

PHARE

#81

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

WARNING

UN BIG BANG DE LA FONCTION PUBLIQUE
OU DES SERVICES PUBLICS ?

DOSSIER : NOUVEAUX MODES DE
REVENDICATIONS

Dr 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 Anne GEFFROY-WERNET - Vice-Présidente Centre Hospitalier de Perpignan anwernet.snphar@gmail.com	Collège National Professionnel Anesthésie-Réanimation - Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) - Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) - FEMS	Ligne directe : 01 71 73 89 60 Portable : 06 31 18 57 61
Dr Jullien CROZON - Secrétaire général Groupement Hospitalier Edouard Herriot, Lyon jullien.crozon@snphar.fr	Veille syndicale - Relation avec les adhérents Revue PHAR-E	Standard : 04 72 11 62 22 Ligne directe : 04 72 11 09 85
Dr Louise GOUYET - Trésorière 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 Patrick DASSIER - Trésorier adjoint 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 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	Président d'Avenir Hospitalier 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 Gregory WOOD - Secrétaire Général Adjoint Hôpital Charles Nicolle, CHU Rouen gregory.wood@snphar.fr	Rédacteur en chef de la revue PHARE e.-communication site web www.snphare.com	Ligne directe : 02 32 88 17 36 Portable : 06 65 40 87 07
Dr Ezéchiél BANKOLE - Administrateur CHU Reims ebankole@chu-reims.fr		Standard : 03 26 78 78 78
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 - Administratrice Hôpital de Pontchaillou - CHU 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 Emmanuelle DURAND - Administratrice CHU - Reims edurand@chu-reims.fr		Standard : 03 26 78 78 78
Dr Laurent HEYER - Administrateur Hopital de la croix rouge - Lyon laurent.heyer@gmail.com	Président du Collège National Professionnel Anesthésie-Réanimation - Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) - Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) - FEMS	Portable : 06 31 18 57 61
Dr Eric LE BIHAN - Administrateur Hôpital Beaujon, Paris eric.le-bihan@aphp.fr	Délégation régionale Ile de France Communication et e-communication	
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 - Administratrice Hopital de la croix rouge - Lyon nicole.smolski@gmail.com	Déleguée 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
Francis VUILLEMET - Administrateur Hôpitaux civils de Colmar francis.vuillemet@ch-colmar.fr	Représentation des médecins non anesthésistes	Standard : 03 89 12 40 00
Dr Jean GARRIC - Administrateur honoraire 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 1
Dr Didier REA - Administrateur émérite 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 claudio.wetzel@mac.com	Chargé de mission aux affaires européennes Past-Président de la FEMS	Portable : 06 60 55 56 16

POINT DE VUE DE L'ACTUALITÉ

Un premier trimestre 2018 déjà bien chargé !4

TROMBINOSCOPE

Le SNPHARe : un syndicat qui vous ressemble, qui vous représente et qui vous défend.....6

ENQUÊTE

Les conditions de travail des anesthésistes-réanimateurs hospitaliers en question ! 8

DOSSIER : NOUVEAUX MODES DE REVENDEICATIONS

Le temps des mobilisations moins classiques est-il venu dans les hôpitaux ?10

De l'île de la Réunion à Chalon, cartes postales et démissions !12

FOCUS

Décryptage : Le CNP (Conseil National Professionnel), qu'est-ce que c'est ?14

Le « nouveau PH » et les couloirs de la DGOS15

WARNING

Un big bang de la fonction publique ou des services publics ? 16

REFLEXION

La vie médicale dans nos hôpitaux18

TABLE RONDE

« Observer, analyser et débattre ! »20

#ANESTHDONCREA, OÙ EN EST-ON ?26

AGENDA26

PETITES ANNONCES 27

LE SERVICE PUBLIC EST BIEN MALMENÉ PAR LES TEMPS QUI COURENT...

A la SNCF, le rapport Spinetta suggère purement et simplement la disparition du statut pour les futurs recrutements, et cherche la rentabilité à tout prix, aux dépens de la population. Il ne faudra pas s'étonner qu'en abandonnant les services publics : train, école, poste... les médecins finissent par fuir les zones privées de ces services..

S'agit-il du modèle que les politiques cherchent à appliquer à tous les services publics ? A quand notre tour ? Il suffira d'un copier-coller pour décréter que le statut de praticien hospitalier n'existera plus pour les futurs médecins hospitaliers, voire tous les médecins hospitaliers !... Ces derniers sont déjà fatigués par des impératifs de rentabilité qui prévalent à l'exercice de la médecine et à de bonnes conditions de travail. A l'hôpital, c'est l'étranglement financier des établissements par la baisse de l'ONDAM et des tarifs tandis qu'à Eaubonne, le Premier Ministre présente des propositions qui ne prennent absolument pas en compte la dégradation des conditions de travail des soignants, médicaux et paramédicaux.

Après des injonctions de virage ambulatoire, un médecin, chef de service, d'une part, se fait remonter les bretelles par sa direction parce que prioriser des interventions en ambulatoire plutôt que de la chirurgie lourde fait perdre de l'argent à l'hôpital, et, d'autre part, est sommé de proposer de nouvelles pistes pour améliorer les finances...

Nous, SNPHARe, faisons depuis longtemps des propositions qui amélioreront les conditions de travail des praticiens et la prise en charge des patients. Nous les défendons auprès du ministère, que nous devrions rencontrer désormais régulièrement. Nous dénonçons les contrats hors statut qui précarisent les médecins, les inégalités de rémunération, la violence et le mépris des gouvernances à l'égard des praticiens. L'action syndicale a permis hier de gagner le repos de sécurité, les RTT, l'intégration de la garde dans le temps de travail....

C'est avec vous, en étant nombreux et persistants dans nos revendications que nous réussirons encore.

Anne Geffroy-Wernet, Vice-Présidente du SNPHARe

Un premier trimestre 2018 déjà bien chargé !

