

Le SNPHARe vous adresse ses vœux de bonne et heureuse année

2018

TO DO LIST:

- Représenter tous les médecins hospitaliers
- Prendre soin de tous en toute sécurité, et dans la sérénité
- Défendre l'hôpital public
- Se tourner vers les aspirations des jeunes
- Développer l'innovation

Dossier : La performance hospitalière

Michel DRU - Président 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
Dr Grégory WOOD - Vice-Président 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
Dr Jullien CROZON - Secrétaire général 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
Dr Patrick DASSIER - Trésorier Hopital européen Georges Pompidou - Paris patrick.dassier@snphar.fr	Contentieux Retraites	Ligne directe : 01 56 09 23 16 Portable : 06 03 69 16 63
Dr Louise GOUYET - Trésorière adjointe 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
Dr Veronique AGAESSE - Secrétaire générale adjointe Nouveau CHU Amiens veronique.agaesse@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) FMC-DPC - Veille Syndicale	Standard : 03 22 82 40 00 DECT 36002 Portable : 06 33 63 20 62
Dr Anouar BEN HELLAL - Secrétaire général adjoint Hôpital André Mignot - SAMU - Versailles anouarbenhellal@free.fr	Veille Syndicale - Relation avec les adhérents Revue PHAR-E	Standard : 01 39 63 88 39 Ligne directe : 01 30 84 96 00 Fax : 01 39 63 86 88
Dr Renaud PÉQUIGNOT - Secrétaire général adjoint 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
Dr Raphael BRIOT - Administrateur CHU - SAMU 38 - Grenoble raphael.briot@snphar.fr	Retraites - Urgences Représentation des médecins non-anesthésistes Relation avec les Universitaires	Ligne Directe : 04 76 63 42 86 Portable : 06 81 92 31 42 Fax : 04 76 44 77 40
Dr Veronique DERAMOUDT - Administrateur 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
Dr Max Andre DOPPIA - Administrateur †		
Dr Jean GARRIC - Administrateur 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
Dr Anne GEFFROY-WERNET - Administrateur Centre Hospitalier de Perpignan anwernet.snphar@gmail.com	Délégation régionale Midi-Pyrénées Groupe e-communication	Ligne directe : 04 68 61 77 44
Dr Laurent HEYER - Administrateur Hopital de la croix rousse - Lyon laurent.heyser@gmail.com	Rédacteur en chef de la revue PHAR-E - Collège National Professionnel Anesthésie-Réanimation - Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) - Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) - FEMS	Portable : 06 31 18 57 61
Dr Yves REBUFAT - Administrateur 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
Dr Nicole SMOLSKI - Administrateur Hopital de la croix rousse - Lyon nicole.smolski@gmail.com	Présidente d'Action-Praticiens-Hôpital - Déléguée générale de l'intersyndicale Avenir Hospitalier - Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) - Revue PHAR-E	Ligne Directe : 04 26 10 93 67 Portable : 06 88 07 33 14
Dr Didier REA - Administrateur honoraire 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
Dr Claude WETZEL - Chargé de Mission 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

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

SOMMAIRE

POINT DE VUE DE L'ACTUALITÉ
Que nous réserve l'année 2018 ? 4

INTERVIEW
Roulez jeunesse ! 6

WARNING
Les urgences s'enlisent 8

EUROPE
La FEMS et les grands dossiers européens
de la santé 11

DOSSIER
La performance hospitalière : un gros mot ? 12
Performance hospitalière : l'œil du Directeur
Général 14
Performance hospitalière : les nouvelles
politiques de management 16

WARNING
Ces économies qui coûtent cher ! 18

LE POINT SUR
Travailler plus, pour une moindre retraite ! 20

AGENDA 21

INTERVIEW
Sexisme à l'hôpital : fin d'un tabou ? 22

LE POINT SUR
Démographie médicale : le tsunami annoncé
est-il un mirage ? 24

PETITES ANNONCES 27



ISSN : 1285-7254

Président du comité de rédaction :

Michel Dru

Comité de rédaction : Anouar Ben Hellal - Jullien
Crozon - Véronique Deramoudt - Nicole Smolski - Anne
Geffroy-Wernet - 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 photos

ADIEU MAX !



Le Dr Max-André Doppia, nous a brutalement quittés en ce mois de novembre. Rien ne laissait présager un départ si précoce, moins d'un an avant une retraite qu'il aurait pourtant bien méritée.

Fidèle compagnon du SNPHARe, camarade attachant et sincère, il nous manque déjà beaucoup. Son absence, si douloureuse soit-elle pour nous, l'est encore plus pour son épouse et sa fille vers lesquelles se tournent aujourd'hui toutes nos affectueuses pensées.

Max était un homme de conviction, humaniste sincère et clairvoyant. Son attachement au bien-être de chacun, dans et en dehors du travail, a marqué toute notre spécialité. Il a su convaincre et faire changer les consciences avec persévérance et méthode. Indéfectible défenseur des conditions de travail, travailleur nocturne acharné, il maniait le verbe avec douceur et fermeté. L'héritage qu'il nous laisse est important et il nous revient maintenant de le faire perdurer.

Il avait accepté de prendre la présidence d'Avenir Hospitalier il y a deux ans et le costume, qu'on avait pu croire trop grand pour lui au début, lui allait finalement parfaitement bien. Il avait entièrement intégré les codes de communication tant avec la presse qu'avec les tutelles et je me rappellerai longtemps cette grève de septembre 2016 qui avait été un vrai coup de communication médiatique.

Max était un camarade convivial et joyeux avec qui il était toujours plaisant d'échanger sur des sujets sérieux mais parfois moins. Les moments d'exil partagés, lors des congrès et autres réunions étaient propices aux longues discussions passionnées sur les causes qu'il défendait : notre travail, souvent, nos actions, parfois, mais toujours ou presque, cela finissait par l'évocation de notre patrimoine gastronomique traditionnel comme l'andouille de Vire, la tête de veau ou les tripes à la mode de Caen. Rares sujets qui ne me convainquaient pas mais c'était cependant toujours plaisant de le voir en parler.

Max était surtout une belle personne dont l'empathie et la gentillesse n'avaient d'égales que sa constance et sa persévérance. La vie l'avait cruellement marquée et il savait certainement mieux que personne qu'il est des moments où l'on a besoin des autres. Il savait vous donner de son temps et même un peu plus, s'il en percevait la nécessité.

Max était mon ami, j'ai apprécié son soutien lorsque j'en avais besoin, j'ai aimé ces combats syndicaux que nous avons menés ensemble, j'ai aimé ces moments de rires que nous avons partagés et finalement, aujourd'hui, je me dis que j'ai aimé tous ces moments passés ensemble depuis dix ans.

Adieu Max !

Yves Rébufat, Administrateur du SNPHARe

Que nous réserve l'année 2018 ?

MENACE SUR LE POUVOIR D'ACHAT DES PH

Le 1^{er} janvier 2018, entrera en vigueur la hausse de 1,7 % de la Contribution Sociale Généralisée (CSG).

Si une compensation est bel et bien prévue depuis le début pour les salariés du privé, la situation était bien différente pour ceux du public en général et les PH en particulier. Résultat : planait le risque d'une perte substantielle de revenus alors même que le pouvoir d'achat des PH est en baisse constante depuis plusieurs années (via le gel du point d'indice, la réintroduction de la journée de carence pour les congés maladie ou encore la non application ou l'application partielle des mesures d'attractivité du gouvernement précédent, entre autres).

Si cette baisse de revenu était intervenue dans le cadre d'un nouvel impôt pour tous, il va de soi que nous supporterions l'effort à faire mais l'inégalité privé/public nous a forcés ici à réagir.

C'est pourquoi le Conseil d'Administration du SNPHARE avait décidé d'appeler tous les médecins hospitaliers à rejoindre le mouvement de grève des fonctionnaires du 10 octobre 2017.

Par la suite, des promesses qui permettraient de compenser la hausse de 1,7 % de la CSG ont été faites : suppression de la cotisation maladie (taux à 0,75 %) prévue avant la grève et la suppression de la contribution exceptionnelle de solidarité (taux 1 %). Ainsi, le salaire des PH serait préservé. Cependant, l'assiette de ces cotisations n'est pas tout à fait la même et la menace d'une baisse des revenus, même faible, plane toujours. Ce d'autant qu'il n'y a actuellement aucune projection précise fournie par le gouvernement.

Nous restons extrêmement vigilants et demandons instamment au gouvernement que des propositions concrètes, officielles et chiffrées soient faites afin que les PH ne soient pas les oubliés de la compensation de la hausse de la CSG.

UN PLAN D'ÉCONOMIE ? ORIGINAL...

Le 22 octobre 2017, Mme Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé, s'exprimait dans le Journal du Dimanche (JDD) à propos de la politique qu'elle compte mener.

Comme une éternelle rengaine, les mots « plan d'économie » ont à nouveau été lâchés. Il s'agit cette fois d'un plan de près de 2 milliards d'euros d'économies pour l'Hôpital Public.

Les médecins hospitaliers sont des adultes responsables et sont hautement conscients des enjeux économiques inhérents à leur profession. Mais ils sont aussi conscients

que si la santé a un coût, elle n'a pas de prix. Libre à chacun d'interpréter cela comme il l'entend mais le fait est que prodiguer des soins de qualité en toute sécurité en France en 2017 coûte cher. Les traitements de pointe, les matériels perfectionnés, les personnels compétents, les recommandations les plus récentes sur les bonnes pratiques, tout cela a un coût pourtant la santé, ce bien universel si précieux, est un enjeu bien trop important pour un pays et sa population pour qu'il soit traité au rabais.

C'est pourquoi les médecins hospitaliers sont las d'entendre ces deux mots : plan d'économie. En particulier dans le contexte actuel où 25 % des postes de PH sont non pourvus, où les médecins hospitaliers se retrouvent à réaliser nombre de tâches éloignées de leur cœur de métier (secrétariat, brancardage...) faute de personnel disponible (non remplacement, non recrutement).

Des efforts financiers ont déjà été faits et, pour les acteurs du terrain, semblent à l'origine de dysfonctionnements supplémentaires qui impactent directement la bonne prise en charge des patients qui doit rester la priorité absolue.

Ainsi, nous nous interrogeons sur ce nouveau plan d'économie. **En particulier quand la Ministre évoque « les lits qui ne servent à rien » alors même que quotidiennement nous constatons que de nombreux patients attendent leur hospitalisation de longues heures, voire plus sur un brancard inconfortable. Ceci amenant régulièrement à la mise en place de plans type « hôpital sous tension » voire même à la création d'unités dédiées (souvent avec les moyens du bord) ! Si les lits étaient si nombreux et si inutiles, en serions-nous là ?**

De même, un des leviers d'économie évoqué par la Ministre est « une marge de manœuvre énorme sans toucher à l'égalité des chances : 30 % des dépenses de l'assurance-maladie ne sont pas pertinentes ». **Si la problématique des actes non pertinents est réelle, il convient, avant de citer de tels chiffres, de justifier ceux-ci. Or, quand on s'intéresse aux études sur le sujet on s'aperçoit que si, malheureusement, les actes non pertinents existent, ce n'est pas à hauteur de 30 % (mais plutôt 10 % selon l'enquête TNS de 2012 pour la FHF) et que, comme à chaque fois, il faut s'intéresser aux causes avant de pointer du doigt les conséquences. Voilà qui serait pertinent !**

Enfin, dans cette interview au JDD, Agnès Buzyn évoque la nécessité de réviser le système de financement des établissements de santé et remet en cause le « tout T2A ». Le SNPHARE la rejoint sur ce point, le financement 100 % par la T2A (ou presque) entraîne régulièrement une baisse des tarifs, conduisant à une pression à la productivité et à un frein notable à l'innovation et l'expérimentation clinique. Madame la Ministre s'est donc beaucoup exprimée, le

SNPHARe reste cependant sur sa faim. En particulier concernant le calendrier de rencontres trimestrielles entre organisations syndicales et DGOS/membres du cabinet de la Ministre qui avait été promis le 23 août dernier et dont nous n'avons toujours aucune nouvelle...

LE PLAFONNEMENT DE L'INTÉRIM HOSPITALIER : UN NON ÉVÉNEMENT

Le 24 novembre dernier paraissait le décret encadrant les revenus des intérimaires hospitaliers.

Ce texte est malheureusement un non événement dans le sens où il ne permettra pas d'assainir les dépenses de santé. En effet, il n'inclut que les plafonds prévus par le fisc. Ainsi, des stratégies de contournement pourront être mises en place en toute impunité et nous retournerons au point de départ...

Ce décret n'est donc en aucun cas un progrès. Parlons franchement, le progrès serait que les pouvoirs publics reconnaissent enfin que, par exemple, une vacation d'anesthésie coûte cher.

Le SNPHARe demande donc aux pouvoirs publics :

- de développer de véritables mesures pour attirer et garder les praticiens à l'hôpital, en particulier,
- d'engager une réflexion sur l'intérim interne,
- de revaloriser les émoluments ainsi que les régimes indemnitaires des praticiens hospitaliers,
- de réorganiser le temps de travail médical à l'hôpital.

Si la question des salaires ne fait pas toute l'attractivité (loin de là même), le tabou de la rémunération des PH doit tomber et nous devons débattre sereinement mais complètement de ce point. Le pouvoir d'achat des PH ne cesse de chuter depuis 20 ans, il est temps de prendre le problème à bras le corps.

ESPIC : NOUVEL ELDORADO DU SYSTÈME DE SANTÉ ?

Voilà une idée qui est officieusement dans la tête de certains « décideurs » depuis un certain temps.

Le loup est sorti de la forêt le 23 novembre dernier à l'occasion du séminaire de l'Étude Nationale des Coûts à méthodologie Commune (ENCC) qui se tenait à Aix en Provence (l'ENCC réunit présidents de CME, chefs de pôle, DIM, gestionnaires, directeurs et membres des équipes de direction). En effet, lors de celui-ci a été évoquée la possibilité de faire basculer les Hôpitaux Publics vers un statut privé à but non lucratif (ESPIC : Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif).

L'ENCC y voit là une piste très sérieuse pour permettre à l'Hôpital Public de faire face à la concurrence, devenue féroce avec le modèle actuel, des établissements privés à but lucratif. Certains de ses membres parlent même de

modèle permettant à l'Hôpital Public de perdurer notamment dans sa dimension sociale, sans quoi...

Le SNPHARe est toujours extrêmement attentif quand il s'agit de discuter comment améliorer l'offre de l'Hôpital Public et les conditions de travail des soignants et des médecins en particulier. Nous nous étonnons cependant qu'une des pistes évoquée pour maintenir l'Hôpital Public à flot soit de le faire basculer vers un statut privé. Ce d'autant que bien des maux actuels de l'Hôpital Public ont pour origine l'absence de décisions ou de mauvaises décisions de la part des pouvoirs publics. Ainsi, pour pallier les insuffisances de nos décideurs, il faudrait tout faire voler en éclat et passer sous statut privé ?

Nous ne pouvons pour l'heure que spéculer. Se pose par exemple la question du statut des praticiens au sein de ces établissements. Nous dirigerions-nous vers le fonctionnement actuel des ESPIC où les médecins sont dans l'immense majorité des salariés de droit privé ? Est-ce que seul le statut de l'établissement changerait avec conservation du statut de PH ? Faudrait-il créer un nouveau statut pour les médecins de ces établissements ?

