes de production, la cadence d'une machine,...).

L'exploitation des trois dernières éditions de l'enquête « Conditions de travail » (1998, 2005 et 2013) montre une augmentation sensible de l'exposition à l'ensemble des contraintes de rythme pour les travailleurs du secteur hospitalier. En 1998, 79 % des travailleurs de l'hôpital étaient soumis à au moins une contrainte de rythme. Ils sont désormais 85 % dans ce cas en 2013, soit une augmentation de 8 % sur la période. L'augmentation concerne aussi bien le secteur hospitalier public que privé. Au total, 54 % des personnels de l'hôpital sont exposés à au moins une contrainte de rythme industrielle (*i.e.* subir un rythme de travail imposé par le déplacement automatique d'une pièce ou d'un produit, par la cadence d'une machine, d'autres contraintes techniques, ou encore par des normes de production ou des délais à respecter en une journée au plus), alors qu'ils étaient un peu plus de 40 % dans ce cas à la fin des années 1990. L'augmentation est importante, de l'ordre de 31 % sur la période.

Les personnels hospitaliers sont également très majoritairement soumis à une contrainte de rythme marchande (une demande extérieure obligeant à une réponse immédiate). La part des personnels concernés n'a cessé d'augmenter entre 1998 et 2013, pour le secteur public comme pour le secteur privé. La hausse est toutefois plus importante pour le secteur public (+12 % contre +7 % dans le privé) de sorte que les travailleurs du secteur hospitalier public sont désormais 75 % à être soumis à une contrainte de

rythme marchande, contre 68 % des travailleurs du secteur hospitalier privé.

## LE SENTIMENT CROISSANT DE QUALITÉ EMPÊCHÉE

Les données des trois dernières éditions de l'enquête soulignent la pression temporelle accrue. La part des travailleurs hospitaliers déclarant être toujours ou souvent obligés de se dépêcher a augmenté de 3 % entre 1998 et 2013 (avec une hausse de 28 % pour ceux déclarant « toujours ») et la part des personnels déclarant devoir fréquemment interrompre une tâche pour en effectuer une autre non prévue a augmenté de 15 % sur la même période.

L'augmentation des contraintes sur le rythme de travail semble bien se traduire par un accroissement de la pression temporelle ressentie par les personnels. Or, cette intensité excessive peut générer un sentiment de qualité empêchée, c'est-à-dire le sentiment de ne pas avoir les moyens de faire

un travail de qualité. S'il existe un lien entre nouvelles normes organisationnelles, intensité du travail et risque de qualité empêchée, la souffrance au travail pourrait constituer un effet social pervers des réformes de l'hôpital.

Il est possible d'appréhender le sentiment de qualité empêchée dans l'enquête à partir de la réponse à la question suivante :

« Pour effectuer correctement votre travail, avez-vous en général un temps suffisant ? ». Les travailleurs hospitaliers sont 37 % à répondre négativement à cette question en 2013, contre 32 % en 1998, soit une augmentation de 15 % sur la période.

## QUELS LIENS PEUT-ON ÉTABLIR ENTRE CETTE AUGMENTATION DU SENTIMENT DE QUALITÉ EMPÊCHÉE ET L'ACCROISSEMENT DES CONTRAINTES DE RYTHME ?

À partir des données 2013 de l'enquête, il est possible d'analyser plus finement le lien statistique entre le

sentiment de qualité empêchée et les contraintes de rythme imposées par les nouvelles normes organisationnelles. Les contraintes de rythme sont positivement associées au sentiment exprimé par les travailleurs de qualité empêchée. Ce sont les contraintes de rythmes industrielles qui sont les plus fortement associées à la probabilité de déclarer ne pas disposer de temps suffisant pour faire un travail de qualité, toutes choses égales par ailleurs. Et parmi les contraintes industrielles, avoir son rythme de travail imposé par des normes de production ou des délais à respecter augmente le plus sensiblement la probabilité de déclarer ne pas disposer d'un temps suffisant pour faire son travail correctement.



“ Les contraintes de rythme marchandes supposent que le travailleur voit son rythme de travail imposé par une demande extérieure obligeant à une réponse immédiate. ”

Avoir un rythme de travail imposé par des normes ou des délais de production constitue une contrainte de rythme dont le renforcement, très net depuis le milieu des années 2000, peut être interprété comme un indice d'intensification du travail pour les travailleurs hospitaliers. Cette pression temporelle accrue, dans un environnement de travail par ailleurs très exigeant physiquement et psychologiquement, constitue un triple risque supplémentaire. Cela est d'autant plus vraisemblable que les contraintes de rythme industrielles et, en particulier, le rythme imposé par des normes de production ou des

délais sont positivement associés à la probabilité de déclarer devoir

faire toujours ou souvent des choses que l'on désapprouve, renforçant ainsi l'idée d'un conflit de valeur grandissant au sein du secteur hospitalier.

Samia Benallah et Jean-Paul Domin, (Regards EA 6292)  
Université de Reims Champagne-Ardenne

[1] <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/1580347-infirmiere-je-fais-greve-ce-8-novembre-je-veux-retrouver-le-cotehumain-de-mon-metier.html>.

# Un changement de gouvernement est-il forcément un changement de politique ?

## Ou *New Public Management* et néolibéralisme comme fils conducteurs.

Les réformes de l'hôpital public et de la santé se sont succédées depuis 30 ans. Les pouvoirs politiques aussi. Pour autant, alors que 3 bords politiques différents ont été et sont aux manettes, l'impression est plutôt qu'il n'y a qu'une ligne directrice et qu'une seule stratégie sous-jacente : celle d'une industrialisation du soin, de sa rentabilisation, pilotée par des gestionnaires, au détriment de l'humain qu'il soit patient ou soignant.

Ces réformes, cette ligne directrice, ce sont celles du *New public Management*. Théorisé par de nombreux chercheurs, il est intéressant que nous, soignants, soyons lucides sur ce qui arrive aux services publics, et donc à l'hôpital.

### L'HÔPITAL ENTREPRISE

Le *New public Management*, le néolibéralisme, sont une logique d'ensemble qui transforme toutes les institutions sur le modèle de l'entreprise, avec trois dogmes à décliner pour les plier aux lois du marché : concurrence, productivité, rentabilité. Paradoxalement, pour que cette « révolution » puisse être déclinée dans chaque service public, l'État doit exercer un contrôle puissant.

C'est sous couvert de modernisme et de la nécessité des réformes, que l'hôpital a vu, à travers les 30 dernières années, sa transformation progressive et inéluctable.

**Tout d'abord, la rentabilisation à marche forcée** via la tarification à l'activité installée depuis 2004-2005, qu'aucun gouvernement n'a modifié de manière substantielle, malgré les engagements initiaux de Mme Touraine. Malgré les dénonciations multiples de ses effets pervers, bien que les acteurs dénoncent, de manière incessante, ses conséquences directes sur le soin, les différents gouvernements se sont bien gardés d'y toucher et les engagements de la nouvelle Ministre sont de la même veine, puisque les rares annonces concernant l'hôpital sont une évolution progressive des modalités de financement pour permettre le plan triennal d'économies, donc une T2A gardant toute prééminence comme moyen de contraindre le coût des soins.

**La concurrence**, qui désormais touche les établissements de soins entre eux, les services entre eux, voire les praticiens entre eux *via* les notions de performance, de *benchmarking* et de productivité, a aussi profondément modifié l'exercice médical. Les palmarès et les comparaisons établis par un pouvoir managérial formaté à piloter sur des indicateurs choisis par eux, et bien loin de la véritable qualité des soins et du service rendu à la population, ont profondément modifié notre exercice. Nous ne sommes plus dans une logique de coopération ni d'entraide entre professionnels et établissements, et les GHT en sont un avatar supplémentaire puisque les projets médicaux partagés sont partout établis sur des critères managériaux sans concertation avec les acteurs. L'étatisation, nécessaire structurellement à la transformation d'un secteur de service public à une logique marchande, s'est intensifiée avec la toute-puissance des ARS, qui pilotent des « super-régions » et réorganisent à marche forcée l'offre de soins *via* les GHT. L'État central « stratège » ordonne, les ARS déclinent et imposent cette politique, selon une organisation très verticale mais aussi très centralisée, avec une vision de regroupement pour des établissements de taille XXL jugés plus rentables. Les directions d'établissement en *off* se plaignent beaucoup de leur absence d'autonomie de décision, et de la toute-puissance des ARS, mais juste parce que c'est une entrave à leur autonomie de décision !

Toutes ces réformes ont nécessité **l'installation d'un pouvoir gestionnaire et d'une bureaucratie** désormais incontournables, qui règlent tous les aspects de notre exercice et de notre vie professionnelle, et ne rêvent que d'en contrôler encore plus pour nous retirer toute



autonomie professionnelle, relayés en cela par des Agences, des experts, voire des Sociétés savantes qui, *via* recommandations et autres consensus, voudraient gouverner tous les aspects de notre exercice.

### LE PATIENT DEVIENT CLIENT !

Un des pans nécessaires du néolibéralisme est de transformer l'usager en consommateur, et donc le patient en client. Un autre pan est la casse des Professions, en tant que seule opposition de par leur savoir et leur autonomie au pouvoir gestionnaire. Quitte à manipuler les patients contre les professionnels ! On commence à en voir les effets délétères sur la dénonciation actuelle immaîtrisable dans les revues féminines des soi-disant violences obstétricales, faisant fi de la régression des décès et complications graves de l'accouchement, grâce à un environnement médical en salle d'accouchement. Que faire quand, même le secrétariat d'état en charge de l'égalité entre les femmes et les hommes, demande un rapport sur ces violences en s'appuyant sur des chiffres faux concernant l'épisiotomie ? C'est une dénonciation partisane et démagogique, qui a surtout pour but de casser les professions intervenant en salle d'accouchement, quitte à faire resurgir la morbi-morbidité obstétricale et néo-natale.

### LE COROLLAIRE : LA DÉGRADATION DE LA QUALITÉ DES SOINS

Toutes ces réformes ont conduit à une dégradation de la qualité des soins, que ressentent et décrivent les patients, mais qui commence à être objectivée sur les indicateurs comparatifs avec d'autres pays. Mais, pour toutes les professions de l'hôpital, y compris les médecins, émerge un malaise d'intensité très lourde, avec perte du sens du travail, et émergence

de risques psycho-sociaux très élevés, chose assez nouvelle à l'hôpital.

### UN MÊME CONSTAT QUELLES QUE SOIENT LES RÉFORMES

Ces réformes néo-libérales, les mêmes pour tous les services publics, sont montées en puissance progressivement, depuis 30 ans, jusqu'à la loi HPST et la T2A 100 %, sous la présidence de N. Sarkozy avec R. Bachelot aux manettes. F. Hollande et M. Touraine, malgré les élans lyriques du début de mandat, n'ont absolument rien changé, laissant les énarques et autres commis de l'État installer ce type de management centré sur la rentabilité, la bureaucratie, l'attaque des professions et le mépris des acteurs. Tout cela est relayé par les ARS et les directions très complaisantes, qui ont su trouver, *via* les pôles, des médecins prêts à adhérer à toute politique qui renforce leurs pouvoirs. E. Macron et A. Buzyn n'ont pas, pour l'instant, fait beaucoup d'annonces sur l'hôpital, en dehors de la baisse obligatoire des coûts : l'hôpital ne semble pas une priorité pour eux, ni les services publics. Les mêmes conseillers ou visiteurs du soir sont là, les réformes vont donc continuer leur marche, et les patients et les soignants à en pâtir.

On est donc en face d'une lame de fond qui, quel que soit le type de régime politique en place, a permis sous couvert de modernisme et de nécessité de réformes, la transformation néolibérale de l'hôpital public au détriment de la qualité des soins, au détriment de la prise en charge de tous les patients quelles que soient leur pathologie et leur origine, au détriment de la qualité de vie au travail de l'ensemble de ses acteurs.

*Nicole Smolski, administratrice du SNPHARE*

# La place et le rôle d'un syndicat moderne pour la performance hospitalière :

## le point de vue de son intersyndicale (IS), Avenir Hospitalier (AH)

**Avenir Hospitalier regroupe maintenant 8 organisations. Qu'attendons-nous plus particulièrement du SNPHARe ?**

L'entrée très récente des médecins du travail de l'ANMTEPH, offre la perspective d'une réflexion plus poussée sur le travail lui-même et sa place dans la tête des PH. Avec le SNPHARe, c'est une voie originale qui s'était ouverte dans les années 90 dans ce domaine. Il a fallu de nombreuses années pour voir aboutir des choses très concrètes comme l'Observatoire de la Souffrance Au Travail des PH, initialement porté par le seul SNPHARe, en 2009, et aujourd'hui repris par AH et la CPH (cf N°8 revue AH <http://www.avenir-hospitalier.fr/index.php/%202-non-categorise/403>.)

Pour ce qu'il reste à inventer, le SNPHARe peut et doit être un moteur dans ces échanges entre des spécialités aussi différentes, mais qui se retrouvent sur le concept de statut. Les valences sont des formes de différenciations pour la reconnaissance. Le SNPHARe peut être un stimulant pour permettre aux autres composantes syndicales d'AH d'apporter leurs contributions sur des initiatives lancées par le SNPHARe.

Par exemple, on s'est beaucoup focalisé sur la durée du travail depuis 15 ans, et c'était bien normal ! Mais il reste à faire pour que les praticiens soient respectés dans leur droit de concilier vie professionnelle et vie personnelle. Mais est-ce suffisant ? Avec le président d'AH, nous pensons qu'il faut faire le même travail sur l'autonomie. En tant que gériatre, je n'ai pas le même type de contraintes que celles des AR. Néanmoins, l'autonomie professionnelle est une notion transversale qui est l'un des piliers de l'attractivité hospitalière publique. En effet, en observant les flux qui quittent l'hôpital public, on remarque que, souvent, il s'agit de motifs comme la quête d'une plus grande liberté d'organisation. Plus que le seul attrait financier, même si ce dernier est un facteur qui compte. Alors, comment expliquer qu'en secteur libéral, il soit possible de concevoir une autonomie quand on sait quand même les contraintes fortes attachées à cet exercice en ville, alors qu'à l'hôpital public, on ne puisse pas résoudre cette équation ? Il me semble que c'est là le rôle des organisations syndicales de PH et, particulièrement celles qui composent AH, dont le SNPHARe



son fondateur. L'expertise du SNPHARe sera très appréciable pour se saisir de cette problématique à bien des égards, aussi complexe à appréhender en secteur public comme l'est celle de la durée du travail...

Par ailleurs, on sait que le déroulé de carrière linéaire, centré sur la clinique, ne correspond plus assez aux aspirations des PH. Nous devons réfléchir à des critères nouveaux à prendre en compte et c'est, à mon sens, tout à fait possible au sein d'une IS comme AH et avec la CPH. Ces espaces de débats à ouvrir, c'est notre responsabilité et je souhaite, avec le président d'AH et celui de la CPH, que nous le nourrissions avec les apports des organisations syndicales composantes. En ce sens, le SNPHARe, quand il s'est élargi, puis, quand il a créé AH, a fait la démonstration d'une prise de risques, au final très bénéfique et on le constate tous les jours. Du creuset de nos IS doivent naître des idées nouvelles qui sont autant de propositions innovantes, avec une lecture modernisée de ce que doit être un statut de praticien hospitalier adapté aux exigences d'aujourd'hui. Je ne doute pas de l'expertise du SNPHARe pour être un élément déterminant sans être dominant, pour laisser les autres faire valoir leur propre réflexion.