Ce ne sont ici que des exemples des nombreuses et importantes questions que soulèvent les annonces faites par l'ENCC. L'occasion est, en tout cas, donnée de réfléchir au futur de notre métier et de notre statut en particulier. Dans le contexte actuel, nous ne ferons pas l'économie de cette réflexion et le SNPHARe comptera évidemment parmi les interlocuteurs incontournables.

À VOS AGENDAS !

L'assemblée générale du SNPHARE se tiendra à l'Hôpital Européen Georges Pompidou à Paris le vendredi 19 janvier 2018 et aura pour thème : « Redonner du sens à notre métier » (cf programme page 7).

Cette AG sera l'occasion de restituer les résultats de l'enquête en ligne menée par le SNPHARE en novembre et décembre concernant les organisations et conditions de travail. Nous vous attendons nombreuses et nombreux à ce rendez-vous annuel important de la vie du SNPHARE. Nous savons pouvoir compter sur votre présence, plus nous serons nombreux, plus riches seront les échanges sur ces thématiques importantes ancrées dans le quotidien. En effet, à l'heure des plans de retour à l'équilibre, de l'efficacité à tout crin et des bénéfices qu'on nous demande de faire sur la santé des patients, nombre de PH ne reconnaissent plus le métier humaniste qu'ils ont choisi d'exercer. Il est grand temps d'en discuter à bâtons rompus et de trouver des solutions pour que cesse enfin cette morosité ambiante parmi les soignants.

L'inscription est gratuite, il suffit d'envoyer un courriel à l'adresse suivante : gregory.wood@snphar.fr.

Grégory Wood, Vice-Président du SNPHARE

Roulez jeunesse !

A 23 ans, Aymeric Lemasle est désormais « médecin en formation ». Le jeune homme a été reçu aux épreuves nationales classantes, classé 24^{ème} et surtout, il s'apprête à rejoindre les rangs de l'anesthésie-réanimation ! La rédaction de PHAR-E a voulu en savoir plus sur lui, sur son choix, son parcours et ses attentes pour l'avenir.

PHAR-E : Parlez-nous de votre parcours scolaire puis étudiant...

Aymeric Lemasle : Au lycée et au collège j'aimais les matières scientifiques, évidemment. Je réussissais en maths, physique et SVT, ce qui n'était pas vraiment le cas dans les autres matières (rires). En terminale S, j'ai envisagé deux options comme la plupart de mes camarades : une prépa scientifique ou les études médicales. La prépa n'a pas fait le poids pour plusieurs raisons. D'abord, parce que les maths et la physique sont des matières « prioritaires » en prépa ce qui ne me convenait pas du tout et puis ça représentait beaucoup de stress, beaucoup de travail. Au lycée, on imagine qu'en médecine c'est la première année qui est difficile et que c'est plus « cool » par la suite.

D'autre part, en choisissant médecine, je savais que le côté pratique serait plus intéressant, plus rapidement accessible. En préférant ce cursus, je me disais que je n'allais pas forcément devenir « médecin généraliste », disons que « j'ouvrais » plus de portes : la chirurgie, la médecine du travail, la politique de la santé. « Faire médecine » aujourd'hui signifie tellement de choses, c'est très large et je crois que c'est ce qui m'a permis de me décider.

PHAR-E : Est-ce qu'on parle médecine chez vous ?

A.L : Et comment (rires) ! Effectivement, mes deux parents sont médecins, ma sœur et mon frère font eux aussi des études de médecine, donc on peut dire que cela m'a clairement influencé. Parmi mes camarades en médecine, au moins un sur deux était issu d'une « famille de médecins ». J'imagine qu'on est influencé par leurs expériences, on sait aussi que nos parents peuvent nous aider, au cours des études, puisqu'ils connaissent le cursus donc leurs conseils sont précieux, notamment en termes d'orientation.

De mon côté, en voyant la vie qu'ils avaient, qu'ils ont toujours d'ailleurs, je trouvais leur mode de vie intéressant. Malgré le fait qu'ils travaillent énormément, je ne les ai jamais entendus exprimer des regrets ou se plaindre de quoi que ce soit.

PHAR-E : Vous étiez donc conscient des contraintes de ce type de profession. Les horaires, les gardes, les astreintes, tout cela ne vous a pas freiné ?

A.L : Pas du tout. Mes parents ont des spécialités « sans garde » mais je savais ce que ça impliquait de choisir cette voie. Plus on avance dans les études de médecine, plus on se rend compte de la discipline et des sacrifices que ça demande. Pour l'instant, je suis plongé dans ma formation mais en tout cas, ce n'était pas un critère essentiel

dans le choix de ma spécialité par exemple.

PHAR-E : Justement, pourquoi avoir choisi l'anesthésie-réanimation ?

A.L : C'était surtout pour la réanimation à la base. Lorsqu'on est externe, on a très peu de stages d'anesthésie et de plus, ce n'est pas vraiment au programme du concours. Je ne connais donc pas grand chose à l'anesthésie pour le moment !

Pendant l'externat, j'aimais vraiment toutes les matières : la pneumo, la néphro, la cardio donc la réa m'a semblé être le meilleur compromis puisqu'on touche à tout, tous les jours. Je ne me voyais pas faire uniquement de la cardio ou de la pneumo, toutes ces matières sont très intéressantes et je voulais continuer dans ce sens là. J'ajouterai qu'en réa, dans ces différentes matières, on peut voir des formes dites graves, comme l'infarctus juste pour prendre un exemple. Je me voyais moins faire du parcours de soins sur des patients chroniques, ça ne me correspondait pas.

“ Les syndicats ont un rôle de porte-parole, ce sont eux qui pointent du doigt ce qui pourrait/devrait être amélioré ou ce qui doit être préservé. ”

PHAR-E : Vous avez commencé votre stage il y a trois semaines, pouvez-vous nous en parler ? Est-ce que ça correspond à ce que vous attendiez ?

A.L : Je suis en anesthésie à l'hôpital Lariboisière à Paris, et pour l'instant tout se passe bien. J'ai été très bien accueilli, je me sens épaulé, encadré et c'est très important puisque l'anesthésie c'est totalement nouveau pour moi. J'ai vraiment été agréablement surpris par l'ambiance de l'hôpital, même si je n'avais pas d'idées préconçues. Tout le monde m'a vraiment mis à l'aise et je sais que ça me permettra de progresser.

PHAR-E : Que pensez-vous de l'environnement du bloc ? C'est assez particulier, il y a beaucoup de personnalités qui y travaillent main dans la main : I.A.D.E, médecins anesthésistes...

A.L : Ca me plaît beaucoup ! Certains jours sont plus difficiles pour tout le monde, les programmes sont surchargés donc les gens sont tendus mais malgré tout, l'ambiance est bonne. Tous les chefs que j'ai pu voir sont vraiment compréhensifs alors qu'ils ont une charge de travail en plus avec moi. Je ne suis pas indépendant et pourtant, ils prennent le temps de m'écouter, de répondre à mes questions. Encore

une fois, j'ai été agréablement surpris car les équipes et les personnels s'entendent très bien, il y a une bonne communication au bloc. Je ne sais pas si c'est particulier à Lariboisière, en tout cas ça n'a rien à voir avec ce que j'ai vu dans le documentaire « Dans le ventre de l'hôpital ».

Une bonne ambiance au bloc permet d'étudier et d'apprendre dans un cadre stable. Je sais que je suis chanceux.

PHAR-E : Quel est le rôle des syndicats selon vous ? Vous trouvez ça utile ?

A.L : J'ai adhéré au syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris...mais pour être honnête, je ne me suis jamais réellement penché sur la question. Les syndicats ont un rôle de porte-parole, ce sont eux qui pointent du doigt ce qui pourrait/devoir être amélioré ou ce qui doit être préservé. C'est grâce à eux qu'on a pu avoir le repos post-garde par exemple. Quand certains médecins racontent comment c'était avant, on se rend compte qu'il y a eu beaucoup d'avancées et que c'est aux syndicats qu'on les doit.

Propos recueillis par Saveria Sargentini

**PROGRAMME DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE
Amphithéâtre - Hôpital Européen Georges Pompidou
20 rue Leblanc – Paris 15^e**

VENDREDI 19 JANVIER 2018

REDONNER DU SENS À NOTRE MÉTIER

8:30	Accueil des participants	
9:00	Introduction	Michel Dru
9:15	Rapport financier	Patrick Dassier, Louise Gouyet
9:25	Rapport moral & actualités syndicales	Michel Dru, Grégory Wood
10:00	La minute PH services	Charles-Christian Miellet
10:05	Présentation du nouveau site Web du SNPHARE	Yves Rébufat
10:15	Résultats de l'enquête sur les conditions de travail des PH	Anne Wernet
Malaise à l'hôpital		
10:30	Projection du film « Burning out : le ventre de l'hôpital »	
11:45	Table ronde – débat animé par Stanislas Johanet (ANAP)	avec Jérôme Le Maire, Marie-Christine Becq, Benoît Plaud, Eve Parier, Rémy Nizard
13:30	13h30 – 14h30 : repas au self (HEGP)	
14:30	Résultats des élections et Assemblée Générale Extraordinaire	
Redonner du sens à notre métier		
14:35	Table ronde – débat animé par Nicolas Dantchev (CVH de l'AP-HP) : - Un référentiel métier : pourquoi ? exemple : l'anesthésie-réanimation - Qu'est ce qu'être « médecin hospitalier » ? - Attractivité : l'œil de la direction - Donner un sens à son métier dans un contexte de contraintes économiques	Laurent Heyer Anne Gervais, Sébastien Mirek Eve Parier, Anne Meunier Jean-Paul Domin
17:00	Fin de l'assemblée générale	

Les URGENCES s'enlisent

Les conditions de travail ne cessent de se dégrader dans les services d'urgences. RIEN n'est fait. Aucune stratégie n'est amorcée, il n'y a même pas l'ombre d'un espoir d'amélioration. Année après année, la pénibilité, les *burn-out* et les démissions augmentent, piégeant les praticiens et leurs patients dans des conditions dégradées et inacceptables.

CIRCULEZ, IL N'Y A RIEN À VOIR

Durant l'été, nous sommes montés d'un cran dans la fragilité de notre couverture sanitaire nationale. Plusieurs antennes de services médicaux d'urgence et réanimation (SMUR), ainsi que des services d'urgences dans l'Aude, en Normandie mais également en Ile-de-France ont dû fermer leurs portes temporairement. Les conséquences ont été dramatiques. Un homme âgé de 40 ans, secouru avec retard est décédé.

Sans jouer les Cassandre, la multiplication des dysfonctionnements est à craindre. L'absence d'anticipation par les directions et les tutelles est devenue la règle.

La contrainte budgétaire est l'unique réponse apportée par les directions.

L'intérim médical ne suffisant plus à l'heure actuelle à couvrir la pénurie de médecins dans les services d'urgences, les ARS par injonctions, obligent les praticiens à quitter leur service, lui-même en difficulté, pour travailler dans d'autres structures encore plus carencées. Déontologiquement, on pourrait le comprendre, si le volontariat et le temps de travail de ces praticiens étaient respectés. Mais sur ces périodes, il n'est pas rare de travailler plus de 80 heures par semaine. Concernant la couverture territoriale, selon la DREES, près de 4 millions de personnes, soit 6 % de la population, résidaient encore à plus de 30 minutes d'un service d'urgence ou d'un SMUR fin 2015. Compte tenu de l'existence croissante des déserts médicaux et d'une démographie médicale en berne, le nombre de SMUR existant actuellement constitue le maillage national minimal à préserver impérativement au risque de mettre la population en danger.

DES CHIFFRES, DES RAPPORTS... ET UNE SITUATION QUI S'AGGRAVE

En 1993, le rapport Steg mettait en place les bases structurelles pour le développement de la médecine d'urgence. Il définissait la mission de la médecine d'urgence ainsi : « Elle vient au secours de l'homme dans toutes les dimensions de sa brutale épreuve, souffrance physique, détresse morale et souvent

misère sociale. Elle vaut que tout soit fait pour en assurer la qualité. Elle vaut que la collectivité concentre ses efforts et consente des sacrifices afin que chacun soit assuré qu'en cas de malheur, tout sera entrepris au plus vite par les meilleurs, dans les meilleures conditions de sécurité ». Nous en sommes bien loin !

L'activité dans les services d'urgences n'a

cessé de croître, l'afflux d'appels au SAMU et le nombre de passages aux urgences sont en augmentation continue, sans adaptation des structures et des effectifs médicaux. En 2014, les 723 structures des urgences ont pris en charge 19,7 millions de passages, soit une progression de 4 % par rapport aux flux observés en 2013. Sur une plus longue période, le nombre annuel de passages continue de progresser.

En 1996, il s'établissait à 10,1 millions pour la France métropolitaine et chaque année, il augmente en moyenne de 3 %. En 2017, les chiffres dépassent les 20 millions de passages.

En 2015 déjà, le rapport Grall faisait les propositions suivantes quant à la territorialisation des activités d'urgences :

- Permettre un accès à des soins adaptés et de qualité sur les territoires : formaliser, sous l'égide



des ARS, un réseau territorial de prise en charge des « urgences » ; créer des équipes d'urgentistes de territoire sur la base des futurs Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT).

- Revisiter le niveau de prise en charge des « urgences » d'une part, en identifiant des services et antennes des urgences et d'autre part, en labellisant des centres de soins non programmés.
- Optimiser le recours aux médecins spécialistes de l'urgence en les mettant au centre du dispositif de la prise en charge des « urgences » en lien avec les autres acteurs : en resserrant le plus possible les urgentistes sur leur cœur de métier médical, en organisant la régulation médicale avec un recours plus important aux médecins généralistes et une mutualisation entre régulations et en optimisant le recours aux SMUR dans les zones éloignées et peu peuplées.
- Favoriser au sein du réseau territorial, la prise en charge des patients ne relevant pas de l'urgence « vraie », élargir les périodes d'ouverture de maisons médicales proches des services d'urgence, organiser au sein du territoire des filières spécifiques comme la traumatologie dite « petite » ; inciter les médecins libéraux à recevoir de façon imprévue pendant les horaires de consultation en créant une lettre clé spécifique ; adapter les adresses par les transports sanitaires au sein du réseau et permettre la prise en charge financière.

Deux ans et demi après ce rapport, la situation est encore plus tendue. Comment appliquer une politique de territoire sans effectifs médicaux adaptés ? Sans nous voiler la face, cette stratégie territoriale est une politique d'organisation et de gestion de la pénurie. Il faut comprendre que les urgences sont à la fois le miroir des difficultés de l'Hôpital Public et de la médecine de ville, car elles se situent à l'interface entre la ville et l'hôpital. En ville, les patients ont de plus en plus de difficultés à trouver un médecin. Pourtant les défis sont grands : vieillissement de la population, épidémie de grippe, canicule, handicap, fin de vie, virage ambulatoire etc. Les médecins de ville croulent sous les appels, ils ne trouvent plus de remplaçants et nombre de leurs collègues sont déjà à la retraite. Ils travaillent souvent sur rendez-vous et sont moins disponibles pour les imprévus. Aux horaires de la permanence des soins ambulatoire, la situation s'aggrave, le SAMU et les urgences ouverts H24, restent les seules alternatives aux

patients. L'Hôpital Public est saturé, paralysé par les contraintes inadaptées de nos tutelles depuis des années. Le seul objectif pour nos tutelles demeure la rentabilité, loin des préoccupations de la plupart des praticiens qui veulent garantir la qualité de prise en charge des patients au meilleur coût,

avec une gestion des risques optimisée, pour une meilleure sécurité des patients. Régulièrement, les hôpitaux sont sous tension, que ce soit à l'échelle d'un territoire, d'un département ou d'une région. Plus aucun lit d'hospitalisation n'est disponible, les unités d'hospitalisation de courte durée des urgences sont engorgées sur plusieurs jours et les patients sur des brancards aux urgences enta-

ment leur « marathon de pénibilité », pour ne pas dire de souffrance.