Il s'agit en quelque sorte, d'un travail intersyndical... à l'intérieur d'un syndicat ! Le point de vue qu'on peut ici tenir est celui d'une dynamique. Voir le syndicalisme en mode statique n'est pas de ce temps. C'est par touches successives que la construction syndicale se fait efficace et s'impose. Et de ce point de vue, l'histoire même du SNPHARe inspire confiance car il ne faut jamais arrêter d'inventer... Sinon, on court le risque de rester consommateurs de droits sociaux, toujours acquis de haute lutte, mais qui peuvent se trouver balayés au gré des majorités et des modes politiques. La noblesse du syndicalisme est d'être toujours en avance et en situation de s'adapter sans perdre de vue ses fondamentaux. Ce syndicalisme assemblant défense et proposition, le SNPHARe sait faire !

*Renaud Péquignot, Secrétaire Général d'Avenir Hospitalier*

# Contractuels : votre droit à l'indemnité de précarité

Les PH contractuels oublient souvent leur droit à bénéficier d'une indemnité de précarité au terme de leur période contractuelle. Pourtant, cette indemnité est presque systématiquement de droit.

L'article R.6152-418 du Code de la Santé Publique rappelle que les praticiens hospitaliers contractuels ont droit à l'indemnité de précarité prévue par l'article L.1243-8 du Code du travail. Ces dernières dispositions imposent le paiement d'une somme représentant 10 % de toutes les sommes perçues tout au long de l'exécution du contrat à durée déterminée.

## Une indemnité non négligeable !

Le montant de ce dédommagement peut être important puisque l'assiette de calcul reprend l'ensemble des rémunérations brutes versées pendant toute la durée du contrat à durée déterminée (salaires, plages additionnelles, primes et accessoires perçus)<sup>1</sup>. En cas de difficulté de l'employeur, les intérêts courent à compter du premier jour de la réclamation faite à l'employeur et jusqu'à complet règlement.

Les PH contractuels se voient souvent opposer le fait qu'ils bénéficient d'une prime de 10 % versée mensuellement lors de leur recrutement. Toutefois, le versement de cette gratification<sup>2</sup> est prévue pour favoriser les recrutements de contractuels et n'a pas vocation à se substituer à l'indemnité de précarité. Le Code du travail est clair, l'indemnité de précarité est réglée à la fin du contrat, lors du dernier bulletin de paie et non en cours de contrat.

Le PH contractuel, dont l'employeur aurait omis ce versement, dispose de quatre ans à compter du premier jour de l'année suivant la date à laquelle il aurait dû être réglé, pour interrompre la prescription quadriennale des créances contre les personnes publiques<sup>3</sup>.

## Comment ça marche ?

L'indemnité est due pour chaque contrat conclu et exécuté tout pendant que la relation contractuelle à durée déterminée n'est pas suivie d'une relation contractuelle à durée indéterminée<sup>4</sup>. Ainsi, le fait qu'un CDD soit suivi d'un autre CDD implique le versement de l'indemnité de précarité au titre du premier CDD mais également au titre du second CDD. Il en va naturellement de même si les CDD s'enchaînent d'un établissement à l'autre pour un même praticien.

L'établissement de soins employeur n'est dispensé de régler l'indemnité de précarité que dans certains cas limitativement énumérés par l'article L.1243-10 du Code du travail. Deux hypothèses peuvent être retenues pour les PH contractuels. D'une part, en cas de rupture anticipée du contrat due à l'initiative du praticien, à sa faute grave ou à un cas de force majeure. D'autre part, lorsque le praticien refuse d'accepter la conclusion d'un contrat de travail à durée indéterminée pour occuper le même emploi ou un emploi similaire, assorti d'une rémunération au moins équivalente.

La première hypothèse d'exclusion tire les conséquences de la carence du praticien ou de sa soustraction à ses obligations, sauf

le cas de rupture prématurée du CDD pour conclure un CDI avec un autre employeur. L'indemnité de précarité peut alors être versée au prorata de la durée du CDD. La seconde cause d'exclusion est fréquemment opposée par les employeurs mais par des procédés souvent censurés par les juridictions.

## Prudence est mère de sûreté ...

Dans les faits, les PH contractuels ne peuvent quasiment jamais être recrutés par contrat à durée indéterminée compte tenu des limitations de la réglementation, qui fixe des bornes à 1, 2, 3 ou 6 ans au plus, dans la majorité des situations<sup>5</sup>. Il faut être prudent car certains centres hospitaliers ont parfois tendance à oublier ces limitations et proposent des renouvellements irréguliers.

Il est également courant de voir un centre hospitalier proposer un CDI au PH contractuel en fin de CDD mais à des conditions économiques de rémunération moins favorables que celles offertes dans le cadre du contrat à durée déterminée. Le simple fait que les conditions financières soient moins favorables suffit à écarter une telle prétention et le praticien hospitalier est en droit d'exiger le règlement de son indemnité de précarité<sup>6</sup>.

Certains établissements publics de soins tentent d'opposer la possibilité qu'a le praticien en fin de CDD de postuler un poste vacant de titulaire présenté comme un emploi à durée indéterminée. Toutefois, les conditions économiques offertes pour un tel poste peuvent s'avérer moins avantageuses, de sorte que la question de l'exception au versement de l'indemnité ne peut se poser. En toute hypothèse, le juge administratif considère que la possibilité de candidater à un tel emploi ne saurait être considérée comme une proposition de CDI dès lors qu'une procédure de sélection rend l'attribution du poste aléatoire<sup>7</sup>. Plus sûrement, il ne nous semble pas possible de considérer qu'un emploi de praticien hospitalier titulaire puisse être considéré comme un contrat à durée indéterminée offert par le même employeur dès lors que, juridiquement, il se trouve placé non pas en situation contractuelle mais en situation statutaire et réglementaire, sous la direction d'un nouvel employeur, le Centre National de Gestion.

En cas de refus irrégulier de l'employeur, les procédures judiciaires sont simples et le juge administratif accepte de condamner l'établissement de soins récalcitrant en moins de six mois<sup>8</sup>.

*François Braud, Avocat à la Cour, Paris*

1 - Cour d'appel de Metz, 9 nov. 2004, n°02/02907 ; Cour d'appel de Lyon, 24 oct. 2008, n°08/00162.

2 - R.6152-416 du Code de la Santé Publique

3 - Cour Administrative d'Appel de Bordeaux, 17 juillet 2000 n°97BX02228

4 - Cour de Cassation, Soc., 5 février 1992, n°88-40965

5 - R. 6152-402 et R.612-403 du Code de la Santé Publique

6 - Tribunal Administratif de Lyon, 9 déc. 2016, n°1500365

7 - Tribunal Administratif d'Orléans, 27 mars 2012, n°1001807

8 - Tribunal Administratif de Lyon, Ord., 29 juil. 2015, n°1500179

# Augmentation de la contribution sociale généralisée (CSG) : gagnants ou perdants ?

## Certitudes et incertitudes

L'article qui suit concerne des mesures qui évoluent beaucoup selon l'actualité. Il a été élaboré à partir des données disponibles au 10 octobre 2017 et qui risquent d'être obsolètes le jour de l'arrivée du journal dans vos boîtes aux lettres.

### POUVOIR D'ACHAT

Ce n'est pas un gros mot de parler de dégradation du pouvoir d'achat des PH.

Alors que 30 % des postes de PH sont vacants, que les différentiels de rémunération avec nos collègues du privé se creusent dans certaines spécialités, il est intéressant de comparer les évolutions de salaire de PH en début de carrière avec celui du SMIC.

En 1984 (création du statut de PH), ce ratio était proche de 4. Il est aujourd'hui de 2,8 (cf graphique ci-dessous). Notre salaire horaire en début de carrière correspond aujourd'hui exactement à 2 SMIC.

Nous nous réjouissons de la hausse du SMIC, bien sûr. Mais poser la question de la baisse, plus que ressentie, de notre pouvoir d'achat est une vraie problématique, pour chacun de nous, et pour des organisations syndicales qui se respectent.

### LES PROMESSES D'E. MACRON, LES ENGAGEMENTS DU GOUVERNEMENT

Durant la campagne présidentielle, E. Macron a défendu une augmentation de la CSG de 1,7 points, et une augmentation du pouvoir d'achat. Pour compenser la baisse de salaire résultant de la hausse de la CSG, certaines cotisations sociales doivent être supprimées : la cotisation chômage (2,4 % du salaire), et la cotisation maladie (0,75 % du salaire).

Cette promesse de campagne doit être mise en œuvre au 1<sup>er</sup> janvier 2018. Cette mesure va effectivement augmenter le salaire net d'une partie des salariés, mais les catégories professionnelles qui ne cotisent ni au chômage ni à la maladie risquent d'être perdantes : de manière certaine, les retraités dits « aisés » (plus de 1 200 euros/mois, 1837 euros pour un couple... soit 60 % des retraités), au nom de la solidarité inter-générationnelle ; les fonctionnaires, et les travailleurs indépendants pour lesquels reste à préciser la compensation éventuelle.

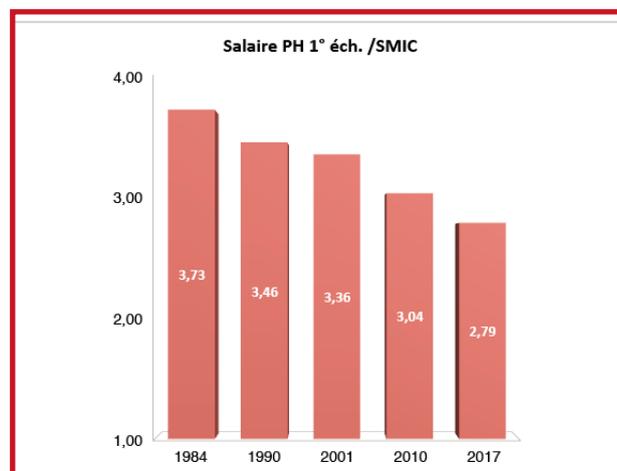
Un salarié au SMIC versera 25 euros de CSG en plus, mais la baisse des cotisations lui rapportera 46 euros, donc le bénéfice serait de 21 euros par mois. Pour un salaire brut de 2000 euros, la hausse salariale s'élèverait à 30 euros par mois ; pour 5500 euros, la hausse salariale serait de 81 euros par mois (source : IREF et FI Droit).

Mais, depuis ces annonces, la prospective s'est compliquée, car les compensations annoncées devraient être étalées sur 2018, ce qui mathématiquement va diminuer les hausses promises du pouvoir d'achat.

Une autre promesse de campagne, visant à compenser cette hausse de la CSG, repose sur la suppression de la taxe d'habitation, sous condition de ressources (2000 euros mensuels pour une personne seule, 4000 euros pour un couple). Mais, alors que la hausse de la CSG sera effective dès 2018, la suppression de la taxe d'habitation sera étalée de 2018 à 2020.

### QU'EST-CE QUE LA CSG ?

La CSG, contribution sociale généralisée, est un impôt mis en place en 1990 par le gouvernement de M. Rocard, dans le but de financer la protection sociale. Elle est



prélevée à la source sur l'ensemble des revenus (salaires bruts, primes), sur les revenus de remplacement (retraites, invalidités, chômage), et sur les revenus financiers et immobiliers. Son taux varie selon le type de revenu. Comme elle touche tous les revenus et est prélevée à la source, une faible augmentation de la CSG rapporte beaucoup à l'État, et n'est pas forcément ressentie par ceux qui n'ont pas le nez sur leur feuille de paie.

Elle comporte une part déductible et une part non déductible des revenus imposables. Ce qui revient à émettre des impôts (sur le revenu) sur un impôt déjà versé !

### QUELS SONT LES TAUX DE CSG ?

- Salaires et traitements indiciaries : CSG 7,5 % dont 5,1 % déductibles.
- Pensions de retraite ou d'invalidité : CSG de 6,6 % dont 4,2 % déductibles.
- Indemnités journalières de Sécurité sociale : CSG de 6,2% dont 3,8% déductibles
- Revenus du capital : CSG de 8,2 % dont 5,1 % déductibles.

### QUID DES FONCTIONNAIRES, EN COMPARAISON AVEC LES SALARIÉS DU PRIVÉ ?

Les fonctionnaires ne cotisent ni au chômage, ni à la maladie. Si rien n'est prévu en compensation, leur pouvoir d'achat sera touché. Comme le point d'indice vient d'être gelé, il n'y a pas pour l'instant de compensation salariale et la tendance politique actuelle ne semble pas être à la hausse des salaires. E. Macron a promis, lors de sa campagne, que cette hausse de la CSG serait « compensée » pour tous les salariés, même ceux qui ne sont pas touchés par la suppression des cotisations chômage et maladie. Il a promis un rendez-vous salarial pour la rentrée, mais pour l'instant, les syndicats de fonctionnaires ne bénéficient d'aucune certitude. Ont été avancées la possibilité de supprimer la contribution exceptionnelle de solidarité et la prise en charge par l'Etat d'une partie des cotisations salariales.

Pour l'instant, une seule certitude : les fonctionnaires auront AU MIEUX une compensation, mais en tout cas pas, comme les salariés du privé, une augmentation du pouvoir d'achat.

### ET POUR LES PRATICIENS HOSPITALIERS ? QUELLES RETENUES ACTUELLEMENT ?

Nous sommes dans une situation bâtarde, comme d'habitude. En effet, pour rappel, nous ne sommes pas

fonctionnaires, mais agents de droit public. Nos salaires sont soumis au point d'indice des fonctionnaires (donc gelés actuellement).

Mais, paradoxe suprême, alors que nous pourrions attendre le même régime de cotisations que les fonctionnaires, nos cotisations sur les revenus dépendent du régime général !

Nous cotisons donc, comme les salariés du privé, au titre de la maladie (0,75 % du salaire brut). Là où ça se complique, c'est que nous ne cotisons pas au chômage (2,4 % au régime général) : en effet, les hôpitaux, au vu du faible risque de chômage dans notre profession, préfèrent en général verser des indemnités de chômage aux rares chômeurs, que payer une cotisation chômage pour tous. En revanche, nous cotisons pour la vieillesse au régime général (6,9 %) et nous contribuons à la solidarité nationale (1 %) et au remboursement de la dette sociale (0,5 %).

Donc, mathématiquement, et en dehors d'annonces à venir, notre CSG va bien augmenter de 1,7 %, mais notre affiliation au régime général sans la cotisation chômage fait que nous ne pouvons bénéficier que de la suppression de la cotisation maladie de 0,75 % : donc encore une baisse de notre pouvoir d'achat.

### EN CONCLUSION

Les syndicats de PH doivent être d'une vigilance extrême sur cette hausse de la CSG, et sur les compensations prévues aussi bien pour les fonctionnaires que pour le privé, puisque une fois de plus, les PH sont dans un entre-deux qui peut leur être très préjudiciable : on ne peut pas nous supprimer des cotisations qui ne nous sont pas prélevées (le chômage), donc nous ne serons pas dans le régime favorable des salariés du privé ; on risque de ne pas pouvoir bénéficier des compensations dont vont bénéficier les fonctionnaires, puisque nous sommes au régime général. Puisque l'exonération de la taxe d'habitation ne nous sera pas ouverte, nous serons perdants sur toute la ligne.