Inacceptable pour nos services et nos hôpitaux, inqualifiable pour notre pays !

“
Les urgences sont à la fois le miroir des difficultés de l'Hôpital Public et de la médecine de ville : elles se situent à l'interface entre la ville et l'hôpital.
 ”

NOUVEAU GOUVERNEMENT, NOUVELLES PERSPECTIVES ?

L'attente est grande vis-à-vis de la nouvelle équipe gouvernementale. En juillet 2017, un rapport d'information sur les urgences hospitalières a été publié par trois sénateurs. Après une analyse de la situation, ils ont élaboré 20 propositions. Leur constat est le nôtre : « *La problématique des urgences se trouve à l'interface de nombreux enjeux de notre politique de santé publique : l'évolution des modes d'exercice des médecins de ville et l'organisation de la permanence des soins, l'avenir des missions et des budgets hospitaliers, l'égalité d'accès aux soins sur notre territoire, la promotion du parcours de soins et de la meilleure pertinence des actes, la souffrance des soignants hospitaliers au travail, la métamorphose des besoins de santé de la population, ou encore et plus généralement la place du soin non programmé dans notre système de soins sont autant d'occasions de questionner le fonctionnement et les missions des services d'urgences. En ce sens, les urgences hospitalières offrent un reflet de l'ensemble des dysfonctionnements de notre système de santé.* »

Il est clair que la réforme nécessaire des urgences renvoie *in fine* aux choix majeurs d'organisation et de structuration de notre système de santé dans son ensemble. Le constat est le même : la fréquentation des urgences est en augmentation continue. Le développement de l'ambulatoire est présenté comme l'ul-

time solution pour résoudre les difficultés de l'hôpital, c'est-à-dire moins d'hôpital. Néanmoins, **inévitablement, le développement des prises en charge ambulatoires ne peut déboucher que sur un accroissement des demandes de soins d'urgence, comme ce fut le cas pour les diminutions des durées de séjours hospitaliers. Bon nombre de patients consultent les urgences et sont victimes de rechutes, de complications, pour finalement être hospitalisés de nouveau.**

Certaines propositions existent déjà dans de nombreuses structures, il faut les généraliser :

- Le développement des circuits courts de prise en charge.
- Généraliser la fonction de gestionnaire des lits, à l'ensemble des établissements hospitaliers, porter la réflexion sur l'aval des urgences à l'ensemble du groupement hospitalier de territoire (GHT).
- Mettre fin aux fermetures de lits dans les services de médecine et de chirurgie générale. Leur rendre une place suffisante pour absorber les variations de prise en charge, en aval des urgences.
- Développer les services de gériatrie aiguë dans les établissements de santé. Chaque fois que cela est possible et pertinent, favoriser l'admission directe des personnes âgées dans ces services, sans passer par les urgences.
- Améliorer la coordination entre la médecine d'urgence hospitalière et la prise en charge des soins non programmés en ville.

ET LES URGENTISTES DANS TOUT ÇA ?

Les urgences ont un rôle fondamental dans notre système de soins.

À travers ses trois composantes : la régulation du SAMU, les SMUR et les Services d'Accueil des Urgences, les urgentistes apportent de nombreuses solutions à la demande de soins de la population. Il est fondamental de les soutenir, tant sur la disponibilité de ressources humaines, que sur la conformité de leurs locaux. Il existe, chez les praticiens, une forte adhésion aux missions de Service Public. L'investissement des équipes est important, elles ont jusqu'ici fait preuve d'une forte résilience face à l'accumulation des difficultés. Les praticiens sont en quête de sens dans leur pratique au quotidien mais également d'une reconnaissance des valences non cliniques. Ils cherchent à rééquilibrer leur vie professionnelle et leur vie personnelle.

La pénibilité du travail de nuit par des gardes trop nombreuses n'est pas reconnue, d'ailleurs, l'indemnité de sujétion n'a pas augmenté depuis quinze ans. Les transformations menées dans les établissements,



ces dernières années, ont un triple objectif de performance : la qualité de prise en charge des patients, les conditions de travail et enfin la performance économique.

Force est de constater que seule la contrainte budgétaire est au premier plan.

Le personnel des établissements n'est pas au cœur des transformations.

Un décret est paru fin novembre, encadrant l'intérim médical, en plafonnant les rémunérations des intérimaires médicaux. Depuis le rapport Véran en 2013, nous savons que le recours à l'intérim est de plus en plus important en médecine d'urgence et cela est sans effet dans la résolution des problèmes. Au contraire, la situation se dégrade ! Les urgences et l'Hôpital Public dans son ensemble ne sont plus attractifs, notamment pour les plus jeunes médecins. Cela s'explique par :

- des conditions de travail dégradées par l'inadéquation entre le nombre de praticiens et l'activité.
- des rémunérations insuffisantes, qui n'ont pas évolué ces quinze dernières années.

Un plan « attractivité » pour les urgences est indispensable et il doit être mis en place sans tarder. La politique du « toujours moins » n'est pas une politique responsable. Il est temps aujourd'hui d'amorcer de nouvelles stratégies, des organisations innovantes à la hauteur des enjeux de santé publique de notre pays.

Anouar Ben Hellal, Secrétaire général adjoint du SNPHARe

La FEMS et les grands dossiers européens de la santé

La FEMS (Fédération Européenne des Médecins Salariés), dont le SNPHARe est membre depuis 1996, défend les intérêts des 1,3 millions de médecins salariés européens, essentiellement médecins hospitaliers. La Directive Européenne 2003/88 sur le temps de travail reste un pilier des droits sociaux dans l'Union et un instrument pertinent dans le monde du travail d'aujourd'hui. La DE ne sera plus modifiée par voie législative et la Commission Européenne a rédigé une Communication Interprétative sur la Directive pour aider les partenaires sociaux et les Etats Membres à mieux comprendre et faire respecter la jurisprudence de la Cour Européenne de Justice.

La Cour Européenne de Justice reste la seule à pouvoir interpréter officiellement et faire évoluer la loi. La Commission veille sur sa bonne mise en œuvre et mène les actions efficaces contre les infractions, qui restent nombreuses dans la plupart des États Membres.

SYSTÈMES DE SANTÉ EUROPÉENS ET CONDITIONS DE TRAVAIL

La FEMS* se préoccupe des conditions de travail des médecins salariés européens, qu'elle suit grâce à des enquêtes régulières. La part du Produit Intérieur Brut (PIB) allouée au système de santé dans chaque pays par le financement public est un facteur fondamental influençant la qualité des infrastructures, les conditions de travail et les rémunérations des médecins. En-dessous de 6,9 % du PIB corrigé par le Standard de Pouvoir d'Achat (SPA), les pays concernés d'Europe Centrale et Orientale, voient partir leurs médecins, dont ils ont supporté les frais de formation, vers les pays d'Europe Occidentale, le Royaume-Uni et l'Amérique du Nord où les conditions de travail sont plus favorables grâce à un effort budgétaire plus important. La FEMS a formé un groupe de travail pour préparer une Conférence sur les inégalités entre les systèmes de santé des États Membres de l'Union Européenne qui se tiendra fin 2018 à Bruxelles ou Strasbourg, avec le soutien du Commissaire Européen à la Santé, Vytenis Andriukaitis. Cette Conférence devra sensibiliser les gouvernements membres du Conseil, les élus membres du Parlement et la presse à ces inégalités qui perdurent, du fait de l'incurie de certains gouvernements nationaux protégés par le principe de subsidiarité établi par les Traités européens, excluant l'organisation de la santé des compétences communautaires.

La responsabilité des médecins avec une judiciarisation croissante de l'exercice médical en Europe est un autre sujet important. La FEMS prépare, à l'attention des autorités européennes, des Recommandations pour la reconnaissance universelle de l'aléa thérapeutique qu'on peut définir comme « la réalisation, en dehors de toute faute du praticien,

d'un risque accidentel inhérent à l'acte médical et qui ne peut être maîtrisé » (P. Sargos) et la mise en place de systèmes d'indemnisation.

LE RETOUR DU CLINICAL LEADERSHIP

Dans tous les pays d'Europe, les systèmes de santé évoluent vers une recherche permanente de la « performance » à moindre coût. Les gestionnaires administratifs et financiers ont pris le pouvoir, en marginalisant, voire en excluant les médecins des organes de décision. La FEMS et son organisation jumelle l'Association Européenne des Médecins dirigeants des Hôpitaux (AEMH) défendent la direction clinique (*Clinical leadership*) des établissements de soins qui veut remettre le médecin, sa formation, sa compétence, sa déontologie et son éthique au centre des décisions prises pour la santé et la sécurité des patients qui leur sont confiés.

La FEMS a le projet d'améliorer sa visibilité en remaniant le site Internet actuel et en transférant son siège social de Paris à Bruxelles, devenant une organisation de droit belge après 54 ans de droit français.

Lors de l'Assemblée Générale d'automne qui se tiendra dans un an, les 5 et 6 octobre 2018 à Turin, les délégations membres de la FEMS devront élire un nouveau Bureau pour 3 ans, le Président actuel Enrico Reginato arrivant en fin de mandat. Dans le contexte européen actuel, extrêmement difficile aussi bien du point de vue budgétaire que politique avec le Brexit, un populisme et un euroscepticisme croissants, il faudra faire des choix très importants pour l'avenir de la FEMS, si elle veut conserver voire développer sa force d'influence pour la défense des intérêts des médecins salariés européens et *in fine* de la santé ainsi que de la sécurité de la population de notre continent.

Dr Claude WETZEL, Chargé de mission Affaires Européennes

FEMS Immediate Past-president

*Fédération Européenne des Médecins Salariés regroupant les organisations professionnelles représentatives des médecins hospitaliers salariés publics et privés, médecins du travail, médecins généralistes ou spécialistes salariés des collectivités locales ou régionales, soit environ 65 % des 2 millions de médecins européens. Permanent Secretariat: Rue Guimard 15, B-1040 BRUSSELS Tel: +32 2 736 60 66Fax: +32 2 732 99 72 e-mail: info@fems.net Website: <http://www.fems.net>

La performance hospitalière

Le SNPHARE a réuni son CA en séminaire au mois de septembre et a mené une réflexion autour du concept de performance hospitalière, avec l'éclairage de Frédéric Boiron, directeur d'hôpital, Stanislas Johanet, ANAP, Véronique Ghadi, chef projet à l'HAS.

La performance hospitalière : un gros mot ?

Stanislas Johannet a défendu le concept de « performance hospitalière » soutenu par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), au sein de laquelle il est engagé, pendant le séminaire organisé par le SNPHARE.

felle parahélas pour beaucoup avec celui de « pognon », y compris dans les rangs des praticiens et soignants de plus en plus associés aux préoccupations budgétaires de court terme. Préserver son outil de travail... Liquidons-le vite ce paramètre de la performance hospitalière !

Chacun le sait : les ressources sont définitivement limitées et les besoins augmentent. Alors, médecins et soignants, travaillons à l'optimisation de nos moyens pour éviter que d'autres le fassent à notre place. Plus que jamais, le gaspillage des ressources devient non éthique.

PRIORITÉ À LA QUALITÉ DES SOINS

Justement, comment utiliser au mieux nos ressources ? En priorisant un seul objectif : celui de la qualité et la sécurité des soins. Les impacts de la non-qualité, la iatrogénie, la non-pertinence des soins et les conséquences des accidents thérapeutiques sont des facteurs considérables de dépenses indues.

Mais, le désastre ne s'arrête pas là. Notre désir, souvent bafoué, de bien faire au quotidien est l'un des principaux éléments du désenchantement voire du fatalisme qui gagne les rangs des plus passionnés. De plus, la qualité des soins est étroitement liée à la motivation voire à la passion de ceux qui les prodiguent. Comment alors ne pas évoquer ici le rapport direct entre qualité des soins et conditions de travail des soignants si brillamment défendu, arguments à l'appui, par notre très regretté collègue Max-André Doppia ?

Un lien qui, bien qu'évident, n'est pas suffisamment pris en compte par nos « managers ». Peut-être parce que ces derniers sont eux-mêmes pris dans la dictature des résultats de court terme ? Peut-être aussi parce que la qualité des soins est difficilement mesu-

rable ? Quoi qu'il en soit, négliger les impacts des conditions de travail serait un calcul à courte vue. Non seulement le patient les perçoit mais les défauts de sécurité induits peuvent se payer très chers. Peut-être enfin parce que la tarification à l'activité incite, si l'on n'y prend pas garde, à produire toujours plus, même au prix de la pertinence et là, on quitte vraiment la qualité des soins.

SYNCHRONISER LES TEMPS AUTOUR DU PATIENT

Parmi les projets proposés par l'ANAP aux équipes hospitalières volontaires, il en est un qui est plus particulièrement emblématique de la synergie entre qualité des soins, conditions de travail et efficience : celui de la synchronisation des temps médicaux et non médicaux auprès du patient.

Un constat : le soin est l'aboutissement d'une intervention collective mais pas toujours coordonnée. Le sujet est peu connu mais les préjudices sont mesurables.

D'abord, pour le patient qui attend d'être informé, d'être pris en charge, de pouvoir sortir et puis, sur le plan de la sécurité des soins, le manque de communication au sein de l'équipe, la pression de production pour rattraper le retard pris et les interruptions de tâches induites par les désynchronisations des intervenants sont au premier rang.

Mais l'attente récurrente n'épargne pas les professionnels. L'accompagnement de plusieurs dizaines d'équipes hospitalières nous a appris que, dans chaque établissement, les temps d'attente interindividuels cumulés pouvaient représenter la fonction unique de 15 à 30 équivalents temps plein ! Un com-

“ Tous les petits dysfonctionnements accumulés finissent par constituer une « charge de bazar » qui peut parfois dépasser la « vraie » charge en soins. ”

ble quand les plans de retour à l'équilibre financier nous imposent de supprimer des dizaines d'emplois.

Enfin, pour un établissement, le manque de coordination entre acteurs (y compris administratifs !) est source de perte d'efficacité, qu'il s'agisse d'allongement inutile des durées de séjour, de perte d'activité, de coûts d'heures supplémentaires ou d'intérim.

Les hauts lieux de la désynchronisation sont évidemment ceux qui réunissent des intervenants multiples. En premier lieu, le bloc où un seul acteur peut plomber le respect du patient et l'agenda de toute une équipe (retards au démarrage, lenteur d'enchaînement, insincérité des programmes et débordements d'horaires). Il y a aussi les autres plateaux techniques, les unités ambulatoires, la consultation, les visites, etc.