Alors que notre pouvoir d'achat a plus que baissé depuis la création du statut de praticien hospitalier, c'est une attaque frontale de plus sur l'attractivité des carrières hospitalières. Nous exigeons donc des négociations urgentes sur le pouvoir d'achat des PH, et de participer aux discussions en cours sur la compensation de la hausse de la CSG. Notre position « entre deux » fait courir le risque que nous soyons une fois de plus les oubliés, ou les dindons de la farce ? Mauvais signe pour l'hôpital public !

*Nicole Smolski, administratrice du SNPHARE*

# Quelle évolution pour le statut de Praticien Hospitalier ?

Le SNPHARe travaille depuis plusieurs mois sur un projet de propositions concernant différents points comme le travail du médecin hospitalier, les activités réglementées en anesthésie-réanimation, l'équilibre démographique, la formation initiale spécialisée... et le statut de praticien hospitalier. PHAR-E fait le point.

## CONSTAT / ÉTAT DES LIEUX

Les médecins hospitaliers sont exclus du champ d'application du statut général de la fonction publique ; ils ne sont donc pas fonctionnaires. Ce sont des agents publics, soumis au droit public. Ils obéissent au statut unique de praticien hospitalier créé en 1984 et modifié une vingtaine de fois depuis. Transposés dans le Code de la santé Publique, les différents articles du décret n° 84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers précisent que « les médecins, odontologistes et pharmaciens des hôpitaux nommés à titre permanent constituent le corps unique des praticiens hospitaliers dans toutes les disciplines médicales, biologiques, pharmaceutiques, odontologiques et leurs spécialités ». Les conditions de recrutement par concours, de nomination par le Centre National de Gestion et d'affectation par le Directeur de l'établissement à partir d'un profil de poste y sont détaillées. Les praticiens hospitaliers sont nommés pour une période probatoire d'un an, à l'issue de laquelle ils sont soit nommés à titre permanent, soit envoyés devant la commission statutaire nationale pour prolongation de leur période probatoire d'une nouvelle année ou licenciement pour inaptitude à l'exercice des fonctions.

La carrière comprend 13 échelons, le 13e étant atteint en 24 ans. Le praticien hospitalier perçoit des émoluments mensuels, des indemnités et des allocations. Pour la permanence des soins, il est indemnisé selon son statut (hospitalier ou hospitalo-universitaire) et pour le temps de travail additionnel, selon un tarif unique désormais. S'il est nommé sur un poste à recrutement prioritaire, le praticien perçoit une allocation versée en une fois, après engagement pour une période de 5 ans. Une indemnité est accordée au praticien d'une part, lorsqu'il exerce ses activités sur plusieurs établissements et d'autre part, s'il s'engage contractuellement pour une part complémentaire variable. Enfin, le praticien bénéficie, pour une période de 3 ans renouvelable, d'une indemnité d'engagement de service public exclusif, lorsqu'il a signé

un contrat. Le service hebdomadaire est fixée à 10 demi-journées sans que la durée de travail puisse excéder 48 heures. Lorsqu'il est effectué la nuit, celle-ci est comptée pour deux demi-journées. Toutefois, l'activité médicale peut être organisée en heures, sans que sa durée hebdomadaire n'excède 48 heures. Sur la base du volontariat, le praticien peut contractualiser du temps de travail additionnel.

Les praticiens hospitaliers ont droit à un congé annuel de 25 jours ouvrés, 19 jours de RTT, des jours de récupération (TTA, astreintes ou déplacements) lorsqu'ils n'ont pas été indemnisés, congés maladie, maternité et congés de formation. Le praticien hospitalier peut être mis à disposition d'un groupement hospitalier de territoire.

Selon les nécessités de service, le praticien peut être placé en recherche d'affectation, soit sur sa demande, soit d'office. L'insuffisance professionnelle peut être retenue, lorsque le praticien est dans l'incapacité d'accomplir les travaux ou d'assumer les responsabilités relevant normalement de ses fonctions. Elle résulte de l'inaptitude à l'exercice des fonctions du fait de l'état physique, psychique ou des capacités intellectuelles du praticien. Il fait alors l'objet soit d'une mesure de reconversion professionnelle (recherche d'affectation), soit d'une mesure de licenciement avec indemnité.

## PROPOSITIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU SNPHARE

Le statut de praticien hospitalier doit rester un socle commun d'activités cliniques et de permanence des soins, sur lequel s'articulent des contrats valorisant la spécificité de l'exercice du médecin hospitalier (la transmission du savoir médical aux plus jeunes, la recherche clinique, mais aussi les missions institutionnelles...). La rémunération est effectuée, après service réalisé : émoluments mensuels en fonction de son échelon, des indemnités de permanence de soins d'un seul type s'agissant des astreintes (pas

de forfaitisation des astreintes) ou des gardes. La part complémentaire variable est supprimée. Le montant annuel de la prime de service public exclusif sera porté à 12 000 euros bruts annuels pour l'ensemble des PH. Le service hebdomadaire est fixé à 10 demi-journées (8 demi-journées de temps clinique et 2 demi-journées de temps non clinique). Pour le SNPHARe, il ne doit pas dépasser 42 heures qu'il soit comptabilisé en demi-journées ou en temps continu. Lorsque le temps de travail est compté en demi-journées, 24 heures correspondent à 5 demi-journées. Le temps de travail en France est de 39 heures hebdomadaires correspondant aux émoluments versés après service réalisé. Le delta entre 39 heures (durée de travail en France) et 48 heures (limite supérieure européenne de la durée de travail) est indemnisé en heures supplémentaires. Au-delà de 48 heures hebdomadaires, le praticien effectue du temps de travail additionnel et devrait être indemnisé sur la même base horaire qu'un médecin intérimaire.

Des mesures d'attractivité doivent être offertes à toutes les générations de praticiens hospitaliers :

- Respect de la réglementation en cours (formation continue, temps de travail, contrat de temps de travail additionnel...)
- Couverture sociale identique pour les PH à temps partiel et à temps plein
- Revoir la grille de rémunération figée depuis 2010 : recrutement au 8<sup>e</sup> échelon actuel avec une carrière en 7 échelons étalée sur 24 ans (1<sup>er</sup> échelon (correspondant à l'ancien 6<sup>e</sup> échelon) : 2 ans, 2<sup>e</sup> échelon : 2 ans, 3<sup>e</sup> échelon : 2 ans, 4<sup>e</sup> échelon : 3 ans, 5<sup>e</sup> échelon : 4 ans, 6<sup>e</sup> échelon : 5 ans, 7<sup>e</sup> échelon : 6 ans). À l'âge de 60 ans, le praticien atteint un échelon supplémentaire de droit avec arrêt des gardes, si le praticien le désire, sans perte de salaire et sans condition d'ancienneté dans l'échelon précédent. Ainsi, si le praticien a atteint le 7<sup>e</sup> échelon, à l'âge de 60 ans, il est placé au 8<sup>e</sup> échelon de droit. Les praticiens hospitaliers avec un cursus de 2 ans d'assistant ou de praticien hospitalier contractuel, recrutés dans l'établissement où ils ont effectué leur post-internat sont dispensés d'année probatoire. Le praticien hospitalier ne peut pas percevoir des émoluments inférieurs à ceux qu'il percevait en tant que praticien hospitalier contractuel.
- Le régime indemnitaire et de repos doit être revu, notamment pour les praticiens investis dans les GHT.
- Un seul statut décliné en fonction de la quotité de travail (temps plein ou temps partiel)

- Reconnaissance de la pénibilité du travail de nuit (30 gardes ou astreintes déplacées/an, *curriculum laboris*, participation facultative au travail de nuit au-delà de 60 ans, prise en compte pour la retraite)
- Contrat de médecin remplaçant pour diminuer le recours à l'intérim, dès les 4/5 du cursus d'interne réalisé, avec gain d'échelons si carrière hospitalière ultérieure, contrat qui peut être proposé aux PH en poste sur leur temps non clinique.
- Aménagement des fins de carrières (retraite progressive, cumul emploi-retraite sur maintien d'un exercice à temps partiel de PH 4<sup>e</sup> échelon + 10 %, utilisation de son CET pour un exercice à mi-temps, instauration de passerelles, indemnité de départ à la retraite)
- Santé au travail : constitution d'un dossier médical en santé au travail conformément à l'art. L. 4624-2 du Code du travail, prévoyance payée par l'hôpital et le salarié, fiche de poste avec évaluation des RPS, véritable représentation médicale au CHSCT.