Une mention spéciale sur l'insuffisante anticipation des congés et absences qui oblige à déprogrammer *in extremis* des patients déçus ou furieux. Mais arrêtons là cette liste des « irritants » du quotidien qui pourrait être interminable. Elle paraîtrait anecdotique si elle ne devenait pas insupportable par sa récurrence pouvant inciter à la fatalité et au découragement. En outre, tous ces petits dysfonctionnements accumulés finissent par constituer une « charge de bazar » qui peut parfois dépasser la « vraie » charge en soins. Le *burn-out* n'est pas loin..

AGIR COLLECTIVEMENT

Alors que faire ? D'abord se dire que rien n'est irrémédiable. Accepter ensuite l'idée qu'ajouter des moyens supplémentaires sur une organisation déficiente n'apportera d'amélioration durable à personne. Associer le plus grand nombre (ne pas oublier les brancardiers, ils en savent beaucoup !) à une réflexion mettant en évidence l'impact des dysfonctionnements (ex. : les heures perdues à s'attendre qu'il ne faut pas confondre avec les instants de convivialité indispensables à la vie d'équipe) afin d'évaluer les gains que procureraient pour chacun — à commencer par le patient qui fédère — la mise en œuvre des mesures correctrices. Enfin, suivre sur quelques indicateurs simples, l'avancement des actions et publier les résultats. C'est seulement à ce moment là que la revendication de moyens supplémentaires pourra être étayée.

Fastoche ? Pas du tout ! D'abord, le parcours de



réalignement des intervenants autour du patient est semé d'embûches, à commencer par le scepticisme et les querelles d'ego. Ensuite, même si le fait de sanctuariser du temps pour la réflexion se heurte à la logique productiviste de la T2A, c'est le seul moyen de redonner aux équipes l'espoir d'un environnement hospitalier meilleur pour leurs patients et pour elles-mêmes. Une aide méthodologique « externe », telle que celle que propose l'ANAP, est souvent utile au début.

La recherche de performance peut être porteuse d'espoir et de dynamisme...

Dr Stanislas Johanet, ANAP



Le rapport qui pique édité en janvier 2015 par le SNPHARE, avait été remis à la Ministre Marisol Touraine et tout récemment à la Ministre Agnès Buzyn.

En effet, Le Rapport-qui-pique du SNPHAR-E est une interpellation des pouvoirs publics qui est toujours d'actualité.

Plusieurs chapitres portent sur le management de l'hôpital. Leur rédaction a été possible grâce à la collaboration de sociologues, directeurs d'hôpital...

Vous pouvez le télécharger en cliquant sur le lien ci-dessous :

<http://www.snphar.com/data/upload/files/leRapportQuiPique.pdf/>

Performance hospitalière : l'œil du Directeur Général

Frédéric Boiron, Directeur Général du CHRU de Lille, a défini la notion de performance et a abordé également les contraintes que cet « objectif » pouvaient imposer. Ce terme de « performance », qui peut avoir un côté inquiétant par sa référence au secteur marchand, se situe dans une logique d'intérêt économique, avec une notion de compétition, de concurrence, de résultats à obtenir.



Le vice public préféré des français et les patients en sont devenus des « consommateurs éclairés », ce qui modifie leurs relations avec les professionnels de santé. Les indicateurs sont omniprésents, multipliés parfois jusqu'à la déraison. Enfin, le directeur général doit tenir compte d'une judiciarisation croissante avec une intrusion du juge dans le domaine de la santé, entraînant des montants d'indemnisation de plus en plus élevés.

La contrainte économique, quant à elle, est de plus en plus forte et vient s'imposer dans l'organisation des soins, en particulier avec la mise en place de la T2A en 2004 qui a imposé une nouvelle logique. Alors qu'auparavant, avec le budget global, « tout nouveau malade coûtait », avec la T2A, tout nouveau malade apporte un financement. Il est nécessaire dorénavant de mettre

La performance est-elle un objectif raisonnable ? Peut-on la mesurer par l'efficacité (taux de succès par exemple), par l'efficacité (climat social apaisé ?) et pour finir, peut-on atteindre la performance ultime ?

DES CONTRAINTES INSTITUTIONNELLES, ADMINISTRATIVES ET ÉCONOMIQUES...

Le directeur d'un hôpital se trouve dans une situation particulière du fait de son statut. Frédéric Boiron le sait puisqu'il occupe lui-même ce poste.

Un directeur général de CHU est un contractuel de l'État, il représente et anime une communauté. Par ailleurs, il doit faire face à une médiatisation envahissante. En effet, l'hôpital est médiatique, le moindre incident prend une ampleur médiatique. C'est le ser-

vice public préféré des français et les patients en sont devenus des « consommateurs éclairés », ce qui modifie leurs relations avec les professionnels de santé. Les indicateurs sont omniprésents, multipliés parfois jusqu'à la déraison. Enfin, le directeur général doit tenir compte d'une judiciarisation croissante avec une intrusion du juge dans le domaine de la santé, entraînant des montants d'indemnisation de plus en plus élevés.

EXPLORER D'AUTRES PISTES

Cependant, Frédéric Boiron rappelle que la T2A n'est pas la seule ressource. Elle ne concerne pas la psychiatrie, la gériatrie, les urgences... Il existe d'autres financements comme la DAF (dotation des hôpitaux

de proximité) ou les MIGAC (Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation), les MERRI et autres forfaits (ATU). La T2A est donc un système cohérent, mais qui a ses limites.

Le financement rentre dans une enveloppe fermée « l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie » (ONDAM) avec une régulation des prix par rapport au volume, si bien que pour générer les mêmes ressources, il faut faire plus d'activité.

La pression médico-économique est forte, avec une diminution des tarifs par l'instauration d'un gel prudentiel (ce gel s'effectuant *via* un coefficient applicable aux GHS, appelé « coefficient prudentiel »). Enfin, la T2A n'incite pas à la coopération entre les établissements et intègre difficilement les gros investissements.

D'autres contraintes économiques s'ajoutent à celles déjà évoquées, comme par exemple le programme de « Performance Hospitalière pour des Achats Responsables », lequel peut avoir un effet pervers en favorisant les situations de monopole des fournisseurs, ou l'ajustement capacitaire des lits en fonction des périodes de crise (épidémies), afin de répondre à la mission de service public de l'hôpital. Des plans nationaux viennent, en plus, modifier l'organisation interne des établissements à la recherche d'une meilleure efficacité, comme le virage ambulatoire ou la mise en place des GHT. Cependant, si elle contribue à une meilleure maîtrise des dépenses de santé, la T2A ne parvient pas à les ralentir, mais simplement à limiter leur croissance.

La France est au 3^{ème} rang dans le monde concernant les dépenses de santé rapportées au PIB, leur augmentation étant supérieure à l'inflation. Frédéric Boiron rappelle que le déficit de la branche maladie de la sécurité sociale n'est pas supportable à terme, avec une rupture possible du système en cas de manque de confiance qu'il faudra savoir anticiper.

DE L'ART DE « MANAGER » ?

Selon Frédéric Boiron, la notion de « performance » doit être associée à une réflexion concernant le management directorial. Son expérience à la tête de deux CHU différents, celui de Lille et celui de Saint-Etienne, l'amène à un certain nombre de réflexions concernant la façon de manager un CHU pour l'accompagner dans ses changements.

Manager est plus une discipline qu'un art. Le manager est comme un catalyseur, si le leader sait ce qu'il faut faire, le manager doit savoir comment le faire (les deux étant indissociables). Manager implique de dialoguer, donc des lieux de partage sont nécessaires à l'intérieur, mais également en dehors des instances, avec des espaces de dialogue non réglementés. Le management nécessite de travailler en collaboration, en particulier avec la communauté médicale, dont le président de CME est le représentant. Il doit être un partenaire privilégié du directeur général.

Frédéric Boiron insiste sur le fait que diriger une équipe impose d'avoir une éthique, une morale personnelle et une capacité d'engagement, une vision patrimoniale. Cela ne veut pas dire que le manager n'a pas le droit de se tromper, seulement qu'il doit savoir prendre des décisions et prendre ses responsabilités.

LA PERFORMANCE HOSPITALIÈRE : UNE DYNAMIQUE ET NON UN IDÉAL

La performance hospitalière ne peut se concevoir que de façon collective ! Chacun contribue à la cohésion des professionnels, à l'acceptation des changements qui sont permanents. Elle s'intègre dans une dynamique, un mouvement continu, ce n'est pas un modèle à atteindre ! Frédéric Boiron précise : « Il faut chercher à être performant et se placer dans une logique de progrès. Pour manager efficacement une telle organisation, il faut savoir anticiper, coopérer et innover. »

Véronique Deramoudt, administrateur du SNPHARe, d'après les propos de Frédéric Boiron

Performance hospitalière : les nouvelles politiques de management

PHAR-E a interrogé Véronique Ghadi, chef de projet pour l'HAS, sur des questions de performance et de management. Qu'en est-il des méthodes et des plans pour l'avenir à l'hôpital ? La rédaction de PHAR-E s'intéresse à ces « nouvelles » politiques de management, en termes de performance, afin de savoir si elles sont réellement en adéquation avec l'hôpital public.

SNPHAR-E : Quelles sont les différentes voies que vous envisagez pour réinventer les organisations ?

Véronique Ghadi : Dans un premier temps, la reconstruction des équipes, des collectifs de travail afin de redonner de l'autonomie aux professionnels, donc leur faire confiance et être en capacité de se dire qu'il y a des décisions qui se prennent au niveau de l'équipe et que les cadres/directeurs n'ont pas forcément besoin d'être toujours présents. Deuxièmement, aider les équipes à remettre en discussion l'organisation du travail lui-même.

Nous essayons de mettre en place des outils avec l'ANACT (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail) pour favoriser la mise en discussion du travail. Pour les équipes, ce n'est pas toujours simple, surtout s'il y a des tensions. Pour finir, l'implication de la direction doit être réelle pour favoriser l'articulation entre dialogue professionnel et social.

SNPHAR-E- : Le New Public Management (NPM) semble plonger l'hôpital dans une logique monétaire qui le détruit. Est-ce vraiment la solution ?

V.G : Les objectifs imaginés initialement sont tout à fait intéressants sauf que la manière dont ils sont mis en œuvre a des impacts totalement délétères. Dans le NPM, vous avez l'idée de remettre le patient au cœur des réflexions sur l'organisation et le service rendu, par exemple, ce qui est très positif. Dans la pratique, disons que c'est plus compliqué. L'impact du fait que le patient soit acteur, qu'il soit informé, qu'il participe aux décisions sur les pratiques et les organisations n'a pas été anticipé. De nombreux chercheurs et sociologues du travail ont travaillé sur cette politique et ont montré qu'elle a eu des impacts très intéressants mais aussi des effets négatifs si elle n'est pas accompagnée et surtout si elle est imposée sans que le sujet ne soit d'abord abordé sur le terrain. Cela peut déposséder les soignants de leur marge de manœuvre, de leur travail et de leur sens de l'engagement.

“ **Le lean management n'a du sens que s'il se met en place avec une participation des professionnels. La recherche du temps « gaspillé » conduit à une usure des professionnels** ”

SNPHAR-E : Donc ce nouveau management a réellement fait du mal aux soignants... Quel impact sur les patients ?

V.G : Un certain nombre de réformes mises en place au nom du NPM ont effectivement conduit à modifier les relations soignants/soignés et à introduire des « logiques comptables », des discours de rentabilité qui ne sont pas du tout le cœur des métiers des soignants. Les soignants ont une vision économique des choses, mais ce n'est pas leur cœur de métier, ce n'est pas ce qui les motive et si ça devient central, ils perdent leur sens de l'engagement. C'est le début de la souffrance au travail. Si vous vous levez le matin sans savoir pourquoi vous aller travailler, si vous rentrez le soir en ayant l'impression de ne pas avoir bien fait les choses, la situation peut vite devenir insupportable pour les soignants comme pour les patients. Or des professionnels en souffrance sont plus à risques de maltraitance des patients. S'intéresser à la qualité de vie au travail des premiers, c'est œuvrer pour la qualité de la prise en charge des seconds.

patients. Or des professionnels en souffrance sont plus à risques de maltraitance des patients. S'intéresser à la qualité de vie au travail des premiers, c'est œuvrer pour la qualité de la prise en charge des seconds.

SNPHAR-E : Les soignants n'ont donc pas « tort » quand ils perçoivent les nouveaux modes de management de l'Hôpital comme uniquement centrés sur la rentabilité et une logique de performance économique?

V.G : Les objectifs initiaux de ces modes de management sont louables : logique de transparence, participation des usagers... Qui peut s'opposer à ces objectifs ? Ce qui compte réellement, c'est la manière dont ils sont traduits. Les objectifs sont assez souvent louables sauf que la traduction concrète induit des transformations qui ne sont pas prises en compte et qui ne sont pas anticipées. Les pouvoirs publics, les directeurs d'hôpitaux peuvent avoir une vision juste de ce qui ne va pas. L'enjeu, c'est de reconnaître que ceux qui sont capables de tout mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés ne sont pas forcément « en haut ». Or, depuis

quelques années, les injonctions viennent d'en haut. Cela aboutit à du non-résultat.

SNPHAR-E : Le concept de « malade au centre de l'action des soignants » fait-il son retour ?

V.G : Je dirais plutôt « le malade acteur à égalité avec les professionnels ». On parle aujourd'hui de partenariat entre soignant et soigné, avec l'idée que la personne soignée a un rôle tout aussi important que le soignant lui-même. Nous vivons dans une société qui connaît une augmentation très forte des maladies chroniques. Des évaluations faites à l'étranger montrent qu'un malade chronique va passer 10 heures à être soigné par des professionnels mais va consacrer 6 000 heures par an à se soigner lui-même. On voit donc que le premier soignant du soigné, c'est lui-même.

SNPHAR-E : Le lean management est-il applicable stricto sensu à l'Hôpital Public ?

V.G : Dans l'origine du *lean management*, il y a notamment tout un versant sur la participation des professionnels eux-mêmes. Si le *lean management* se met en place avec une participation des professionnels, il a du sens, s'il est instauré dans le seul but de rechercher le temps « gaspillé » une usure des professionnels s'installe et ce, quel que soit le secteur d'activité.

Alors, comment est ce qu'on qualifie le temps productif et non productif à l'hôpital ? Le temps d'échanges parfois informel n'est pas un temps directement productif mais c'est un temps indispensable à une production de soins de qualité. Le temps de relation avec le patient, d'information n'est pas un temps directement productif mais il est indispensable également. Si une démarche de lean management permet d'identifier le temps d'attente de certains professionnels au bloc opératoire pour diverses raisons, c'est très bien. En revanche, si c'est la recherche de temps de discussion entre professionnels et avec les patients au titre du fait que ce temps ne serait pas productif, cela peut être dramatique.

SNPHAR-E : La qualité de vie au travail n'est-elle finalement pas un de ces concepts permettant aux managers de faire surtout de l'affichage ? Qu'en est-il très concrètement ?

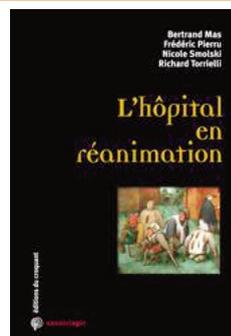
V.G : Ce concept porte en lui une transformation du modèle managériale très forte puisque l'idée c'est de considérer que les professionnels sont les experts de leur travail. C'est une voie pour leur redonner les moyens d'organiser leur travail. Nous sommes sur une reconnaissance des compétences et un rééquilibrage des responsabilités, cela nécessite un changement culturel en profondeur à l'hôpital où l'organisation est hiérarchique et donc construite sur un modèle souvent descendant. La culture managériale portée par la qualité

de vie au travail, c'est totalement l'inverse : on s'appuie sur les équipes de terrain qui savent ce dont elles ont besoin et qui font remonter les informations à la direction, aux circuits de « décision ».

SNPHAR-E : Reprendre en main l'outil de travail : les soignants en ont-ils encore la force ? Qu'espérer à court, moyen, long terme ?

V.G : Ce que nous voyons dans les démarches expérimentales qu'on a pu mener, c'est qu'il faut agir sur les détails de l'activité. Aujourd'hui, les équipes ont le sentiment d'être prises dans des jeux de contraintes sur lesquels elles n'ont pas de marge d'action. Si on arrive en disant qu'on va réformer tout le système, la montagne semble évidemment trop haute pour être franchie. En revanche, si on explique aux équipes qu'il faut parler de leurs préoccupations et qu'à partir de là, il faut identifier des éléments pour imaginer des solutions concrètes, concernant leur quotidien, à apporter c'est déjà mieux. Le détail de l'activité est très important. **Cela montre aux membres des équipes qu'ils peuvent travailler ensemble, ça leur réapprend à travailler en collectivité et à progresser en privilégiant cela.** Il y a un réapprentissage autour du collectif de travail qui doit être soutenu par la direction. Elle doit aussi pouvoir être réactive en termes de décisions et ne pas être non plus tout le temps dans la négativité afin qu'il y ait un échange pérenne sur le long terme.

Propos recueillis par Saveria Sargentini



Ce dossier sur la performance est l'occasion de rappeler les réflexions et analyses portées en 2011 par Bertrand Mas - Frédéric Pierru - Nicole Smolski - Richard Torrielli.

“ Dans ce livre, des sociologues, des politistes, des médecins, des économistes, des psychologues sont à son chevet, non pour adoucir sa fin en d'improbables soins palliatifs, mais bien pour réanimer l'énergie nécessaire à tous les acteurs de la santé dans ce pays.

Ils livrent les clés pour reconstituer le puzzle de la politique aujourd'hui en œuvre, qui plutôt que guérir l'hôpital d'une maladie dont il souffrirait, hâte sa disparition en lui inoculant le virus sournois et malfaisant du néolibéralisme qui infecte les services publics.

Cet ouvrage est dédié à ceux, décidés à sauver ce qui a été, est, ou sera une étape de notre destin.”

<https://croquant.athes.org/savoiragir/lhopitalenreanimation/>

Santé : ces économies qui coûtent cher !

Depuis plus de 15 ans, la Sécurité Sociale est en déficit. Les plans successifs d'économie n'ont pas permis de rattraper la créativité effrénée des inventeurs de niches sociales, et notre système de santé qui était à la première place en l'an 2000, selon l'OMS, rejoint depuis, le bas du classement chaque année. Pourtant, il est possible de soigner mieux en coûtant moins. Pour cela, il faudrait que les économies à faire soient proposées par les acteurs de la santé, au premier rang desquels les médecins, et non pas par des économistes.

Voici une liste non exhaustive d'économies bureaucratiques dont le rendement est improbable et les coûts directs ou indirects évidents.

LE RATIONNEMENT DES ÉQUIPEMENTS

Outre le prix de la bureaucratie nécessaire à empêcher les hôpitaux et centres privés de s'équiper, le rationnement des installations d'IRM, alors que les indications de cet examen non irradiant s'accroissent sans cesse, nous permet d'atteindre 13,1 appareils par million d'habitants contre plus de 20 en moyenne en Europe en 2016, avec un délai moyen supérieur au mois !

Peut-être qu'on économise un certain nombre d'examen – dont certains seraient tout à fait utiles s'ils pouvaient être réalisés à temps – mais d'un autre côté, dans un hôpital qui n'a pas eu l'autorisation de s'équiper, toutes les IRM nécessaires coûteront le prix de l'examen majoré au minimum d'un aller-retour en ambulance, et parfois deux, si l'ambulance a du retard et que l'examen est donc annulé. Au final, cela peut doubler le coût de l'examen. De plus, certains séjours hospitaliers se prolongent dans l'attente d'une IRM, indispensable pour la décision thérapeutique : le prix réel de l'IRM rationnée est alors multiplié d'un facteur allant jusqu'à 10 ! Par ailleurs, un hôpital sans imagerie de coupe est très peu attractif pour les internes et PH radiologues, ce qui rend le recrutement difficile et ce qui risque d'augmenter le recours à l'intérim.

LE RATIONNEMENT DU PRIX DES VSL

Alors que le « virage ambulatoire » semble être la grande cause nationale depuis quelques années, la Sécurité sociale nous rappelle régulièrement sa préoccupation de voir le nombre de prescriptions de transport s'envoler. Oui, le virage ambulatoire, ça n'est pas que des économies ! Le prix de tous les types de transport est donc fortement

contraint, y compris celui des VSL. Résultat : on économise quelques euros par transport... sauf qu'aucune compagnie d'ambulance ne constate que les VSL sont rentables ! On ne trouve donc presque jamais de VSL (12 à 14 € + 0,89 €/km), à part dans les compagnies qui débutent. Ensuite, il est toujours « occupé » ou « en réparation ». Conséquence : le prescripteur se rabat sur les taxis conventionnés, en moyenne 80 % plus chers (PeC + 1,06 €/km + 35 €/h), voire si la présence d'un ambulancier est jugée préférable, sur une ambulance classique, presque 4 fois plus chère que le VSL (50 à 60 € + 2,19 €/km). Les chiffres des dix dernières années sont éloquentes : les dépenses d'ambulances sont passées en 10 ans de 0,9 à 1,6 milliards d'euros, celles de VSL inchangées (0,8 milliard d'euros), celles de taxis de 0,5 à 1,5 milliards d'euros, selon la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale dans son enquête de 2014.

“ Le virage ambulatoire ne signifie pas systématiquement économies ! ”

LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ

Je choisirai deux aspects pervers pour illustrer mon propos. Tout d'abord, la T2A nécessite un suivi précis de l'activité. Des armées de DIM (Département de l'Information Médicale), médecins qui ne soignent plus pendant le temps qu'ils sont DIM, aidés de TIMS (Techniciens d'Information Médicale), nécessitant des milliers d'ordinateurs sur l'ensemble du pays pour coder les actes, prenant du temps de soignants, de médecins, de rééducateurs pour coder plutôt que pour soigner. Il faut former tout ce monde au codage, en reprenant du temps aux soins, et en rémunérant des formateurs connaissant les logiciels qu'on a également payés. Côté efficacité, le constat sera encore plus sévère. La T2A c'est l'inflation obligatoire du nombre d'actes (dont on dira ensuite sans aucun rapport à l'appui que 30 % sont inutiles), tous les hôpitaux devant augmenter leur nombre d'actes plus vite que le tarif descend, c'est à dire plus vite que les autres hôpitaux. Cette course va conduire

certain établissements à payer des entreprises extérieures – rompant alors le secret médical, mais « quand on compte, on n'aime pas » – obligeant les autres établissements à en faire autant pour revenir au point de départ avec un budget plus faible puisque dépensé pour ces prestataires ! Et pour les patients ? La T2A, c'est le taux de césariennes dépassant les 40 % dans certains hôpitaux privés... non seulement parce que c'est mieux rémunéré, mais aussi parce qu'il faut faire vite, seules les maternités assurant un nombre suffisant d'actes ayant le droit de survivre. Dans certaines régions, c'est le taux de chirurgie de la cataracte ou d'appendicectomies qui semble anormal. **Bien entendu, un tel fiasco induit par la maîtrise comptable est impossible à assumer par ses créateurs, et ce sont les médecins qui sont actuellement accusés d'actes inutiles, de violences obstétricales et autres anathèmes à la mode.**

LES RÉDUCTIONS DE POSTES

C'est l'obsession de tout directeur d'hôpital soucieux de toucher sa prime de fin d'année. Plus aucune considération d'utilité, de nécessité ou de stratégie ne peut surpasser cette impériosité acquise depuis l'EHESP. Peu importe que l'année d'après l'activité s'effondre, que la souffrance au travail devienne insupportable, que les patients soient maltraités ou considérés comme des organes, il faut réduire les postes. Et la tout aussi sacro-sainte T2A alors ? Qu'à cela ne tienne ! Une fois que plus rien ne fonctionne, que les CET sont pleins et que les arrêts maladies deviennent incontrôlables, il suffit d'embaucher des intérimaires ou d'avoir recours à des prestataires privés.

Peu importe encore que ces mercenaires n'aient aucune loyauté envers l'institution, coûtent plus cher pour un travail de moindre qualité et quantité, du moins aurons-nous bien diminué le nombre de fonctionnaires, boucs émissaires devenus ennemis publics N°1 depuis une dizaine d'années.

LES ARS

Elles regroupent près de 10 000 personnes en France dont l'emploi principal est de décider où porteront les restrictions budgétaires. C'est plus que les effectifs de la Pitié-Salpêtrière, de très loin le plus gros hôpital de France. Si demain il fallait supprimer 10 000 emplois dans le domaine de la santé, que choisiraient les patients ? Le processus habituel est la « corde au cou collective » : étranglement global, en



THOMAS SAMSON / AFP

sachant que tous ne mourront pas et on verra bien qui survivra. Pas en grande forme ? Tant qu'il reste des professionnels de santé trop occupés à soigner des patients pour se défendre contre ceux qui sont censés leur permettre de travailler correctement, pourquoi changer de *modus operandi* ?

La santé est le bien le plus précieux sans lequel les autres biens n'ont pas de pertinence : à quoi bon être le plus riche et le plus érudit du cimetière ?

En France, c'est un bien universel dont une écrasante majorité des cotisants considère qu'il ne devrait pas varier selon les revenus. Les restrictions perpétuelles du budget pourtant voté par la Représentation Nationale ont un impact épouvantable, rendu encore plus asphyxiant par la cécité de ceux qui répartissent la pénurie.

Si on veut effectivement soigner aussi bien en coûtant moins, c'est à ceux qui prodiguent les soins qu'il faut demander, pas à ceux qui en retirent un bénéfice personnel sous forme de primes lorsqu'ils ont détruit une partie de l'offre de soin. La suppression du service le moins rentable pour améliorer les comptes est une stratégie aussi

intelligente que la suppression du dernier wagon du train pour améliorer la sécurité. Ça n'a aucun sens et ça ne s'arrête qu'à la suppression totale du train, à la fermeture complète d'un hôpital.

Les syndicats de médecins ont une expertise dans le domaine de l'optimisation des soins, et demander notre avis est la meilleure façon de concilier les objectifs de qualité et de maîtrise des coûts. Sans doute la seule qui soit réelle.

Renaud Péquignot, Secrétaire Général Adjoint du SNPHARE

Travailler plus, pour une moindre retraite !

Le 27 septembre 2017, le conseil d'administration de l'IRCANTEC a été informé qu'à la suite d'une analyse juridique demandée par certaines directions d'établissements publics de santé et réalisée par la Direction de la Gouvernance de l'IRCANTEC et la Caisse des dépôts, l'indemnisation des jours épargnés sur un CET depuis le 1^{er} janvier 2013 par les praticiens hospitaliers ou ayant donné lieu à indemnisation pendant la période transitoire au titre des jours épargnés jusqu'au 31 décembre 2012 ne devait pas être soumise à cotisations IRCANTEC.

L'IMBROGLIO JURIDIQUE

L'argumentaire repose essentiellement sur le fait que les textes actuels régissant les CET (décret n°2012-1481), contrairement aux précédents textes de 2008 (décret 2008-455 et arrêté du 14 mai 2008), ne prévoient pas expressément que l'indemnisation des jours CET soient assujettis à cotisation IRCANTEC.

Pourtant, l'article R.6152-25 du Code de la Santé Publique (CSP), créé par le décret en Conseil d'État n° 2010-1141, précise que les praticiens hospitaliers qui n'exercent pas d'activité libérale cotisent à l'IRCANTEC sur la totalité de leurs émoluments hospitaliers, y compris certaines indemnités définies par décret.

L'article 1 du décret n°2010-1142, article qui fait partie des dispositions permanentes, précise que non seulement les PH (hors exercice d'une activité libérale) cotisent à l'IRCANTEC sur la totalité de leurs émoluments hospitaliers (qui en effet varient bien en fonction de l'échelon de l'intéressé) mais aussi sur la totalité des indemnités mentionnées à l'article D.6152-23-1 du CSP (créé et modifié par décrets simples) à l'exception d'une seule. Ainsi donnent droit à cotisations IRCANTEC :

- celles de participation à la permanence des soins (indemnités de sujétion, indemnités forfaitaires pour tout travail additionnel, indemnités forfaitaires des astreintes, indemnités concernant les déplacements) ;
- celles pour participation aux jurys, concours, à l'enseignement et à la formation des personnels des EPS ;
- celles visant à développer le travail en réseau (prime multi-établissements, prime d'exercice territorial, prime sectorielle de liaison) ;
- celle relative à la part complémentaire variable ;
- celle concernant l'engagement de service public exclusif ;
- celle concernant le second versement de carrière hospitalière (PECH).

La prime exclue de cotisations IRCANTEC est celle

concernant l'engagement à servir sur un poste à recrutement prioritaire, dispositif par ailleurs aboli au 1^{er} janvier 2019. S'il en était besoin, le fait qu'il soit expressément précisé ici que cette prime ne donne pas lieu à cotisations IRCANTEC sous-entend bien que toutes les autres indemnités de cet article sont bien soumises à cotisations IRCANTEC, dont celles optionnelles de jours de CET.

UNE SITUATION CONTRADICTOIRE ET INJUSTE

Quels jours sont épargnés sur le CET ? Selon l'article R.6152-804 du CSP, il s'agit des congés annuels non pris, des jours de RTT non pris, des récupérations des périodes de temps de travail additionnel, des astreintes et des déplacements si ces dernières n'ont pas fait l'objet d'une indemnisation.

Enfin, selon l'article R.6152-808 du CSP, tout congé pris dans le cadre d'un compte épargne-temps doit être assimilé à une période normale et rémunéré en tant que tel, et donc, dans les faits, soumis aux mêmes cotisations sociales dont celles à l'IRCANTEC.

Ainsi, tous les jours épargnés sur un CET, s'ils avaient été indemnisés ou pris sous forme de congés ou récupérations au lieu d'être mis sur le compte épargne-temps, donnent droit à cotisations IRCANTEC. Et si, au lieu d'être indemnisés secondairement, ils sont pris sous forme de congés, ils donnent aussi droit à cotisations IRCANTEC. Le fait de les mettre sur un compte épargne-temps et secondairement indemnisés les priveraient d'un tel droit !

Par ailleurs, ces jours épargnés sont des périodes de travail effectif, accomplis sur le volontariat des intéressés. Pourquoi ne donneraient-ils pas lieu à cotisations IRCANTEC comme tout travail supplémentaire ?