Les 19 jours de RTT doivent être maintenus. En cas de mise à disposition, la convention auprès d'un autre établissement de santé est conclue pour une période de 12 mois, renouvelable. La mise en recherche d'affectation doit être de droit et de durée double, pour permettre une reconversion en l'absence de poste adapté à l'état de santé du praticien.

Le droit syndical autorisé par l'art. R 6173 du CSP doit s'accompagner de locaux à disposition, d'un crédit de temps syndical, d'autorisations facilitées d'absence.

*Michel Dru, Président du SNPHARe*

# ANNONCES DE RECRUTEMENT



LE GROUPE HOSPITALIER CARNELLE PORTES DE L'OISE, situé à 35 km au nord de Paris, 25 mn de Roissy, proche de Chantilly/Beauvais et des grands axes routiers - Accès par SNCF (ligne H)

**recherche h/f pour compléter son équipe URGENTISTE**

**Praticien Hospitalier (contractuel), Assistant ou Praticien Attaché avec possibilité d'activité clinique polyvalente SMUR-Urgences.** Temps de travail à 39h posté et activité non postée forfaitisée avec une répartition de temps de travail, entre les différentes unités, définie en fonction des profils des candidats. Possibilité de partage du temps de travail avec le SAMU-SMUR-Urgence de Pontoise.

Le GHCP est validant pour les DESC de Médecine d'Urgence en SAU et également pour le SMUR en stage partagé SAMU Pontoise / SMUR Beaumont.

Équipe : 13 ETP au SAU et 6 ETP au SMUR. Organisation : travail posté en 10/14h ou 24h. Poste à pourvoir immédiatement.

Pour tout renseignement, contactez Docteur RICHARD HIBON, Responsable de Pôle : **01 39 37 15 01 ou 13 72 (secrétariat)**

Envoyez CV et lettre de motivation à la Direction des Affaires Médicales : **01 39 37 16 32 / dsmag@chi-desportesdeloise.fr**  
G.H.C.P.O. 25 rue Edmond Turcq 95260 Beaumont-sur-Oise



AXIAL

Le CH des Quatre villes (Saint-Cloud) et l'hôpital Ambroise Paré - APHP (Boulogne) recrutent en coopération :

## Assistant spécialiste en anesthésie partagé (poste à pourvoir à l'automne 2017 pour 2 ans)

**Etablissements :**  
**Le centre hospitalier des Quatre Villes :** établissement public de 608 lits et places comportant notamment une maternité réalisant 3200 naissances et un service d'urgences de 20 000 passages annuels. Situation face à la gare SNCF de Saint-Cloud, autre accès par le tramway T2, cadre de travail agréable.  
Le service d'anesthésie comprend 5 praticiens à temps plein un à mi-temps, 2 DESAR (partagés avec l'Institut Curie - Hôpital René Huguenin) et des vacataires sous contrat. L'activité se déploie sur 6 salles d'opérations, dont une dédiée à l'obstétrique d'urgence, et une SSPI H24. Elle est majoritairement obstétricale mais également chirurgicale.

**Hôpital Ambroise Paré - APHP :** effectif en anesthésie de 14 ETP, 3 AS, 1 CCA, 8 internes.  
Activité sur 9 salles opératoires, endoscopie digestive, 1 garde, 1 astreinte.  
Activité diversifiée : orthopédie adulte, chirurgie viscérale carcinologique, et bariatrique, chirurgie vasculaire lourde, dermatologie, ophtalmologie, endoscopie, SAU.  
Pratique intensive de l'ALR avec échographie et anesthésie en chirurgie lourde.  
Excellent équipement, bloc centralisé.  
Recherche clinique en lien avec l'unité INSERM 987 (douleur, ALR, pharmacologie, analyse quantitative de la littérature).

**Candidatures :**  
Renseignements : Dr GARNIER - 01 77 70 71 40 ou bureau Affaires Médicales - 01 77 70 70 01 ou direction@ch4v.fr  
Renseignements auprès du Pr Fletcher - dominique.fletcher@aphp.fr - 01 49 09 46 75 (direct) - 01 49 09 54 22 (secrétariat)



CENTRE HOSPITALIER  
DES QUATRE VILLES



## 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, Praticien Contractuel ou Assistant POUR SON SERVICE DE RÉANIMATION Spécialité anesthésie réanimation ou réanimation médicale

• 12 lits de réanimation • 350 entrées par an • Activité de PMO  
Contacter le Docteur MICHEL, Chef de Pôle, Président de la CME :  
T. 02.48.48.50.17 / 02.48.48.49.55 - [olivier.michel@ch-bourges.fr](mailto:olivier.michel@ch-bourges.fr)

### Praticiens Hospitaliers, Praticiens Contractuels, Assistants ou Attachés MÉDECIN URGENTISTE pour la structure des Urgences - SAMU - SMUR MÉDECIN GÉNÉRALISTE pour l'Unité de Très Courte Durée (UHTCD)

• 17 lits dont 4 lits d'USC (Unité de Soins Continus)  
Contacter le Docteur MEYER, Chef de Service : T. 02.48.48.57.87 - [isabelle.meyer@ch-bourges.fr](mailto:isabelle.meyer@ch-bourges.fr)

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](mailto:benedicte.soilly@ch-bourges.fr) / [marie.pintaux@ch-bourges.fr](mailto:marie.pintaux@ch-bourges.fr)



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

AKIAL



**cham**  
centre hospitalier  
de l'arrondissement  
de Montreuil-sur-mer



LE CENTRE HOSPITALIER DE L'ARRONDISSEMENT DE MONTREUIL-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 œsophagien, impédance thoracique, thermomodulation transpulmonaire, entropie, fibroscope bronchique, hémofiltration...
  - › Techniques anesthésiques plurielles, accompagnement hypnotique.
- Équipement 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](mailto:alangellier@ch-montreuil.fr)  
Mme SPEHNER - [lspehner@ch-montreuil.fr](mailto:lspehner@ch-montreuil.fr) - Tél. : 03 21 89 38 58  
Dr Mathieu DETAVE - Chef de pôle - [mdegrave@ch-montreuil.fr](mailto:mdegrave@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 Anecy Genevois (CHANGE) recrute dans le cadre de son développement sur les sites d'ANNECY et de ST JULIEN

## DES ANESTHESISTES au sein d'une équipe de 23 praticiens

Le CHANGE, établissement hospitalier de référence régionale de 1 400 lits et places, propose un exercice diversifié compte tenu d'un plateau technique performant avec l'ensemble des spécialités chirurgicales y compris neurochirurgie, chirurgie cardiaque, chirurgie thoracique et vasculaire, chirurgie maxillo-faciale. Cadre de vie exceptionnel entre lacs et montagne.

Proximité de LYON (1h30) GRENOBLE (1h15) GENEVE (30mn).

Profil du médecin : type de contrat ou de statut à étudier selon le candidat

### Contacts :

Dr Bruno PIOCELLE : tél. 04 50 63 63 47 - bpiocelle@ch-anneceygenevois.fr

Direction des Affaires Médicales : tél. 04 50 63 62 03 - pcollet1@ch-anneceygenevois.fr ou lmarin@ch-anneceygenevois.fr



## CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE (SAVOIE)

Centre hospitalier de 296 lits dont 103 MCO

(41 lits de médecine + 4 lits de surveillance continue + 40 lits de chirurgie + 16 lits de maternité + 2 lits d'UHCD)  
70 km de Chambéry - 100 km de Grenoble - 170 km de Lyon à proximité des stations de ski



RECHERCHE Afin de compléter l'équipe de praticiens

### 2 PRATICIENS HOSPITALIERS EN ANESTHESIE-REANIMATION TEMPS PLEIN OU TEMPS PARTIEL

Pour tout renseignement, contacter :

Mme VINCENDET, Directrice - Tél. : 04 79 20 60 00 - direction@ch-sjm.fr

M. le Docteur PERROT, Chef de service - Tél. : 04 79 20 60 43

## GROUPEMENT HOSPITALIER PORTE DE PROVENCE

Site de Montélimar - (2<sup>ème</sup> ville du Département - Drôme Provençale) - (Situé à 1h30 de Lyon, de Montpellier et de Marseille)

### RECHERCHE 2 PRATICIENS ANESTHESISTES TEMPS PLEIN

347 lits MCO (dont chirurgie ambulatoire - SCANNER-IRM)

Développement soutenu de l'activité médicale et chirurgicale. Près de 1700 accouchements par an. Unité Médicale de Réanimation : 12 lits et ouverture de 6 lits de soins continus. En convention avec plusieurs CHU pour le partenariat et la formation médicale.

Nouveau Plateau technique. Excellente qualité de vie : environnement, organisation de service...

Possibilité de gardes en réanimation si souhaitées.

*Ces postes sont à pourvoir par mutation ou contrat.  
Logement provisoire possible.*



#### Renseignements :

- Docteur Julien CARTIER (Chef de Pôle Chirurgie – Anesthésie – Réanimation) - julien.cartier@gh-portesdeprovence.fr
- Docteur Dominique GUIGNAT (Responsable UM Anesthésie – Réanimation) - dominique.guignat@gh-portesdeprovence.fr
- A-S. GONZALVEZ (DRH-DAM) - direction@gh-portesdeprovence.fr
- S. MAGNETTE (ACH, DAM) - sandrine.magnette@gh-portesdeprovence.fr - 04 75 53 41 29



# LE CENTRE HOSPITALIER DE VILLEFRANCHE-SUR-SAÔNE



l'hôpital  
NORD  
OUEST

Recherche pour son service d'anesthésie

## UN(E) ANESTHESISTE TEMPS PLEIN

- Rémunération très attractive
- Eligibilité prime d'engagement dans la carrière hospitalière
- Statut de clinicien possible
- Pour les praticiens intéressés, possibilité d'exercice de responsabilités managériales au sein du service

Le Centre Hospitalier de Villefranche est situé à seulement à 30 minutes de LYON et à 20 minutes de MACON dans le Beaujolais, région des Pierres Dorées



Le service d'anesthésie à l'Hôpital Nord-Ouest Villefranche :

- Activité d'anesthésie polyvalente et variée : tout type de chirurgie sauf neuro-chirurgie et cardiologie : orthopédie, urgences, ophtalmologie, pédiatrie, vasculaire, ORL, urologie, maxillo-faciale, gynécologie (plus de 2100 accouchements par an dans une maternité de niveau 2B, viscérale)
- Double garde mise en place à compter de janvier 2018



Candidature à adresser à :  
Hôpital Nord-Ouest Villefranche  
Cellule recrutement médical  
Plateau d'Ouilly - BP 80436  
69655 VILLEFRANCHE CEDEX

#STRESSMANAGEMENT

GHT  
GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE LOIRE  
RHONE NORD  
BEAUJOLAIS DOMBES

## Le Centre Hospitalier d'Ardèche Nord à ANNONAY

Pôle Sud de référence du Groupement Hospitalier de Territoire Loire

### Recherche sur postes de cliniciens temps plein ANESTHESISTES REANIMATEURS

#### Techniques et examens pratiqués :

- Consultations et bilans avant intervention : consultation anesthésique, analyses biologiques, examens spécialisés complémentaires.
- Anesthésie générale (gazeuse en circuit fermé, intraveineuse avec objectif de concentration).
- Anesthésie locorégionale, blocs neuro-sensitifs. Utilisation de systèmes d'écho-guidage et de neurostimulation.
- Analgésie obstétricale par péridurale.
- Prise en charge de la douleur (sédation pré-opératoire, anesthésie, analgésie postopératoire).
- Interventions chirurgicales et coloscopies sous hypnose médicale.
- Equipements de ventilation et de monitoring d'anesthésie adaptés à l'intervention chirurgicale et au terrain du patient (surveillance cardio-respiratoire du patient à risque, prise en charge bariatrique, curarisation, mesure de la profondeur de l'anesthésie...).
- Traçabilité complète des interventions et de la surveillance (feuille d'anesthésie informatisée).



#### Le Centre Hospitalier d'Ardèche Nord, c'est :

- 250 lits de MCO. Des activités médicales : médecine interne, cardiologie, infectiologie, diabétologie, endocrinologie, neurologie.
- Un centre de néphrologie et de dialyse. Un plateau technique performant, un IRM grand tunnel, un scanner 128 coupes.
- 30 000 passages aux urgences, un service de réanimation polyvalente et de surveillance continue ; de nombreuses spécialités chirurgicales.

#### Qualité de vie - environnement :

Région verte à 2 heures 30 de la Méditerranée et des Alpes offrant un large panel d'activités sportives et culturelles.

Proche de centres culturels : Lyon, St Etienne, Valence.

Possibilité logement sur place.



#### Pour plus de renseignements, contactez :

Dr Michel JORROT - Chef du pôle de Chirurgie Anesthésie - 04 75 67 89 44  
M. Gérard LEVY - Directeur - 04 75 67 35 81

#### Envoyez vos CV et lettres de motivation à :

Direction des ressources humaines - Affaires médicales  
Centre Hospitalier d'Ardèche Nord - Rue du bon pasteur BP 119 07100 Annonay





**LE CENTRE HOSPITALIER DES PAYS DE MORLAIX (29) établissement de 983 lits et 242 places avec des activités MCO-Psychiatrie-SSR-USLD-EHPAD recherche afin de compléter son équipe médicale :**

Le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix dispose d'un plateau technique complet, avec un service de réanimation polyvalente, un service de cardiologie doté d'une Unité de Soins Intensifs, un bloc opératoire de 7 salles permettant une offre de soins complète en chirurgie (chirurgie orthopédique, viscérale, urologie, ORL, HGE, Stomatologie), une maternité (600 accouchements par an). Le praticien sera assisté par une IADE en salle. Il y a également une IADE en garde sur place et en astreinte.

**Ces postes, à fort potentiel qualitatif et quantitatif sont à pourvoir immédiatement.**

Région très accueillante, qualité de vie incomparable (bord de mer, vies culturelle, associative, artistique développées, à moins de 4 h de Paris en TGV, 2 h de Rennes, 30 mn de Brest et de son aéroport).

**DEUX PRATICIENS HOSPITALIERS (H/F)  
OU PRATICIENS CONTRACTUELS  
TEMPS PLEIN EN ANESTHESIE DONT UN EN  
STATUT DE CLINICIEN HOSPITALIER**



Vous pouvez faire parvenir vos candidatures à :  
Centre Hospitalier des Pays de Morlaix  
Service d'anesthésie,  
Docteur Lionel TOUFFET  
15, rue de Kersaint Gilly  
29672 MORLAIX  
Tél : 02.98.62.64.47  
Courriel : ltouffet@ch-morlaix.fr



**Le Centre Hospitalier de GUINGAMP (22 – Côtes d'Armor)**

(Etablissement de 582 lits et places situé à 30 minutes de la côte, à 1 heure 30 de Rennes sur l'axe Rennes Brest, gare TGV)

**Pour compléter son équipe d'anesthésistes**

**Recrute 1 praticien hospitalier ou praticien hospitalier contractuel temps plein**



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

- Activité chirurgicale variée (viscérale, orthopédique, gynécologique, ophtalmologique, ORL, orale et gastro-entérologie)
- Activité conventionnelle et ambulatoire (forte activité programmée)
- Bloc opératoire performant : près de 4000 zones opératoires
- Service d'urgence/SMUR
- Unité de surveillance continue
- Maternité



Candidatures à adresser à : Monsieur le Directeur - Centre Hospitalier de Guingamp - 17, rue de l'Armor - BP 10548 - 22205 Guingamp Cedex  
Renseignements auprès de : Monsieur Gaël CORNEC - Directeur Adjoint - Tél. : 02 96 44 56 12 - gael.cornec@ch-guingamp.fr



**Le travail à Gap et son environnement « nature » vous attirent. Rejoignez-nous, nous vous attendons !**

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DES ALPES DU SUD GAP - SISTERON, RECRUTE

**ANESTHESISTE**

**PRATICIEN HOSPITALIER TEMPS PLEIN**

PHAR dans le pôle chirurgie/algologie/anesthésie (8.3 ETP) ; possibilité de rotation en réanimation polyvalente en garde ou en poste.

**Permanence sur place :**

1 PHAR de permanence pour bloc opératoire, maternité et SSPI.

1 permanence/semaine, 1 samedi ou 1 dimanche/4 semaines avec 1 IADE de garde + 1 IADE d'astreinte, la nuit et WE (pour SSPI 24h/24, maternité et 2 salles d'opération).

**Dédié bloc opératoire/maternité :**

- Bloc opératoire : 6 salles d'opération, 1 IADE par salle.
- Maternité : 1100 accouchements/an en moyenne (75% d'analgésie péridurale).
- Consultations de spécialités anesthésie.
- Dans le futur proche : ouverture d'une nouvelle SSPI de 12 postes et extension du BO avec 2 salles supplémentaires et 5 postes de locorégional.
- En cours d'élaboration GHT sur les départements 04/05.



Pour tous renseignements, contacter :

Dr Roux - Chef de Service - [vincent.roux@chicas-gap.fr](mailto:vincent.roux@chicas-gap.fr) - 04 92 40 66 49

Valérie URBACH - Responsable des Affaires Médicales - [valerie.urbach@chicas-gap.fr](mailto:valerie.urbach@chicas-gap.fr) - 04 92 40 61 72

**Le Centre Hospitalier d'Orange**, établissement de référence du Nord-Vaucluse, situé au cœur de la Provence à 10 mn d'Avignon, 1h de Montpellier, 1h de Marseille et au carrefour des axes autoroutiers en direction de l'Italie et de l'Espagne recrute

**MÉDECIN URGENTISTE**

Le pôle Urgences, avec 26 ETP médicaux, prend en charge les Urgences et le SMUR du C.H. d'Orange et du C.H. de Vaison la Romaine ainsi que les Urgences du C.H. de Valréas.

**ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR**

pour assurer ses fonctions au Bloc opératoire (5 salles) et en Surveillance Continue (6 lits).

Le Centre Hospitalier d'Orange dispose de 7 pôles d'activité (Urgences, Chirurgie, Femme/Enfant, Spécialités médicales, Réadaptation et gériatrie, Soutien aux Services Cliniques, Activités transversales) et d'un plateau technique complet (IRM, Scanner, Unité de Surveillance Continue, Pharmacie centrale...) et d'un Centre d'Enseignement sur Simulateur Médical. Il emploie 800 professionnels de santé et dispose de 80 M€ de budget d'exploitation par an.

Les Centres Hospitaliers d'Orange, de Bollène et l'EHPAD de Piolenc fonctionnent en convention de direction commune, comptabilisant au total 420 lits et places (278 lits sur le site d'Orange).



Pour tout renseignement contacter :  
Docteur Philippe BIGOT - Président de la C.M.E  
[pbigot@ch-orange.fr](mailto:pbigot@ch-orange.fr)  
L. BLANCHI - Gestionnaire des Affaires Médicales  
au 04 90 11 24 06 - [lblanchi@ch-orange.fr](mailto:lblanchi@ch-orange.fr)

# RECRUTE

## Un Médecin Réanimateur

(afin de compléter une équipe de 8 praticiens)

## Et Un Médecin Anesthésiste

(afin de compléter une équipe de 7 praticiens)

(praticien hospitalier ou tout type de contrat)

Pour tout renseignement :

- Dr J.M. FAUCHEUX - Président de la CME - Tél. : 05 53 69 70 18 - fauchouxjm@ch-agen-nerac.fr
- Dr F. PAC SOO - Réanimateur - Tél. : 05 53 69 70 92 - pacsoofk@ch-agen-nerac.fr
- Dr R. GRELLIER - Anesthésiste - Tél. : 05 53 69 70 24 - grellier@ch-agen-nerac.fr
- Mme M.P. GAY - Directrice des Affaires Médicales - Tél. : 05 53 69 74 11 - dam@ch-agen-nerac.fr
- Centre Hospitalier Agen-Nérac - 47923 AGEN CEDEX 9



## Le CHIHC recrute 1 Anesthésiste-réanimateur (inscrit à l'Ordre des médecins)

Statut : (PH - praticien contractuel - )

Il s'agit d'un poste pour "remplacement" ou d'un poste CDI.

L'Equipe d'Anesthésiste-réanimateurs composée de 8 praticiens fait fonctionner 6 blocs + 1 bloc identifié "césariennes"

Les lits de chirurgie concernent les spécialités suivantes :

- Traumatologie & orthopédie + Chirurgie générale & viscérale et urologie + ORL + gynécologie-obstétrique (1200 accouchements/an et 50 % sont des accouchements sous péridurale. Le TT est décompté en temps continu (39 H/semaine) et la PDS est assurée sous forme de Garde sur place + 1 IADE. L'Equipe "salle de réveil" est composée de 12 postes & 2 IDE.

Pour tout renseignement : Contacter Dr OSADA ou Dr SCARLINO, Anesthésistes-réanimateurs

Lettre de CANDIDATURE + CV sont à adresser à : Mr VOLLE Olivier, Directeur | Centre Hospitalier Intercommunal de Haute-Comté | 2, Faubourg St Etienne - CS 10329 | 25304 - PONTARLIER Cedex | Email : c.querry@chi-hautecomte.fr



## 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



## Le GROUPE HOSPITALIER EST REUNION

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

## 2 ANESTHÉSISTES à temps plein (PH ou contractuel)

Poste à pourvoir immédiatement

Rémunération très attractive (majoration DOM de 40%)

Prise en charge du billet d'avion

Le service d'anesthésie fait partie du pôle Chirurgie du GHER composé de :

- 24 lits en Chirurgie orthopédie – traumatologie
- 24 lits en Chirurgie viscérale et digestive
- 16 lits en Chirurgie ambulatoire

Pour tout renseignement,

Merci de contacter la Direction des Affaires Médicales du GHER

Par mail : affaires.medicales@gher.fr



<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
<b>Dr Grégory WOOD - Vice-Président</b> CHU Rouen gregory.wood@snphar.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 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 GEFFROY-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 rousse - Lyon laurent.heyer@gmail.com	Rédacteur en chef de la revue PHAR-E - Collège National Professionnel Anesthésie-Réanimation - Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) - Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) - 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 40 16 51 47 Portable : 06 86 87 62 76
<b>Dr Nicole SMOLSKI - Administrateur</b> Hopital de la croix rousse - Lyon nicole.smolski@gmail.com	Présidente d'Action-Praticiens-Hôpital - Déléguée générale de l'intersyndicale Avenir Hospitalier - Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) - 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 38 22 96 08 Fax : 02 38 51 49 50 Portable : 06 75 02 32 23
<b>Dr Claude WETZEL - Chargé de Mission</b> Praticien Honoraire CHU de Strasbourg claud.wetzel@mac.com	Chargé de mission aux affaires européennes Past-Président de la FEMS	Portable : 06 60 55 56 16