Ainsi, l'observation de deux arrêtés d'application où, sur l'un, il est bien noté que l'indemnisation de jours épargnés sur un compte épargne-temps donne lieu à



cotisations IRCANTEC et où sur l'autre, il n'est rien indiqué ni dans un sens ni dans l'autre, apparaît largement insuffisante pour affirmer que cette indemnisation ne donne pas lieu à de telles cotisations, alors que des textes, d'une puissance réglementaire bien plus importante, disent ou sous-entendent le contraire.

LA POLITIQUE DE LA SOURDE OREILLE

Les ministères de tutelle ont été informés dès juin 2016 des conclusions de l'analyse faite pas la Direction de la Gouvernance de l'IRCANTEC et de la Caisse des Dépôts, mais jusqu'à présent aucun retour n'a été noté. De notre côté, le SNPHARe et Avenir Hospitalier ont approché le ministère de la santé et la DGOS. Il est envisagé l'abolition du décret n°2010-1142, et de faire référence unique au premier alinéa de l'article 7 du décret n°70-1277 relatif à l'IRCANTEC au niveau de l'article R.6152-25 du CSP : « I – Les cotisations sont assises sur l'ensemble des rémunérations brutes, à l'exception des éléments à caractère familial, des indemnités représentatives de frais et des prestations familiales, augmentées le cas échéant de la valeur représentative des avantages en nature selon le barème appliqué par

la sécurité sociale. L'assiette de cotisation ainsi déterminée est toutefois limitée à huit fois le plafond prévu à l'article L.241-3 du code de la sécurité sociale ». Cela nécessite une modification du CSP par un décret en Conseil d'État, donc un long délai. Mais par ailleurs, il y a le deuxième alinéa de cet article 7 qui stipule « II – A l'égard de certaines catégories d'agents et par dérogation aux dispositions qui précèdent, l'assiette des cotisations peut être limitée à un pourcentage de tout ou partie des éléments de rémunération soit par des statuts particuliers de ces personnels, soit par arrêté du Ministre chargé de la sécurité sociale et des Ministres intéressés. » Donc méfiance ! Cet alinéa aura du mal à sauter puisque s'adressant à toutes les fonctions publiques ! D'où l'intérêt de modifier plutôt l'article R.6152-25 du CSP en incorporant directement le premier alinéa de cet article.

D'autres pistes sont peut-être à explorer. Quoiqu'il en soit, une circulaire de la DGOS sur ce sujet serait la bienvenue en attendant ! C'est ce qu'il faut exiger rapidement.

Certes, l'application des conclusions de cette analyse reste, jusqu'à présent, marginale au niveau des différents établissements publics de santé. Par sécurité, il faut, pour notre part et pour l'instant, plutôt conseiller à nos mandants de prendre les jours épargnés sur les CET sous forme de congés plutôt que de choisir l'option de l'indemnisation ; leur santé ne pourra que s'en trouver améliorée tout en ne perdant rien pour leur retraite !

Jean Garric, Administrateur du SNPHARe

AGENDA DU CA

NOVEMBRE 2017

- | | |
|--------------------|--|
| 8 Novembre | Réunion du comité de rédaction de PHAR-E |
| 30 Novembre | Réunion du bureau du SNPHARe |
| 17 Novembre | Réunion du conseil d'administration d'Avenir Hospitalier |
| 18 Novembre | Obsèques de Max-André Doppia |

DÉCEMBRE 2017

- | | |
|--------------------|--|
| 3 Décembre | Réunion d'organisation pour le site web du SNPHARe |
| 7 Décembre | Conférence de presse pour le lancement de l'Observatoire de la Santé Au Travail (OSAT) |
| 7 Décembre | Réunion du conseil d'administration d'Avenir Hospitalier |
| 8 Décembre | Assemblée générale de l'intersyndicale APH |
| 14 Décembre | Réunion CFAR-CNP-SNPHARe |
| 15 Décembre | Réunion du Conseil d'Administration du SNPHARe |

Le SNPHARe est toujours en attente du planning des réunions avec le Ministère qui avait été évoqué le 23 août 2017 lors du rendez-vous d'APH avec le directeur adjoint du cabinet et la DGOS.

Sexisme à l'hôpital : fin d'un tabou ?

L'ISNI a publié un grand questionnaire en ligne afin d'évaluer l'ampleur du phénomène en septembre 2017. Il s'agit de la première grande enquête nationale sur le sexisme dans les études médicales, portée par Alizée Porto & Olivier Le Penetier, alors respectivement vice-présidente et président de l'ISNI. Sur les 3 000 internes qui y ont répondu jusqu'à la mi-octobre, aux trois quarts des femmes, environ 9 % ont subi une forme de harcèlement sexuel. L'actuelle vice-présidente du syndicat, Marie-Coline Rubio, répond aux questions de PHAR-E.

PHAR-E : Votre étude « Hey Doc, les études médicales sont-elles vraiment sexistes ? » concernant le sexisme et le harcèlement sexuel chez les internes a été largement médiatisée, en pleine affaire Weinstein et autres. Pensez-vous que le harcèlement sexuel est plus fréquent à l'hôpital qu'ailleurs ?

Marie-Coline Rubio : Sans être forcément plus fréquent que dans d'autres milieux professionnels, le harcèlement à l'hôpital est banalisé, voire méconnu. En effet, dans notre étude, environ un tiers des agressions sexuelles n'étaient pas verbalisées par les victimes (avec seulement 0,15 % de procédures judiciaires initiées), et 2 % des cas de harcèlement sexuel avérés (main aux fesses par exemple) n'étaient pas reconnus comme tels par les victimes.

PHAR-E : Les femmes sont-elles les seules victimes de harcèlement sexuel à l'hôpital ? Qui sont les harceleurs ?

Marie-Coline Rubio : Non, les hommes sont également victimes de harcèlement sexuel mais dans une proportion moindre. Les harceleurs sont dans 48 % des cas des supérieurs hiérarchiques (dont 10 % de chefs de service).

PHAR-E : Votre étude, et l'exploitation médiatique qui en est faite, suggère un continuum entre sexisme et harcèlement sexuel, pensez-vous que les attitudes sexistes et les comportements de harcèlement sont une seule et même pathologie ?

Marie-Coline Rubio : Sans pouvoir être assimilées à du harcèlement, les attitudes sexistes et le sexisme quotidien à l'hôpital favorisent les dérives telles que le harcèlement. Elles ont certainement un impact sur le fait que les victimes ne verbalisent pas le harcèlement dont

elles font l'objet, voire ne l'interprètent pas comme du harcèlement. En revanche, les attitudes sexistes ne sont pas forcément du fait des mêmes individus que ceux pouvant avoir des comportements de harcèlement sexuel.

PHAR-E : À l'heure où certains s'offusquent des fresques de salles de garde, comment faire la part des choses « entre blagues carabines » et « remarques sexistes » ?

Marie-Coline Rubio : Les fresques des salles de garde font partie de la culture et du folklore carabin, et sont pour la plupart, pornographiques sans être sexistes. Cependant, certaines le sont donc il faut réagir et prendre les mesures nécessaires au cas par cas.

PHAR-E : Le sexisme opéré par les patients (analogie femme = infirmière, homme = docteur) ne résulte-t-il pas plutôt une organisation ancienne de la société qui est en train de changer, plutôt que du sexisme ?

Marie-Coline Rubio : C'est possible, de la même façon que le sexisme est un problème de société avant tout. Le combat féministe est un combat de fond, les mentalités doivent changer durablement afin de garantir l'équité et ce changement prendra du temps. C'est en agissant sur toutes les facettes du problème que nous pourrons un jour modifier cette « organisation ancienne de la société ».

PHAR-E : D'après vous, le sexisme est-il un frein à la carrière médicale des femmes ? Pour quelles raisons ?

Marie-Coline Rubio : Probablement. Les femmes choisissent leur spécialité et leur carrière de manière signi-



<http://www.leplaisirdesdieu.fr>

ficativement différente des hommes, et les femmes se disant victimes de sexisme s'orientent moins vers une carrière de recherche que les autres. De plus, les postes de CCA sont plus souvent proposés aux hommes qu'aux femmes, sans qu'il y ait une différence de compétence objectivée dans notre étude.

PHAR-E : Comment un syndicat peut-il agir contre les phénomènes de harcèlement et de sexisme à l'hôpital ?

Marie-Coline Rubio : À l'issue de l'enquête réalisée cette année, l'ISNI a fait 10 propositions de mesure :

- Organiser une campagne nationale de sensibilisation au harcèlement au travail, avec un volet spécifique aux hôpitaux.
- Créer un outil informatique anonyme de signalement des cas de harcèlement.
- Accompagner gratuitement les victimes de harcèlement pour effectuer les procédures judiciaires.
- Mettre en place des enquêtes nationales et loco-

régionales pour faire connaître la problématique du sexisme et briser ce tabou.

- Lancer une campagne de sensibilisation au sexisme.
- Permettre un accompagnement pour la maternité et la paternité sans influence sur la carrière professionnelle.
- Mise en place d'enseignements contre toutes les discriminations tout au long de la scolarité.
- Lancer une campagne de réflexion sur la normalisation de l'accès aux postes hospitalo-universitaires et à responsabilité.
- Mise en place d'un "mentoring" sans facteur limitant.
- Permettre à toute personne qui en ressent le besoin de pouvoir trouver un espace d'échanges permettant de proposer des actions pour améliorer la lutte contre le sexisme et toute forme de discrimination, dans chaque établissement ou université.

Les résultats de l'enquête sont consultables à l'adresse suivante : <http://www.isni.fr/wp-content/uploads/2017/11/Etude-sexisme-ISNI.pdf>

OSAT Une conférence de presse organisée par APH a eu lieu à Paris le 7 décembre dernier pour annoncer le lancement de l'OSAT.

Cet observatoire de la souffrance au travail, imaginé pour identifier les professionnels en difficulté et leur venir en aide, a été présenté aux nombreux journalistes qui avaient fait le déplacement. Tout avait commencé en 2009 avec le SNPHAR-E et surtout avec Max Doppia.

Aujourd'hui, cet outil indispensable est destiné à tous les praticiens hospitaliers. En allant sur le site d'APH (<https://osat.aph-france.fr/>), un personnel peut signaler et évaluer son degré de souffrance. Il lui suffit de répondre à un questionnaire et d'expliquer les causes de son mal être. L'anonymat est garanti et les bénévoles d'APH prennent contact avec la personne par la suite.

Entre 2010 et 2015, 67 % des quelques 200 déclarations recensées sont attribuées au harcèlement mais il y a également la surcharge de travail, la pression des chiffres ou la désorganisation des services.

ILS EN ONT PARLÉ :

L'express entreprise : « La souffrance des médecins à l'hôpital sous surveillance »

Le Monde : « Souffrance au travail : lancement d'un observatoire pour aider les praticiens hospitaliers »

HOSPIMEDIA : « L'observatoire de la souffrance au travail apporte un soutien syndical à tous les PH en difficulté »

Le quotidien du médecin : « Un observatoire intersyndical en soutien des praticiens hospitaliers en souffrance »

Paris-Normandie : Souffrance au travail : lancement d'un observatoire pour les praticiens hospitalier

Démographie médicale : le tsunami annoncé est-il un mirage ?

A lors qu'on n'a jamais formé autant de médecins, on ne parle que de pénurie et de déserts médicaux, éprouvant l'hôpital comme la ville. Comment cela peut-il s'expliquer ? Quelles perspectives pour rétablir un équilibre démographique ? Y a-t-il un risque de tsunami et d'excès de médecins à long terme ?

LA PÉNURIE : CAUSES ET REMÈDES À COURT TERME

Le *numerus clausus* à la fin de la première année des études de médecine est apparu en 1971. La réduction du nombre de médecins formés était censée limiter l'augmentation des dépenses de santé, et sa valeur a été initialement fixée sans réellement tenir compte ni des besoins médicaux, ni d'une projection sur l'avenir. Or la demande de soins augmente et continuera d'augmenter, du fait de deux phénomènes non indépendants, l'accroissement et vieillissement de la population d'une part et le progrès médical d'autre part.

En parallèle, nombreuses évolutions sociétales tendent à créer un manque relatif et absolu de médecins :

- la féminisation du métier (actuellement 62 % des médecins de moins de 40 ans sont des femmes, et la parité est attendue pour 2020. Cela est associé à une modification de l'exercice : temps partiels, congés maternité et congés parentaux, disponibilité pour éducation des enfants),
- la diminution du temps de travail (directive européenne fixant une borne maximale de 48 heures hebdomadaires travaillées, repos de sécurité post-garde, intégration de la garde dans le temps de travail)
- l'évolution sociétale du rapport au travail de nos concitoyens.

À cela, il faut encore rajouter l'existence d'un différentiel entre le nombre total de médecins et celui de médecins en activité, et une diminution de la proportion de médecins en activité régulière, par différents mécanismes : retraite précoce, médecin temporairement sans activité, activité exclusive de remplacement, mais aussi changement de métier.

Ainsi apparaît la notion de « temps médical disponible », prenant en compte non seulement le nombre de médecins mais la quantité horaire de travail médical souhaité par chaque médecin.

La concurrence du secteur privé accroît ces difficultés dans les établissements publics, notamment en anesthésie-réanimation, tant pour des raisons de rémunération que de conditions d'exercice.

L'accueil de médecins dont la formation s'est déroulée à l'étranger - hors-UE à partir des années 1970 – puis principalement intra-UE (dont la moitié provenant de Roumanie) – a permis une bouffée d'oxygène pour les structures hospitalières. L'équivalence réelle des formations reste un sujet tabou. Actuellement, ces médecins représentent 11 % de la population médicale, sont plus jeunes et sont plus souvent des femmes que les médecins issus du cursus de formation français. Ils exercent majoritairement dans le secteur salarié. Ces flux migratoires devraient se poursuivre, que ce soit un flux Europe de l'Est vers Europe de l'Ouest ou un flux lié aux réfugiés politiques, notamment syriens.

Malgré cela, se sont installées des pénuries, de manière inégale selon les spécialités : l'anesthésie-réanimation, la

Des spécialités « en tension ». Le cas de l'anesthésie-réanimation

L'anesthésie-réanimation est en situation de pénurie qui s'accroît depuis quelques années. L'accroissement, le vieillissement de la population et le progrès médical ont fait exploser le nombre d'anesthésies réalisées chaque année (4 millions dans les années 1980, 11,5 millions en 2016). Avant 1984, date de création de l'internat qualifiant, environ 350 CES en anesthésie-réanimation étaient formés chaque année, contre 50 les premières années de l'internat qualifiant.

Le risque de pénurie, liée au départ à la retraite des nombreux CES, a été partiellement anticipée par la création d'une filière dans les années 1993-1994. À partir de 1999, cela a permis de sanctuariser peu ou prou un effectif annuel de nouveaux anesthésistes-réanimateurs – qui ne compense les niveaux de formation de l'époque des CES que depuis 5 ou 6 ans, ne laissant pas espérer d'effet significatif avant 2019-2020.

Le choix de l'hôpital public reste néanmoins problématique pour les futurs anesthésistes-réanimateurs : alors qu'actuellement deux tiers des médecins anesthésistes-réanimateurs exercent à l'hôpital public, selon une étude récente, 44 % des internes en anesthésie-réanimation choisiraient en priorité le secteur privé, contre 41,5 % seulement l'hôpital public et 14,5 % l'interim, témoignant de la perte d'attractivité de l'hôpital public pour cette spécialité.

Des spécialités « en tension » Le cas de la radiologie

Avec le développement des techniques d'imagerie et de radiologie interventionnelle, la radiologie est une spécialité en pleine expansion. Malgré une augmentation du nombre d'internes à former depuis 2012, la DREES prévoit une diminution des effectifs jusqu'en 2026-2027 qui sera suivie, théoriquement, d'un tsunami, alors que les besoins de la population, compte tenu de ces progrès médicaux, seront en augmentation.

Le manque de radiologues est déjà majeur dans les hôpitaux publics (près de 40 % de postes vacants), la concurrence du secteur privé est importante (différentiel substantiel de rémunération, notamment) raison pour laquelle une prime d'engagement dans la carrière hospitalière (PECH) peut-être proposé à tout médecin souhaitant s'engager comme praticien hospitalier, de même qu'en anesthésie-réanimation.

radiologie, la médecine d'urgence, la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie sont particulièrement en tension.

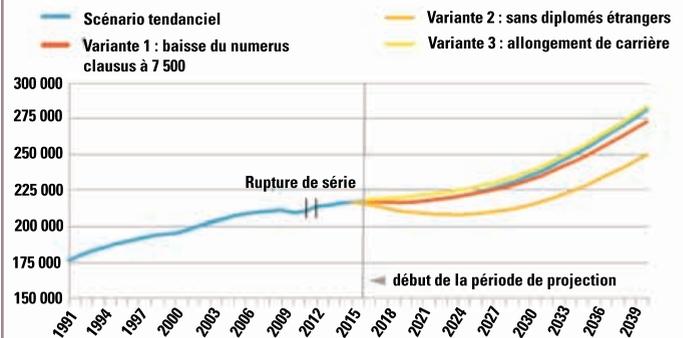
Faisant face à cette pénurie, des remèdes-sparadrap et des grands remèdes sont inventés afin de maintenir une adéquation de l'offre à la demande : intensification du travail, mutualisation des moyens (travail sur plusieurs sites, GHT), interim médical, séniorisation des internes... sans encadrement légal, primes d'attractivité (dont la récente prime d'engagement dans la carrière hospitalière - encadré page 26), création de postes de praticiens cliniciens, cumul emploi-retraite sont des mesures qui permettent de pallier avec plus ou moins d'efficacité le manque de médecins mais au prix d'un éclatement de la notion d'équipe, d'un épuisement professionnel et de souffrance au travail malheureusement régulièrement médiatisés.

À long terme, c'est l'élargissement du *numerus clausus* (dont les effets sont toujours décalés dans le temps, compte tenu du temps de formation d'un médecin), amorcée au début des années 2000, qui devrait permettre à l'ensemble de la profession de sortir la tête de l'eau – à condition que cette régulation par le *numerus clausus* à l'issue de la première année des études communes de santé (PACES) soit suivie d'une régulation régionale et par spécialité ; c'est dans ce sens qu'ont été créés en 2002 l'Observatoire National de la Démographie des Personnels de Santé (ONDPS) puis en 2009 une Commission Nationale de l'Internat et du Post-internat, laquelle a entre autre pour mission la régulation nationale et régionale des flux d'internes pour toutes les disciplines à l'issue des épreuves nationales classantes (ECN).

VERS UN ÉQUILIBRE DÉMOGRAPHIQUE ?

Compte tenu des évolutions sociétales et de l'évolution de l'exercice de la médecine, il est bien difficile de définir

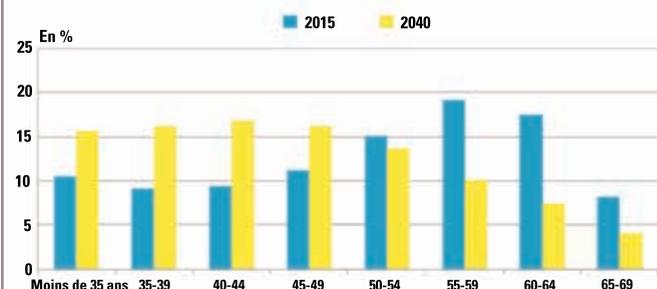
Figure 1: Effectifs de médecins en activité à l'horizon 2040 selon le scénario tendanciel et les différentes variantes



Le passage du répertoire ADELI au RPPS en 2013 occasionne une rupture de série. À partir de 2016, selon le scénario tendanciel, les effectifs de médecins baisseraient légèrement, puis augmenteraient régulièrement à partir de 2010 pour atteindre 281 000 en 2040. (France entière, médecins actifs de moins de 70 ans)
Sources : ADELI, RPPS, Projection DREES 2015

D'après les résultats de l'étude la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Figure 2 : Répartition des médecins par tranches d'âge en 2015 et en 2040 selon le scénario tendanciel



En 2040, 16 % des médecins auraient moins de 35 ans. (France entière, médecins actifs de moins de 70 ans)
Sources : ADELI, RPPS, Projection DREES 2015

D'après les résultats de l'étude la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

le nombre de médecins qui permettrait un équilibre, c'est-à-dire une adéquation de l'offre à la demande, dans des conditions idéales pour la population, comme pour les médecins : durée hebdomadaire du travail, temps « raisonnable » à consacrer aux patients, (en opposition au temps technique à faire des actes rémunérateurs au détriment de la relation humaine), temps extra-clinique...

Les projections démographiques sont faites sur un schéma « tendanciel », qui ne prend en compte ni le progrès médical ni les modifications du mode d'exercice ; il est donc erroné dans son essence, et nécessite des corrections, fondées sur des hypothèses modificatrices (cf. figures 1 et 2). Ainsi, pour la France entière, tous modes d'exercice et toutes spécialités confondus, deux périodes devraient se succéder.

- 2016-2025 : stagnation des effectifs globaux : l'augmentation du *numerus clausus* – génération 2000–2006 – doit entraîner une vague massive d'arrivées dans la profession jusqu'en 2020. Cette augmentation sera moins importante jusqu'à 2026 (génération 2007-2015) ; le flux migratoire de médecins à diplôme étranger devrait se

La prime d'engagement de carrière hospitalière (PECH)

Dans le cadre du plan « attractivité de l'hôpital » du précédent gouvernement, une prime d'engagement de carrière hospitalière (PECH) a pour but de limiter ces inégalités territoriales et ces pénuries. En contrepartie d'un engagement d'un médecin hospitalier non titulaire (chef de clinique, assistant, praticien hospitalier contractuel) à passer le concours de praticien hospitalier et d'occuper un poste de praticien hospitalier pendant au moins 3 ans, les directions d'hôpitaux peuvent donner

- Une prime pour spécialité en tension au niveau national, s'élevant à 10 000 euros. Ces spécialités en tension au niveau national sont fixées par un arrêté triennal : le premier arrêté triennal (2016) ne prend cependant en compte que l'anesthésie-réanimation et la radiologie.
- Une prime pour spécialité en tension au niveau local, sous réserve d'autorisation par l'Agence Régionale de Santé, s'élevant à 20 000 euros (cumulable avec la précédente).

poursuivre ; en revanche, se profile, en miroir, le départ à la retraite des générations à fort *numerus clausus* (1971-1978). La résultante en est une augmentation des effectifs qui restera inférieure aux besoins de la population, l'horizon 2021 permettant, pour toutes spécialités médicales confondues, de retrouver le nombre de médecins de 2016 (projections DREES) - qui est une année de pénurie.

- Après 2025 : augmentation des effectifs (+ 30 % par rapport à 2016), en raison d'une augmentation modérée du *numerus clausus* pour les générations à venir, mais de moins nombreux départs à la retraite (génération à *numerus clausus* faible).
- À l'horizon 2040, les médecins seront plus nombreux, plus jeunes, plus souvent des femmes, plus souvent salariés, mais personne ne se risque à prévoir que cette augmentation d'effectifs permettra de répondre aux besoins d'une population vieillissante.

UN RISQUE DE TSUNAMI ?

Si le *numerus clausus* est la meilleure variable d'ajustement des effectifs médicaux, l'impact de sa modification se mesure à moyen et long terme. Le nombre de médecins sera très élevé en 2040. Trop élevé ? Jusqu'à présent les prévisions se sont toujours trompées « à la baisse » ; il est probable que la part de la médecine libérale de ville (« le médecin de campagne ») va diminuer au profit de la médecine salariée, du fait du renouvellement de génération et de la féminisation des médecins libéraux. L'évolution des médecins à diplôme étranger n'est pas modélisée, dépendant d'une conjoncture internationale peu prévisible. Le numérique, la télémédecine et le robot s'installent à l'hôpital, que ce soit pour opérer un patient, l'accueillir lors d'une

consultation... un robot vient même de réussir le concours d'entrée en médecine en Chine : progrès démographique permettant de recentrer le médecin sur l'aspect humaniste tant valorisé et respecté il y a quelques décennies, ou disparition pure et simple du métier, réglant de fait le problème de la démographie médicale ?

Les propositions du SNPHARe

1. En premier lieu, il s'agit de définir au mieux les besoins de demain : une réflexion sur le devenir de notre métier compte tenu de l'accroissement et du vieillissement de population, et du progrès médical et technologique (développement du numérique, de la télémédecine, de la robotisation) s'impose.
2. Il nous apparaît essentiel de favoriser le cursus français, formation d'excellence. En effet, une aberration liée au *numerus clausus* restrictif fait que les étudiants français échouant au PACES vont se former dans l'Union européenne pour revenir ensuite, ou non, exercer en France ; ceci quand ils n'abandonnent pas définitivement leur désir d'être médecin.
3. Le *numerus clausus* doit tenir compte non seulement du nombre de départs à la retraite et des besoins prévisionnels de la population, mais aussi de la diminution du « temps médical disponible » de chaque médecin formé.
4. La lutte contre les déserts médicaux hospitaliers, spécialité par spécialité, passe par
 - a. une meilleure régulation des filières lors des affectations à l'issue des épreuves nationales classantes (ECN) : le SNPHARe maintient une vigilance sur ces répartitions de postes qui doit être adaptée aux besoins de la population et non aux capacités d'offre de formation de chaque centre hospitalo-universitaire,
 - b. une amélioration de l'attractivité de l'hôpital public, demandée depuis de nombreuses années par le SNPHARe : amélioration des conditions de travail, prise en compte de la pénibilité liée à la permanence des soins, aménagement des fins de carrières de spécialité à pénibilité, évolution du statut de praticien hospitalier, levée du tabou sur la rémunération des médecins hospitaliers.

Anne Geffroy-Wernet, Administrateur du SNPHARe

Nous remercions le Dr Silvia Pontone, praticien hospitalier en anesthésie-réanimation, chercheur en démographie médicale à l'Institut National d'Études Démographiques (INED), pour son aide documentaire.

PRINCIPALES SOURCES

- Atlas de la démographie médicale en France. Conseil de l'Ordre National de l'Ordre des Médecins. 2017
- Démographie médicale en anesthésie-réanimation : causes et conséquences ? C. Ecoffey, S. Pontone, Congrès SFAR 2017
- Etudes longitudinales (2007-2017) des médecins nés hors de France et des médecins diplômés hors de France. Perspectives des flux migratoires et des trajectoires. Conseil de l'Ordre National de l'Ordre des Médecins
- Les médecins à l'horizon 2040. Revue Etudes et résultats 2017. DREES
- Aspirations professionnelles des internes en anesthésie-réanimation : étude qualitative par questionnaire. D Fiocchi et al, Anesth Reanim 2017.

ANNONCES DE RECRUTEMENT



CENTRE
HOSPITALIER
DE **BLIGNY**

RECHERCHE

Le Centre Hospitalier de Bligny

Convention FEHAP du 31/10/1951
Situé à 30 km au Sud de Paris
Etablissement Spécialisé 385 lits et places : Court Séjour et Soins de Suite et de Réadaptation
5 pôles : Cardiologie-vasculaire, Pneumologie, Hémato-Cancérologie, Médecine Interne et Maladies Infectieuses, Activités transversales dont 12 lits en Unité de Soins Intensifs et service de radiologie avec scanner.

MÉDECIN QUALIFIÉ OU COMPÉTENT EN RÉANIMATION

Pour son unité de soins intensifs (USI)

POSTE :

CDI à temps plein (temps partiel possible) à compter de décembre 2017.

LE SERVICE DE SOINS INTENSIFS :

Equipe médicale composée de 7 médecins actuellement.
12 lits avec monitoring invasif et non-invasif. IGS 2 moyen à 37 (6 à 109).
Activité de soins intensifs polyvalents médicaux-exclusifs (pas de chirurgie sur site, pas d'épuration extra rénale dans l'unité), à prédominance respiratoire avec une expertise reconnue en sevrage ventilatoire difficile et prolongé.
Les services de l'hôpital sont les premiers adresseurs : pneumologie, cardiologie, infectiologie, oncologie et hématologie. Recrutement varié via le SAMU (primaire comme secondaire).

SERVICES SUPPORT :

Service de réadaptation post-réanimation sur site.
Service d'imagerie médicale avec scanner, échographie et radiologie conventionnelle.
Laboratoire d'échocardiographie, ETO.
Explorations fonctionnelles respiratoires et endoscopie bronchique (pas d'endoscopie digestive sur site).
Laboratoire de biologie médicale. Pharmacie à usage intérieur.

PROFIL RECHERCHE :

Compétence ou qualification en réanimation médicale, médecin spécialiste titulaire d'un DES (pneumo, cardio, d'urgence, ...), un titre d'ancien chef de clinique ou ancien interne de CHU serait un plus. Chefferie de service envisageable à 3 ans.
L'activité proposée inclut activité auprès des patients du service en heures ouvrables et 1 garde par semaine et une garde de dimanche ou jour férié toutes les 6 à 7 semaines. Les gardes sont réalisées au sein du service.
Un médecin sénior de l'établissement assure la garde d'intérieur.

STATUT ET REMUNERATION :

CCN51 FEHAP. Gardes incluses dans le temps de travail avec indemnité de sujétion.

AVANTAGES SOCIAUX :

Possibilité de logement sur place, Mutuelle Employeur, Crèche-Multi-accueil sur site.

Adresser votre candidature de préférence par mail CV + lettre motivation à :

Mme Madeleine ROUSSEAU

DRH
drh@chbligny.fr
01 69 26 30 10

Dr Jean-Baptiste MERIC

Directeur Médical
jb.meric@chbligny.fr
01 69 26 30 02

Informations :

Dr Pierre ANDRIVET

Chef de service de soins intensifs
Président de CME
p.andrivet@chbligny.fr
01 69 26 31 41



L'Institut de Cancérologie de l'Ouest, site René Gauducheau, Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif, membre d'UNICANCER, 3^e Centre de Lutte Contre le Cancer Français pour la file active de patients.

L'équipe d'Anesthésie, de 6 Médecins (en plus des deux postes) et 11 IADE, recrute dès que possible :



L'activité centrée sur la Cancérologie est variée :

Chirurgie digestive, gynécologique, sénologique, sarcome, radiothérapie pédiatrique, radiologie interventionnelle, pose de dispositifs intra-veineux de longue durée, algologie. Le plateau technique comporte 6 salles de Bloc opératoire, dotée d'un équipement récent et 4 lits de Surveillance Continue.
Astreinte opérationnelle, nuits et WE, sans garde sur place.

Profil : Diplôme de médecin, Spécialisation en anesthésie-réanimation et inscription à l'Ordre des Médecins. 2 CDI sous le statut de praticiens spécialistes des CLCC ; un des deux postes pouvant être à 80%.

DEUX ANESTHESISTES REANIMATEURS H/F - CDI SERVICE D'ANESTHESIE - NANTES -

Le site nantais de 156 lits, regroupe 750 professionnels de santé dont 61 médecins.

Adresser votre lettre de motivation et un CV à :

Direction des Ressources Humaines
ICO R Gauducheau - Bd J Monod - 44 805 Nantes - Saint Herblain cedex
Ou par mail : srh.nantes@ico.unicancer.fr

Renseignements :

Docteur Denis LABBE - Chef du Service d'Anesthésie
Tél. : 02 40 67 99 00 (poste 9351) - denis.labbe@ico.unicancer.fr
Site Internet : www.ico-cancer.fr





Le CHIHC Recrute 1 Anesthésiste-réanimateur Inscrit à l'Ordre des Médecins



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 SCARLINO - Dr OSADA

Lettre de CANDIDATURE + CV sont à adresser à :

Mme QUERRY - 03 81 38 58 80 - c.querry@chi-hautecomte.fr

M. VOLLE Olivier - Directeur - Centre Hospitalier Intercommunal de Haute-Comté
2, Faubourg St Etienne - CS 10329 - 25304 - PONTARLIER Cedex



POUR TOUT RENSEIGNEMENT CONTACTER :

• Bruno PIOCELLE - bpiocele@ch-annecygenevois.fr - Tél. : 04 50 63 63 47

• Mme COLLET - Directrice des affaires médicales - pcollet1@ch-annecygenevois.fr

• Mme MARIN - Direction des affaires médicales - lmarin@ch-annecygenevois.fr

• Tél. : 04 50 63 62 03

LE CENTRE HOSPITALIER ANNECY GENEVOIS (CHANGE) RECRUTE DANS LE CADRE DE SON DÉVELOPPEMENT SUR LES SITES D'ANNECY ET DE ST JULIEN DES ANESTHÉSISTES 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.

LE CENTRE HOSPITALIER DE VILLEFRANCHE-SUR-SAÔNE



l'hôpital
NORD
OUEST

Recherche pour son service d'anesthésie

UN(E) ANESTHÉSISTE TEMPS PLEIN

- Rémunération très attractive
- Éligibilité 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 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'Ouilley - BP 80436
69655 VILLEFRANCHE CEDEX

établissement en la possession de :

GHT
RHONE NORD
BEAUJOLAIS DOMBES



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

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^{ème} 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 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

MÉDECINS URGENTISTES

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.

ANESTHÉSISTES RÉANIMATEURS

Bloc opératoire (5 salles) Surveillance Continue (6 lits).

> 1 CLINICIEN HOSPITALIER TEMPS PLEIN

> 1 PH TEMPS PLEIN

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

L. BLANCHI - Gestionnaire des Affaires Médicales
au 04 90 11 24 06 - lblanchi@ch-orange.fr



Centre Hospitalier de Manosque
(Alpes-de-Haute-Provence)

Recherche Médecin Anesthésiste Réanimateur (H/F)

L'équipe actuelle se compose de 8 anesthésistes réanimateurs PH titulaires et contractuels (7 temps pleins, et un temps partiel).



- Hôpital neuf (7 ans).
 - Bloc opératoire de 6 salles dont une réservée aux urgences obstétricales, équipement aux normes les plus exigeantes (BIS, vidéoscopes, monitoring hémodynamique invasif et non invasif, fibroscopes UU, ...).
 - Activité chirurgicale variée : orthopédie, gynécologie, digestif, ORL, stomatologie, urologie (pédiatrie : plus de 3 ans).
 - Maternité : 3 salles de travail, deux sages-femmes sur place H24 et un obstétricien et un pédiatre d'astreinte H24 ; environ 900 accouchements par an.
 - USC de 8 lits, avec un équipement très complet (monitorage hémodynamique, échographie, respirateurs polyvalents et VNI, Optiflow® ...).
- Un médecin titulaire gère l'activité de Journée.
- Les trois sites d'activité ainsi que les services d'hospitalisation de maternité et de chirurgie sont regroupés sur le même étage.

L'activité de jour se déroule sur une base de 5 médecins par jour. Gardes sur place ; 2 IADE d'astreinte H24 :

- Bloc opératoire, maternité, consultations, suivi post-opératoire limité à la douleur et aux apports intraveineux, avis spécialisés.
- Equipe dynamique, staff quotidien du matin, RMM, groupes de travail (CLUD, transfusion, médicament, antibithérapie, ...), formations IADE et IDE de l'USC, congrès et formations dans le cadre du DPC.

Plages additionnelles récupérées ou payées. Le recrutement se fait sur une base de PH contractuel ou PH titulaire, de préférence temps plein (rémunération négociée selon l'expérience). Un ou plusieurs remplacements préalables sont tout à fait envisageables.

Manosque, capitale du Luberon, est située dans une région très convoitée de par son ensoleillement (plus de 300 jours par an), sa proximité avec la mer et la montagne (1 heure 30 des stations de ski ou de la Méditerranée), ses accès directs autoroutiers aux « capitales régionales » que sont Aix-en-Provence (45 min), Marseille (1 h) ou Gap (1 h). L'Italie est proche, et la région est très bien desservie par les aéroports de Marnagnan, les gares TGV d'Aix et Avignon, ainsi qu'un excellent réseau autoroutier.

Contact : Dr Sauvat Stéphane - MAR - Chef de Pôle - Tél. : 04 92 73 45 79 - Mail : sauvat.s@ch-manosque.fr



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, thermodilution transpulmonaire, entropie, fibroscope bronchique, hémofiltration...
- › Techniques anesthésiques plurielles, accompagnement hypnotique.

Equipement radiologique : IRM et 1 scanner.

Nous vous proposons :

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

Ce poste vous intéresse ? Adressez votre candidature à

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



Situé au sud de la Charente-Maritime, à 1h de Bordeaux et 30 minutes des plages, le CH de Saintonge est un établissement de recours doté de 5 pôles d'activités cliniques et 1 pôle médico-technique. Il a une capacité d'accueil de 881 lits et places, sur un bassin de population de plus de 300 000 habitants. Il est par ailleurs l'établissement support du GHT de Saintonge pour le territoire Sud et Est de Charente Maritime.

Le CH de Saintonge renforce son équipe h/f

MÉDECINS RÉANIMATEURS

Postes à temps plein

Son service de réanimation est à ce jour seul autorisé pour le territoire Sud et Est de Charente-Maritime, en lien avec les différentes unités de surveillance continue du territoire.

Le Centre Hospitalier de Saintonge a défini une organisation dans laquelle les services de réanimation et d'anesthésie, bien que dans le même pôle, sont distincts et disposent d'équipes médicales propres.

Le service de réanimation comprend :

- 14 lits identifiés réanimation • 2 lits de soins continus à orientation médicale

L'effectif cible du service est de 7 ETP. Le service dispose de 3 internes dédiés à la réanimation.

La permanence des soins s'organise en :

- 1 garde sur place • 1 astreinte opérationnelle
- 1 garde d'internes (6 internes participant à la permanence des soins)

Profils recherchés :

- Inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins en France
- Capacité à travailler en équipe

Pour tout renseignement, vous pouvez contacter :

- Docteur Jean-François VINCENT, Chef de Service : j.vincent@ch-saintonge.fr / 05 46 95 11 90
- Madame Laurence Couloudou, Directrice des Affaires Médicales : l.couloudou@ch-saintonge.fr
- Service des Affaires Médicales : aff-medicales@ch-saintonge.fr



www.ch-saintonge.fr



Situé en Charente-Maritime en région Nouvelle Aquitaine, le Centre Hospitalier de Saint Jean d'Angély couvre un territoire de 55 000 habitants avec une capacité d'accueil de 450 lits et places. En qualité d'établissement de proximité, le Centre Hospitalier offre une palette de soins diversifiés dans de nombreuses prises en charge aux urgences, en médecine, chirurgie, gynécologie, soins de suite et de réadaptation, et recrute h/f :

MÉDECIN ANESTHÉSISTE - statut de Clinicien

Poste à temps plein

Vous exercez vos missions en binôme avec un confrère également sous contrat de clinicien.

L'anesthésie dessert un bloc dédié à l'activité programmée, en ambulatoire et en hôpital de semaine, réalisée par des équipes chirurgicales pour la majorité d'entre elles en activité partagée sur les centres hospitaliers de Saintes et de Saint Jean d'Angély.

Le bloc fonctionne en semaine du lundi au vendredi (fermeture les week-ends) dans les spécialités :
 • Odontologie • Ophtalmologie • Orthopédie Traumatologie • Gynécologie • Urologie • Chirurgie générale et digestive.

À noter également l'existence d'un module endoscopique adossé au bloc opératoire. Les anesthésistes assurent par ailleurs une activité de consultation et de gestion des lits d'hôpital de semaine et d'ambulatoire ainsi qu'une permanence des soins sous forme d'astreinte sur 4 jours, du lundi soir au vendredi 8h30.

Profil recherché :

- Inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins en France • Capacité à travailler en équipe

Avantages :

- Mise à disposition d'un logement à titre gratuit pendant les 2 premiers mois puis à loyer modéré pour les 3 mois suivants • Aide et accompagnement à la recherche d'un logement • Aide et accompagnement à l'insertion professionnelle du conjoint

Pour tout renseignement, vous pouvez contacter :

- Docteur Christophe DUGAZ, Chef de Service : 05 46 59 50 15
- Madame Laurence Couloudou, Directrice des Affaires Médicales : l.couloudou@ch-angely.fr
- Service des Affaires Médicales : affaires.medicales@ch-angely.fr



A4HAL

www.ch-angely.fr



Le Centre Hospitalier de Mont de Marsan (40)

Recrute un médecin anesthésiste

Équipe de 11 anesthésistes pour un bloc polyvalent de 10 salles et obstétrique
 Bloc opératoire neuf en 2020.

Postulez à Mont de Marsan vous ouvrez les portes d'une carrière adaptée et adaptable à vos choix :

- La possibilité de postuler sur un poste d'assistant aménagé pour vous permettre des remplacements.
 - 30 jours la première année, 45 les suivantes.
 - Votre rémunération mensuelle totale peut atteindre avec 5 gardes par mois et les remplacements 5000 €/mois.
 - Vous ouvrez les portes du secteur II au bout de deux ans.
 - Cinq semaines de congés annuels (24 jours sans compter le samedi), 4 semaines de RTT et 3 de formation.
 - Congés maladie, maternité, paternité, pour événements familiaux ou participation à des actions humanitaires.

- Par mutation ou après le CNPH, la possibilité de postuler sur un poste de praticien hospitalier temps plein avec activité libérale (+ 50 % de rémunération).

- La possibilité de postuler sur un poste de Praticien Hospitalier Contractuel avec une rémunération adaptée dans l'attente d'une nomination.

Contact :

Dr Philippe TESTON - 05 58 05 18 51
 Secrétariat du service d'anesthésie - 05 58 05 11 06
philippe.teston@ch-mdm.fr
 Site internet : www.ch-mt-marsan.fr



centre hospitalier
mont de marsan



Le Centre Hospitalier de TULLE

Coeur de Corrèze

recrute h/f 1 Praticien Hospitalier ou Praticien Contractuel

ANESTHÉSIE - RÉANIMATION

pour compléter une équipe existante de 4 praticiens inscrit ODM en France. Poste à temps plein et/ou temps partiel.

Bloc central - 4 salles - Bloc obstétrical.
 Activité de chirurgie viscérale, urologique, orthopédique, gynécologique, OPH et ORL - Service en temps médical continu.

Secteur M.C.O. - Psychiatrie et Gériatrie. Plateau technique moderne - 620 lits.
 Cadre de vie attractif. Accès routier facile, autoroutes A89 et A20.

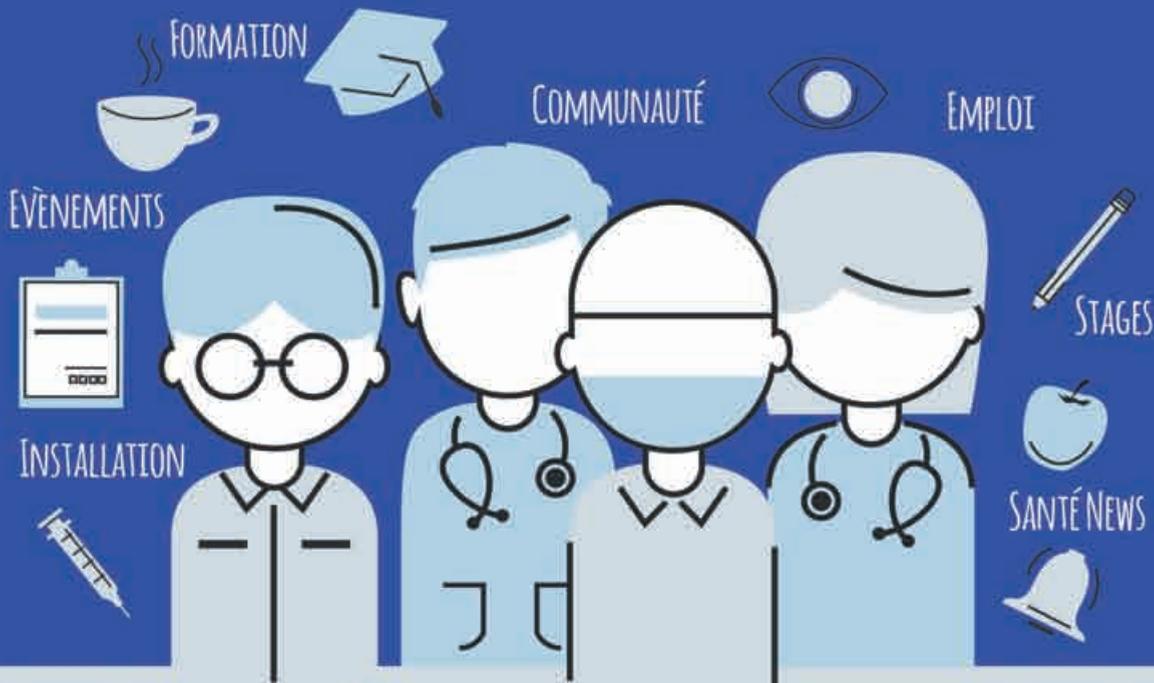
Envoyer votre lettre de motivation + CV à Monsieur Mokzan, Directeur
 Centre Hospitalier de Tulle, 3 place du Docteur Maschat, B.P. 160 - 19012 Tulle Cedex
affairesmedicales@ch-tulle.fr

www.ch-tulle.fr



A4HAL





Réseau PRO Santé

VOTRE RÉSEAU SOCIAL PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ
DES MILLIERS D'OFFRES POUR VOUS



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE



☎ 01 53 09 90 05 ✉ CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode