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 2017

L'année syndicale s'est achevée par l'assemblée générale qui s'est tenue le 19 janvier 2018. Le SNPHARe avait organisé deux tables rondes, l'une sur le malaise à l'hôpital public avec la projection du film de Jérôme Le Maire : « *Burning out*, dans le ventre de l'hôpital » et l'autre sur « Redonner du sens à notre métier ». Les collègues présents dans l'amphithéâtre ont pu échanger avec les intervenants, en faisant part de leur expérience sur leur lieu de travail. Comme toujours, le temps fût trop court pour évoquer la situation de chaque praticien. De fait, le SNPHARe a décidé d'organiser un séminaire résidentiel des délégués du SNPHARe, du 10 au 12 octobre prochain afin de pouvoir discuter de l'état des relations dans les hôpitaux et des outils à notre disposition en cas de conflit.

LE SNPHARE À LA TÊTE DU CNP POUR UN AN

Le Conseil National Professionnel est une structure qui regroupe l'ensemble des composantes d'une spécialité médicale (société savante, syndicat, collège...) et dont les missions sont les pratiques professionnelles, l'amélioration de la qualité des soins et la mise en place du développement professionnel continu (DPC). Cette année, c'est Laurent Heyer, administrateur du SNPHARe, qui a été élu pour un an à la tête de cet organisme. Il aura de nombreuses réflexions à conduire, notamment l'élaboration consensuelle d'un référentiel métier sur lequel le SNPHARe travaille déjà depuis plusieurs mois.

UN NOUVEAU PRÉSIDENT À L'INTERSYNDICALE AVENIR HOSPITALIER

À la suite du décès brutal de notre collègue et ami, Max-André Doppia, un vote, au sein du conseil d'administration d'Avenir Hospitalier, a placé Renaud Péquignot, administrateur du SNPHARe, à la présidence de l'intersyndicale Avenir Hospitalier.

NÉGOCIATIONS ?

Le SNPHARE a demandé au Premier Ministre d'édicter un décret en Conseil d'Etat, afin que **les**

congés puissent être reportés en cas de maladie du praticien. En effet, une décision de la Cour de Justice des Communautés Européennes précise que le report doit être effectif et supérieur à une année. Or, seule une circulaire (sans valeur juridique) autorise actuellement ce report qui est donc réalisé selon le bon vouloir des directions hospitalières. Le SNPHARE a donc demandé à son avocat de déposer un recours car le texte officiel aurait dû être publié depuis bien longtemps déjà.

Nous n'avons toujours pas de réponse du Ministère des solidarités et de la santé, d'une part, ni plus récemment du Ministère du Travail à notre courrier sur l'interprétation partielle concernant **les retenues de salaire pour des jours de grève**, appliquée au CHU de Bordeaux. En effet, l'application de la réglementation, selon cet établissement, s'apparente à une entrave au droit de grève. Nous souhaiterions l'arbitrage des pouvoirs publics rapidement.

EDOUARD PHILIPPE ET LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ : LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SERONT-ILS ÉCOUTÉS ?

Le SNPHARE était présent, à l'hôpital Simone Veil, à Eaubonne-Montmorency, le mardi 13 février 2018, pour le discours du Premier Ministre, Edouard Philippe, sur la réforme du système de santé. Il a rappelé que le budget de la santé en France s'élevait à 200 milliards d'euros et que les nouveaux tarifs sont en baisse, du fait de l'ONDAM. Il ne souhaite pas mettre en place une énième réforme, mais transformer le système de santé, en lançant 5 chantiers qui concerneront :

1. La qualité et la pertinence des soins.
2. Les modes de financement et de régulation.
3. Le virage numérique.
4. La formation et la qualité de vie au travail des professionnels de santé.
5. L'organisation territoriale des soins.

En ne laissant pas la parole à la Ministre des Solidarités et de la santé, Agnès Buzyn, présente à ses côtés, il a montré que c'est lui qui piloterait ce dossier. Le Premier Ministre a envisagé une enveloppe de 100 millions d'euros (hors ONDAM) chaque année

pour ces transformations. Cette somme nous semble inadaptée à l'ensemble des travaux qu'il faut conduire pour l'hôpital. Considérons déjà que si elle devait être répartie entre les 500 000 agents (soignants et administratifs), chacun recevrait 16 euros par mois. Or, il y a des établissements à rénover, des mesures d'attractivité à instaurer, en plus des 5 chantiers évoqués précédemment.

Nous sommes très en dessous des besoins de l'hôpital public pour des soins modernes de qualité auxquels ont droit les français. Une phase de concertations est prévue de mars à mai. Nous espérons que tout n'est pas écrit d'avance, que cette phase n'est pas uniquement de façade mais que les professionnels de santé seront écoutés et entendus.

L'INTERSYNDICALE ACTION PRATICIENS HÔPITAL REÇUE AU CABINET D'AGNES BUZYN

L'intersyndicale Action Praticiens Hôpital, composée de la Confédération des Praticiens Hospitaliers (CPH) et d'Avenir Hospitalier (AH), a été reçue par le directeur et le directeur adjoint du Cabinet d'Agnès Buzyn, ce même 13 février dans l'après-midi. Nous devrions entrer dans un cycle de discussions sur les chantiers de la transformation.

Nos interlocuteurs nous demandent quels points les syndicats souhaitent privilégier. Ils sont nombreux et il faudrait plusieurs réunions, avant l'été, pour que nous puissions travailler sur ces différents points : décret pour la création du Conseil Supérieur des Professions Médicales, application des mesures d'attractivité de l'ancienne mandature en particulier le temps non clinique dans le temps de travail des praticiens hospitaliers, révision du statut de praticien hospitalier, l'organisation du temps de travail médical à l'hôpital.

Il semble que le processus de concertation soit enclenché, mais il ne s'agirait pas de nous promettre, cette fois-ci, des réunions trimestrielles que nous ne verrions jamais arriver...

DES PERSONNELS HOPITALIERS AU BORD DE LA RUPTURE : UN IMPACT SUR LA QUALITÉ DES SOINS

Le SNPHARe s'inquiète des conditions de travail des soignants et au-delà, des praticiens hospitaliers et

de la qualité de la prise en charge des patients, quand l'ONDAM progresse pour cette année de 2,3 %, alors que les besoins de santé augmentent de 4,1 % (population vieillissante, maladies chroniques, nouveaux traitements...) et que le budget de la sécurité sociale est réduit de 4.8 milliards d'euros en 2018. Les personnels hospitaliers sont au bord de la rupture car on leur demande d'aller plus vite dans leurs soins donc de passer moins de temps avec les malades, leur donnant une sensation de travail mal fait. Le personnel non médical ne peut pas prendre ses congés et repos, par manque d'effectifs ; l'investissement des praticiens hospitaliers dans le service public n'est pas reconnu (pénibilité du travail de nuit, temps de travail > 48 heures hebdomadaires, intensification de la charge de travail...). La qualité des soins passe par des conditions de travail satisfaisantes des personnels soignants. Le Conseil d'Administration a donc décidé de rejoindre le mouvement d'actions, auprès des agents de la Fonction Publique Hospitalière, le 22 mars 2018.

UNE NOUVELLE ENQUÊTE DU SNPHARE SUR LE STATUT DE PH

Après le sondage réalisé par le SNPHARe sur les conditions de travail dont les résultats sont sur le site, une enquête a été lancée fin février, afin de préparer le séminaire de son Conseil d'Administration sur l'avenir de l'hôpital public et du statut de praticien hospitalier, fin mars. L'évolution sociétale conduit le syndicat à s'interroger sur la façon qu'ont les jeunes médecins hospitaliers d'envisager leur mode d'exercice futur, afin de développer une ligne syndicale en conséquence. Les réponses seront analysées et communiquées par newsletter et sur le site de notre syndicat.

Michel Dru, Président du SNPHARE

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

Le SNPHARe : un syndicat qui vous ressemble, qui vous représente et qui vous défend

Les administrateurs du SNPHARe sont des médecins, comme vous, qui pratiquent leur art au sein de l'hôpital, participent aux gardes et astreintes et exercent leur mandat syndical sur leur temps personnel. Ci-dessous les 20 membres du Conseil d'Administration.



*Michel Dru
Président
Anesthésiste-réanimateur
Médecine d'urgence
CHU Créteil*



*Anne Geffroy-Wernet
Vice-Présidente
Anesthésiste-réanimateur
CH Perpignan*



*Jullien Crozon
Secrétaire général
Anesthésiste-réanimateur
CHU Lyon*



*Louise Gouyet
Trésorière
Anesthésiste-réanimateur
CHU Bordeaux*



*Patrick Dassier
Trésorier adjoint
Anesthésiste-réanimateur
CHU HEGP Paris*



*Véronique Agaësse
Secrétaire général adjoint
Anesthésiste-réanimateur
CHU Amiens*



*Anouar Ben Hellal
Secrétaire général adjoint
Urgentiste
CH Le Chesnay*



*Renaud Péquignot
Secrétaire général adjoint
Président d'Avenir Hospitalier
Gérialtre
Hôpital Saint Maurice*



Grégory Wood
Secrétaire général adjoint
Anesthésiste-réanimateur
CHU Rouen



Nicole Smolski
Anesthésiste-réanimateur
CHU Lyon



Ezéchiel BANKOLE
Anesthésiste-réanimateur
CHU Reims



Raphaël Briot
Anesthésiste-réanimateur -
Médecine d'urgence
CHU Grenoble



Veronique Deramoudt
Anesthésiste-réanimateur
CHU Rennes



Emmanuelle Durand
Anesthésiste-réanimateur
CHU Reims



Laurent Heyer
Anesthésiste-réanimateur
CHU Lyon



Eric Le Bihan
Anesthésiste-réanimateur
CHU Paris Beaujon



Yves Rébufat
Anesthésiste-réanimateur
CHU Nantes



Francis Vuillemet
Neurologue
CH Colmar



Jean GARRIC
Anesthésiste-réanimateur
CHRU Nancy



Claude Wetzel
Anesthésiste-réanimateur
Retraité

Les conditions de travail des anesthésistes-réanimateurs hospitaliers en question !

La dégradation des conditions de travail n'est plus un scoop. Qu'en est-il des conditions de travail spécifiques en anesthésie-réanimation, spécialité en tension : phénomènes locaux ou généralisés ? Quelles conséquences sur la sécurité des patients, sur l'attractivité du métier ? Le SNPHARe a réalisé une vaste consultation en ligne du 6 au 26 novembre 2017.

LA MÉTHODOLOGIE

Un questionnaire a été envoyé par mail à tous les praticiens hospitaliers (PH) anesthésistes-réanimateurs (seul fichier en possession du SNPHARe, issu des données du CNG, déclaré à la CNIL). L'enquête a été relayée par les délégués SNPHARe et par le SNJAR aux anesthésistes-réanimateurs non-PH, via courriels et partages sur les réseaux sociaux.

QUI A RÉPONDU ?

910 MAR ont répondu, dont 821 PH (soit 21 % de l'ensemble des PH AR). Les réponses provenaient de la quasi-totalité des départements français (outre-mer inclus), selon une répartition CHU/CH 61/39 % et un sex ratio H/F 51/49 %. 10 % des répondants ont un diplôme étranger. 10 % des répondants ont un DESC de réanimation médicale. Les 4 décennies (30-39 ans à 60-69 ans) sont réparties de manière équivalentes ; il y a une part plus importante de jeunes dans les CHU et de PH en fin de carrière dans les CH ; 45 % des PH qui ont répondu sont à l'échelon

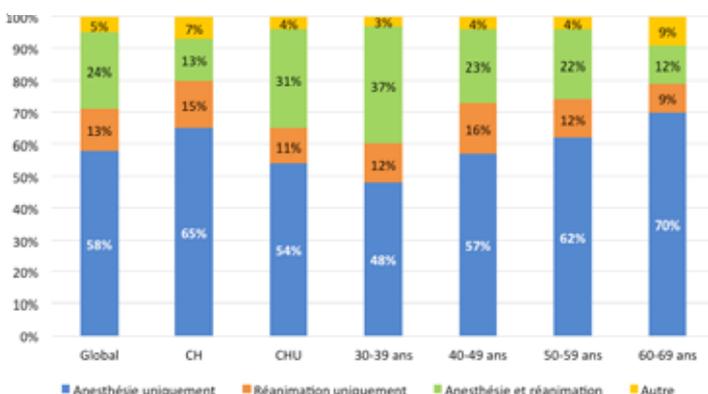
12 ou 13. Les modalités d'exercice des AR sont décrites et commentées sur la figure 1.

24 HEURES = 5 DJ !

Le décompte du temps de travail en demi-journées, qui est la règle, est largement majoritaire en CHU (81 %). En CHU comme en CH, la durée de la DJ n'est pas définie : 2 DJ « durent » 10 à 12 heures environ, et 5 % des PH ont des journées à 3 DJ « de jour ». La garde, dans 91 % des cas, n'est comptée que 2 DJ. **Le slogan 24 h = 5 DJ du SNPHARe demeure une revendication à laquelle nous ne renoncerons pas.** Le décompte dérogatoire en temps continu est légèrement supérieur au décompte en DJ dans les CH (52 %). Pour 42 % des PH en temps continu, les obligations de services sont fixées à 48 heures hebdomadaires, alors que la directive européenne fixe les 48 heures hebdomadaires comme une borne maximale et non une obligation.

“ 78 % des PH déclarent être en sous-effectif, sans différence entre CHU et CH ! ”

Figure 1 : Mode d'exercice des anesthésistes-réanimateurs



37 % des AR font de la réanimation, ce taux s'élevant à 42 % dans les CHU, et à 49 % dans la tranche d'âge 30-39 ans.

LA PÉNURIE EN QUELQUES CHIFFRES

78 % des PH déclarent être en sous-effectif, sans différence entre CHU et CH. Les solutions trouvées pour pallier ce déséquilibre entre besoins et offre de soins en anesthésie-réanimation comportent, l'intensification du travail, la réalisation de temps de travail additionnel (TTA), le recours à l'interim, la séniorisation des internes. Quand ce n'est plus possible, la seule solution est la réduction

tion de l'activité (ce dernier point n'est pas exploré par l'enquête), ce qui représente un conflit éthique pour tout médecin.

ET AU BLOC ?

Depuis le début des années 2000, le travail des AR au bloc opératoire s'est intensifié.

Aujourd'hui, 11 % des AR déclarent travailler systématiquement sur plus de 2 salles – et jusqu'à 6 salles d'opération ! 43 % des AR n'ont pas de salle d'urgence la journée, tandis que, chez 68 % des AR disposant de salle(s) d'urgence à heure ouvrable, on y fait également de la chirurgie programmée.

Le SNPHARe déplore ces résultats et rappelle que tout doit être mis en œuvre, de jour comme de nuit, pour assurer la sécurité des patients, y compris dans le cadre de l'urgence.

DES EFFORTS QUI S'ÉTERNISENT ...

80 % des PH font du TTA (au-delà des 48 heures hebdomadaires). Alors que le TTA, créé pour pallier la pénurie médicale, doit se faire sur la base du volontariat, 39 % font du TTA contraint, la contrainte venant soit de l'employeur (5 %), soit des médecins eux-mêmes (34 %) ! 71 % des PH n'ont donc pas de contrat de TTA, ce qui est illégal. **Le SNPHARe ne saurait cautionner ce TTA contraint et souvent sans contrat, qui témoigne d'un malaise des médecins vis-à-vis de leurs obligations de service et d'un mépris de la gouvernance pour le travail supplémentaire réalisé par les médecins par pure conscience professionnelle.** La souplesse sur l'organisation du temps de travail est imposée aux AR : seulement 40 % d'entre eux connaissant leur planning plus d'un mois à l'avance, et 12 % moins d'une semaine à l'avance.

Le recours à l'interim devient habituel, notamment dans les CH où 37 % font appel régulièrement à des médecins remplaçants. Cet exercice de l'interim se fait quasi-exclusivement en journée ouvrable.

Ainsi l'interim devient un mode d'exercice à part entière, à rémunération supérieure, ne participant pas à la permanence des soins (nuit, week-end et jours fériés) : on peut alors s'interroger sur ce que « vaut » réellement une journée d'anesthésie-réanimation, et encore davantage sur ce que « vaut » la permanence des soins en anesthésie-réanimation ! 61 % des AR interrogés travaillent dans des établissements où les internes sont séniorisés. Ce phéno-

mène est, naturellement, plus important en CHU, où les internes sont quotidiennement (28 %) ou fréquemment (22 %) dévolus à des tâches de médecins seniors. Le travail des internes n'est pas toujours supervisé : si 43 % des AR confient des consultations pré-anesthésiques à des internes, seulement 35 % de ceux-ci les relisent systématiquement.

Si le mode d'apprentissage de la médecine est un compagnonnage gagnant-gagnant et si la réforme du 3^{ème} cycle fait des « vieux » internes de potentiels seniors, il est évident pour le SNPHARe que les conditions de seniorisation des internes doivent être réfléchies et clairement

définies, tant sur le plan de la supervision que sur l'opportunité de la délégation de tâche, la valorisation de l'activité que sur la responsabilité de chacun.

TOUS CES EFFORTS SONT-ILS RAISONNABLES ?

Probablement non, quand 55 % des AR déclarent prendre des risques avec la sécurité des patients, et 56 % des AR manquer de moyens la nuit en cas de complication maternelle aiguë en maternité.

Probablement non, quand on étudie les perspectives d'avenir : 63 % des jeunes comptent modifier leur activité professionnelle, principalement vers le secteur privé. Plus inquiétant encore, 61 % de la tranche 40-49 ans envisage également une reconversion professionnelle...

Les médecins anesthésistes-réanimateurs ont fait d'énormes concessions pour maintenir une offre décente à l'hôpital public, au prix de craindre maintenant pour la sécurité des patients qu'ils ont en charge, et d'envisager d'autres modes d'exercice ou d'autres métiers. Le système est à bout de souffle, des réductions d'activités surviennent ça et là : le métier n'est plus attractif. Le SNPHARe persiste à réclamer aux pouvoirs publics de véritables mesures d'attractivité pour l'anesthésie-réanimation : une réflexion profonde sur les conditions de travail et les modalités d'exercice, mais aussi sur la rémunération des médecins anesthésistes-réanimateurs afin de pouvoir préserver l'offre d'anesthésie-réanimation essentielle à la population.

Anne Geffroy-Wernet, Vice-Présidente du SNPHARe

Les résultats détaillés sont disponibles sur le site <http://www.snphar.com/data/upload/files/resultats-enquete-SNPAHRe-2018.pdf>

Le temps des mobilisations moins classiques est-il venu dans les hôpitaux ?

A lors que les réseaux sociaux deviennent le centre des expressions de mécontentements divers, poussant les médias à une course à l'information dont ils n'avaient pas l'habitude, et donnant la parole à ceux qui ne l'avaient pas jusque là (#balancetonporc et la voix ouverte aux femmes, suivi entre autres de #balancetonhosto et la voix ouverte aux hospitaliers), il semble émerger de beaucoup de sites hospitaliers de nouvelles formes de mobilisations inédites, car alliant autour d'une cause très locale médecins hospitaliers et hospitalo-universitaires, infirmiers, aide soignants, secrétaires etc.

#CROIXROUSSE #HCL

Un excellent exemple de cette mobilisation inédite est celle de l'hôpital de la Croix Rousse, site hospitalier des Hospices civils de Lyon (HCL). Sans s'engager sur le fond, il est intéressant de voir les formes qu'a prises cette mobilisation, qui devrait faire l'objet d'études dans les écoles de managers, y compris l'EHESP qui forme les directeurs d'hôpitaux car ce type d'opposition risque de devenir monnaie courante, quand les décisions sont injustes et non motivées médicalement. Dans un contexte de rivalités historiques entre équipes autour de la transplantation hépatique, la gouvernance centrale des HCL a pris la décision très brutale de transférer la transplantation hépatique sur un autre centre, sans aucune discussion possible, en imposant des délais très courts pour casser toute velléité d'opposition.

Après une phase de sidération totale de l'équipe médicale concernée au premier chef, celle-ci s'est retrouvée dans l'impossibilité d'exprimer quelque part les très bons résultats de l'équipe et l'incohérence du projet. Est alors apparu un sentiment très fort d'injustice et de mépris institutionnel poussé à son paroxysme devant la négation des investissements de chacun jour et nuit auprès des patients, la négation du travail réalisé pour constituer un centre de référence régional reconnu, et enfin la négation de ce que peut être une filière médicale : une équipe pluridisciplinaire et pluri-professionnelle.

D'UNE SITUATION INJUSTE...À LA MOBILISATION GÉNÉRALE !

L'équipe médicale a donc décidé, vu que tout ce qui avait été construit patiemment semblait perdu, de ne pas se laisser faire, et d'agir, quelles qu'en soient les conséquences. S'est alors constitué un

collectif, très soudé, initialement médical et pharmaceutique, mais vite rejoint par les paramédicaux.

Un certain nombre d'actions collectives se sont organisées. D'emblée il fût prévu de devoir tenir dans la durée nécessaire à faire infléchir cette gouvernance aveuglée.

Une page Facebook « institutionnelle » (et non personnelle) a vite été créée, elle est rapidement devenue le centre des échanges et de recueil des soutiens : page publique, elle a permis que s'y retrouvent soignants et patients.

Plusieurs jeunes collègues anesthésistes-réanimateurs impliqués dans la greffe se sont découverts des talents de vidéastes, s'obligeant à poster chaque jour une photo, une vidéo, un dessin ou un mot d'humour. Cela s'est transformé en un feuilleton, à consulter quotidiennement, à « liker » et commenter, jusqu'à ce que l'équipe se rende compte que la gouvernance elle aussi suivait attentivement le feuilleton... Et lui fasse passer des messages !

Une vidéo est ainsi devenue virale, actuellement vue plus de 180 000 fois : elle a été tournée sur l'ensemble de l'hôpital, fait intervenir sous forme de phrases très courtes tous les acteurs médicaux et paramédicaux



de l'hôpital concentrés sur l'objectif unique : la meilleure prise en charge pour le patient. Le but ? Montrer qu'ils n'ont pas démérité, que leur engagement devait être respecté, et que la décision n'est pas acceptée.

ALERTER LES ÉLUS ET LA POPULATION

Une pétition en ligne sur [Change.org](https://www.change.org), a elle aussi servi de fil directeur car, au-delà du chiffre d'environ 10 000 signatures, elle a permis d'aller dans tous les services demander aux soignants de relayer l'information. Chacun s'est ainsi retrouvé à commenter le nombre de signatures ou la dernière vidéo.

En parallèle, plusieurs actions spectaculaires ont été menées : une journée de grève, avec préavis pour les médicaux et paramédicaux et de l'ensemble des centrales syndicales, avec zéro activité programmée au bloc opératoire montrant le soutien de toutes les spécialités. Ce jour là, 200 personnes sont « descendues » de la colline jusqu'au siège des HCL, faisant le pied de grue plusieurs heures dans le froid pour montrer leur détermination. Chaque week-end, plusieurs agents ont tracté sur les marchés, pour prévenir les usagers des risques que courait leur hôpital du fait des décisions prises : les excellents contacts avec la population ont remonté le moral de tous ceux qui bravaient le froid, et ont permis d'alerter les politiques et les associations locales, qui ont exprimé leur soutien. Une deuxième manifestation a rassemblé encore plus de monde, car s'y sont jointes les équipes touchées par la dégradation des conditions de travail et les suppressions de postes, comme si le fait que les médecins aient osé dire « non » ouvrait des perspectives à ceux qui d'habitude courbent l'échine, et de ce fait l'ont relevée !

Une nuit blanche festive, avec barbecue, boissons, sous tentes et caravanes amenées exprès sur le parking de l'hôpital, a rassemblé soignants et usagers, ravis de se retrouver et de montrer leur détermination.

Le collectif médical a travaillé également à montrer publiquement ce que la gouvernance avait toujours refusé de reconnaître, à savoir ce qu'est une filière régionale, ce que ça implique en termes de périmètre et d'organisation à sécuriser pour les patients ; ce qui implique aussi que quand on casse une filière, on dégrade la qualité et la sécurité des soins.

L'IMPACT D'UN COLLECTIF SOUDÉ

En parallèle, des réunions hebdomadaires surréalistes, avec la direction générale (DG), ont eu lieu. Les participants avaient l'impression d'assister à leurs propres obsèques, revenaient déprimés pour

quelques jours, leur moral remontant progressivement au contact de l'équipe, jusqu'à la réunion suivante.

Une alerte aux risques psycho-sociaux a été lancée, au vu des conséquences ressenties au niveau psychologique et sur la santé : menée par les médecins du travail, elle a mis en évidence un taux de *burn out* de 63 %, qui a malheureusement parfaitement décrit l'absence de reconnaissance de l'institution. Cette enquête a été envoyée à la DG.

En conclusion, cette mobilisation, qui a totalement sidéré la gouvernance centrale, aussi bien administrative que médicale, a permis d'une manière très inédite, de reconstituer un collectif de soins, pour défendre un projet, une filière et une façon d'exercer la médecine.



Nicole Smolski

La recette

- **Faire manifester ensemble les PUPH, le président de CME locale, les jeunes médecins, les IBODEs et les IADEs, les IDE, les aides soignantes et les secrétaires.**
- **Faire émerger la fierté de travailler ensemble et dans la qualité.**
- **Oser s'opposer à une décision prise au plus haut niveau, oser s'opposer à une enquête IGAS et dénoncer sa médiocrité et son esprit partisan.**
- **Savoir utiliser les réseaux sociaux comme capacité à rassembler.**
- **Bref : oser dire non, ensemble, chacun à sa place pour faire ce qu'il sait faire à son niveau, mais pour le groupe. Cette mobilisation, regardée de toute la France et même du Ministère, fera date dans l'histoire des hôpitaux.**
- **Espérons qu'elle fera réfléchir les décideurs, qui pourront mettre en place des RMM : Réunions de Mauvais Management.**

De l'île de la Réunion à Chalon, cartes postales et démissions !

L'hôpital de la Croix-Rousse n'est pas le seul à avoir emprunté le chemin des « nouvelles revendications ». Aux quatre coins de la France, et au delà des frontières hexagonales, personnels, médecins, soignants en général ont décidé d'innover pour dénoncer des situations inacceptables. PHARE a tenu à donner la parole à Maxime Fayard, cardiologue au CH William Morey de Chalon-sur-Saône.

PHAR-E : *Parlez nous de la situation qui vous a poussé, vous et vos collègues, à entamer un conflit avec la direction de votre hôpital, l'ARS etc ?*

Maxime Fayard : La mobilisation fait suite à un revirement de l'ARS de la région Bourgogne Franche-Comté en 2017 concernant un dossier d'angioplastie coronaire à l'hôpital de Chalon-sur-Saône. Il faut savoir qu'en 2016, l'ARS avait reconnu un besoin exceptionnel d'angioplastie à Chalon-sur-Saône faisant suite à des années de travaux sur la question. Le but était d'apporter un outil qui manquait cruellement à notre bassin de population de 350 000 habitants.

En 2017, le nouveau directeur de l'ARS a rejeté le dossier, prétextant une collaboration nécessaire entre trois établissements Mâcon, Chalon et Dijon. Il est vrai qu'elle est utile voire nécessaire pour certaines activités mais le fait est que les hôpitaux de Mâcon et Dijon ont entamé un recours au tribunal pour retarder, voire empêcher le projet d'angioplastie à Chalon. Nous ne refusons pas la coopération, mais chacun comprendra aisément qu'il est difficile d'établir des collaborations avec des établissements qui vous attaquent au tribunal

PHAR-E : *Par quelles formes de revendication avez-vous exprimé votre désaccord ? Plutôt classiques ? Plutôt novatrices ? Les deux ?*

Maxime Fayard : La réponse au dossier d'autorisation a eu trois semaines de retard et la réponse était négative, évidemment. Nous avons donc mobilisé les acteurs sur le terrain, à l'hôpital et dans la ville de Chalon grâce à des manifestations. Nous avons lancé une pétition qui a recueilli 35 000 signatures, les élus de tous les bords politiques se sont également mobilisés : députés, sénateurs, maires.

Nous avons donc commencé par des moyens classiques et puis, n'ayant pas gain de cause nous avons repensé la communication au mois de juin après avoir eu une réponse négative :



- Création d'une page Facebook qui permettait de relater les articles de presse et les actions à venir.
- Manifestation à Paris le 7 juillet dernier où nous avons été reçus au Ministère par la DGOS et non par le cabinet de la Ministre.
- L'idée de la fameuse carte postale est née à la rentrée, le but était de faire parler de nous, nous en avons envoyé 20 000 au Président de la République à l'Elysée. Malgré cela, aucun retour !
- En fin d'année, nous avons choisi de faire réaliser une expertise indépendante par Emmanuel Vigneron, professeur de géographie sanitaire et d'aménagement du territoire. Il a travaillé sur les bases sanitaires de la région et a confirmé le besoin d'angioplastie à Chalon. Il a remis son rapport lui-même au directeur de l'ARS, une conférence a suivie et elle a rassemblé plus de 1000 personnes à Chalon.

PHAR-E : *Quelle est la situation aujourd'hui ? Avez-vous été entendus ?*

Maxime Fayard : Nous avons organisé une conférence de presse le 12 février pour annoncer de nouvelles actions, dont un éventuel blocage des instances du centre hospitalier (CME, directoire). Les syndicats sont également mobilisés. Un changement de stratégie vis-à-vis de l'adressage régional est à prévoir puisque la confiance est totalement rompue avec les

//

Nous avons commencé par des moyens classiques puis, n'ayant pas gain de cause, nous avons repensé la communication

//

partenaires de la région (Mâcon, Dijon). Nous sommes dans une situation de blocage. L'ARS parle d'une possibilité d'ouverture d'un centre mais en y mettant deux conditions : un groupement de coopération sanitaire doit être créé avec les deux centres qui ont déposé un recours au tribunal contre le centre d'angioplastie à Chalon, et qui plus est, assorti de quatre indicateurs sanitaires avec des seuils à respecter concernant notamment les transports sanitaires et un nombre de cardiologues à recruter qui sont totalement irréalisables. L'ARS ne veut pas prendre la responsabilité de dire oui ou non, donc elle laisse la porte ouverte mais avec des conditions telles, que nous avons la certitude que ça ne pourra pas se faire.

Propos recueillis par Saveria Sargentini

DÉMISSIONS A LA RÉUNION !

Rappel du contexte :

Initialement bénéficiaire lors de sa création le CHU accuse actuellement un déficit de plus de 30 millions d'euros qui ne cesse d'augmenter. On entre donc dans la séquence COPERMO avec plan de retour à l'équilibre financier.

Actions

Les classiques : En 2017, un collectif de médecins a été créé, mais ses leaders ne pouvant s'exprimer librement, il s'est transformé en un syndicat autonome regroupant 300 médecins environs (sur les 900 du CHU) et de nombreux paramédicaux.

Les plus originales : Sur 84 chefs de service et de pôle, 34 d'entre eux ont proposé de démissionner de leurs fonctions collectivement si les équipes n'étaient pas écoutées !

Et maintenant ?

Le plan de retour à l'équilibre a été validé par Paris. Certains personnels étaient en grève au mois de février pour protester contre les suppressions de postes qui découlent de ce plan de retour à l'équilibre. Les discussions avec la direction sont en cours...

ACTION(S) !

Ce n'est pas un scoop, l'Hôpital Public est en crise. Cette crise est multifactorielle : un nombre croissant de patients de plus en plus lourds avec en parallèle, une diminution des effectifs soignants ou une redistribution de ceux-ci mais... pas vers le soin. Le tout dans une ambiance de productivité à tout prix dictée par une gouvernance qui semble avoir perdu de vue l'essentiel : le meilleur soin. Résultats, des soignants, de plus en plus nombreux à déplorer la perte du sens de leur métier. Pour autant, et heureusement, ces derniers ne comptent ni se laisser ni laisser l'Hôpital Public s'éteindre !

En effet, les actions se multiplient et les HCL, le CHU de la Réunion ou le CH de Chalon Sur Saône ne sont que des exemples parmi d'autres. Tous les types d'établissements sont touchés. Face à une gouvernance nationale et/ou locale qui ne manque pas d'imagination quand il s'agit de réorganiser une activité ou de diminuer la masse salariale, les soignants ont su s'adapter et de nouvelles formes de revendications ont vu le jour. Elles ne remplacent pas complètement les formes classiques (manifestations, tractage, grève) mais les complètent dans le but de rendre les luttes encore plus visibles et, in fine, plus efficaces.

Evidemment, les réseaux sociaux ont la part belle : messages sur Facebook, « hashtags » (mot-clefs) sur Twitter, vidéos sur YouTube, pétitions électroniques via notamment le site www.change.org, sites internet dédiés (<http://www.coordination-nationale.org>).

À titre d'exemple, les pétitions électroniques, souvent relayées sur les réseaux sociaux, pullulent littéralement. Qu'il s'agisse de dénoncer la fermeture nocturne d'un service d'urgences dans une zone déjà sous dotée (Clamecy), de lutter contre un « plan social » visant à réduire le nombre de personnels (les exemples sont pléthores) ou de mettre en lumière la décision de fermer le service de réanimation d'un CH tout en permettant l'agrandissement de celui de la structure privée (Aubagne).

Tous les soignants, quelles que soient leur profession et leur discipline, peuvent se retrouver sur les réseaux, c'est en étant unis qu'ils peuvent avancer leurs arguments et plaider leur cause, un avantage loin d'être négligeable.

L'autre immense avantage des réseaux sociaux est la possibilité de toucher un maximum de personnes, parfois en très peu de temps (phénomène des vidéos, photos ou messages dits viraux) et le message d'une revendication peut faire le buzz et se répandre comme une trainée de poudre (#balancetonhosto). Efficacité maximale en un minimum de temps et avec un minimum de moyens, chose que la gouvernance hospitalière saura apprécier à sa juste valeur n'en doutons pas !

Grégory Wood, Rédacteur en chef

Décryptage : Le CNP (Conseil National Professionnel), qu'est-ce que c'est ?

Peu de gens connaissent l'existence des conseils nationaux professionnels et encore moins la place qu'ils occupent dans le paysage médical français. L'anesthésie-réanimation, comme toute spécialité médicale a donc le sien. Le conseil national professionnel ou CNP est une structure fédérative et paritaire qui réunit l'ensemble des organismes représentatifs d'une spécialité médicale (syndicats, collèges, sociétés savantes, instances universitaires, etc.) ce qui lui permet de représenter l'ensemble de la profession.

UN INTERLOCUTEUR RASSEMBLEUR

Les conseils nationaux professionnels sont les structures qui composent la fédération des spécialités médicales (FSM), cela depuis 2009. Avec l'évolution de la législation sur la formation médicale continue (FMC) et l'apparition du développement professionnel continu (DPC), il devenait urgent de donner aux pouvoirs publics un interlocuteur unique pour toute question relative à l'exercice médical d'une spécialité, à la formation, aux textes réglementaires encadrant une discipline médicale, etc. Le rôle du CNP est de servir de guichet unique aux pouvoirs publics et aux différentes agences de santé. Il n'a pas vocation à se substituer aux organismes qui le composent, il transmet les demandes vers les interlocuteurs les plus pertinents et valide ensuite les réponses qui sont retournées.

“ L'enjeu majeur pour le CNP est celui de la formation des médecins.

... DIFFICILE À ANCRER DANS LA RÉALITÉ !

L'enjeu majeur pour le CNP est celui de la formation des médecins. Malgré de nombreuses tentatives législatives et réglementaires, les différents gouvernements qui se sont succédé depuis vingt ans n'ont jamais réussi à mettre en place un système de formation efficace et cohérent pour le corps médical, pas plus d'ailleurs qu'un système de financement adapté le préservant des conflits d'intérêts et des influences des industries de la santé. Le CNP ne peut pas être un organisme de formation car il doit être indépendant des différentes formations qu'il pourrait être amené à valider. Ce gage de transparence et d'indépendance est malheureusement complexe à mettre en œuvre, tant la formation médicale est présente dans toutes les composantes représentatives d'une spécialité médicale. Ce souhait d'indé-

pendance voulu par les pouvoirs publics implique nécessairement de trouver un financement pérenne et indépendant qui permette de faire fonctionner ces conseils nationaux professionnels. Et là encore, ce n'est visiblement pas très simple.

UN FLOU NÉCESSAIRE

Aucun texte réglementaire régit à ce jour les CNP, le flou demeure donc sur les missions, le fonctionnement, la composition et surtout sur le financement. Nous attendons donc avec impatience un décret, qui devrait paraître prochainement consacrant son existence et certaines de ses missions.

“ Malgré toutes ces imperfections, le CNP permet de regrouper au

même endroit, de manière démocratique et paritaire l'ensemble des composantes d'une spécialité médicale. C'est de notre point de vue, une instance qui mériterait toute l'attention des pouvoirs publics car les règles d'organisation d'une profession médicale et la formation des médecins qui la composent sont des paramètres importants de la qualité et de la sécurité des soins.

Le CNP d'anesthésie-réanimation a fait le choix d'une présidence tournante renouvelée tous les ans. En janvier 2018, le Docteur Laurent Heyer mandaté par le SNPHARE a succédé à Jean-Marc Dumeix et assurera pour un an la présidence du CNP. Le SNPHARE, via Laurent Heyer, entend bien rendre ce CNP efficace pour défendre notre profession dans l'intérêt des patients et des professionnels.

Yves Rébufat

Site du CNP-AR

http://www.specialitesmedicales.org/666_p_34146/cnp-d-anesthesie-reanimation.html

Le « nouveau PH » et les couloirs de la DGOS

Nous avons posé quelques questions au président d'Avenir Hospitalier Renaud Péquignot concernant les échanges et discussions avec la DGOS. Qu'en est-il de l'évolution du métier de praticien hospitalier ? Quelles revendications portent le syndicat et surtout sont-elles entendues ?

PHAR-E : Quels sont les principaux sujets abordés au cours des réunions avec la DGOS notamment celle de décembre dernier ?

Renaud Péquignot : Avant tout, il faut savoir que concernant l'attractivité, tout ce qui avait été accepté par le précédent gouvernement et qui n'avait pas pu être mis en place faute de temps a été « suspendu ». D'ailleurs, pendant la première réunion il nous a été asséné que toute proposition incluant une quelconque prime ou revalorisation salariale serait écartée par la DGOS. Donc pas d'évolution salariale à prévoir pour l'instant ! Des grands déterminants et des grands défis ont été présentés, avec un vocabulaire qui ne change pas, on nous parle de « décroïsonner », de « transversalité » comme si les cloisons étaient créées par l'Hôpital. L'évolution des aspirations des patients est un des axes déterminants, ces aspirations nécessiteront des conditions d'accueil et de prise en charge dignes de ce nom et le recrutement de personnels sera inévitable. Concernant l'évolution du métier de PH qui est aussi un axe déterminant, il a été question de valences et de porosité entre le monde universitaire, l'enseignement, la recherche et l'exercice hospitalier en CH.

PHAR-E : Que préconise la DGOS en termes d'évolution du métier de médecin hospitalier ?

Renaud Péquignot : Les représentants de la DGOS parlent beaucoup de périmètre. Durant cette réunion de décembre précisément, le but était de rappeler que l'exercice médical s'étendrait désormais sur un territoire et plus seulement au sein d'un hôpital. Ils nous ont présenté certains outils pour savoir comment faire pour se « sentir bien » durant cette « phase » multi-sites. Je ne sais pas si on peut vraiment parler d'évolution dans ce cas. C'est une mesure qu'il faudra absolument accompagner car ce sera un changement très important. Suite à cette réunion, un compte rendu nous a été adressé ne tenant absolument pas compte de toutes nos revendications.

PHAR-E : Justement, quelles revendications Avenir Hospitalier porte-t-il devant les instances de la DGOS ?

Renaud Péquignot : Nous pensons d'abord qu'il faudrait rendre le pouvoir décisionnaire aux médecins car ils savent quand même mieux que quiconque ce qui est nécessaire à la bonne marche de leur activité professionnelle. Concernant les sujets abordés, nous pensons que cette « territorialisation » du métier de médecin doit être accompagnée et réalisée en partenariat avec les syndicats car les risques existent. Du côté des valences, nous en parlons depuis 30 ans donc il serait temps de bâtir cette souplesse qui rendra ce métier encore plus passionnant et attractif (pour l'exercice et les salaires). Nous avons également rappelé aux représentants de la DGOS que la télé-médecine pouvait répartir la pénurie mais qu'elle ne parviendrait pas à l'enrayer car elle ne saurait créer du temps médical. Nous sommes très vigilants sur la question des pratiques avancées, puisque la DGOS pose ça là comme ça sans aucune discussion au préalable, comme si le fait d'être médecin n'était plus si important que ça.

PHAR-E : Selon vous, comment va évoluer le métier de praticien hospitalier sur le court terme ?

Renaud Péquignot : Pour l'instant les GHT s'essouffent, les directions ne sont pas accompagnées. Les GHT n'ont rien changé donc malheureusement nous luttons plus contre leurs effets pervers plutôt que de profiter de cette « nouvelle » organisation. Nous tirons la sonnette d'alarme mais la DGOS ne veut rien entendre et préfère mettre en lumière les trois GHT qui fonctionnent. À moyen terme, le métier va demander de plus en plus de mobilité. Nous nous battons toujours pour que cette mobilité soit volontaire. Certains médecins voudront en particulier pratiquer une spécialité intensivement et ceux là n'auront pas envie de se balader sur tout le territoire. Il faut vraiment que chacun ait le choix !

Propos recueillis par Saveria Sargentini

Un big bang de la fonction publique, ou des services publics ?

Le gouvernement annonce vouloir réformer très rapidement le statut des agents publics, fonctionnaires, voulant « assouplir » ce statut à travers un recours accru aux contractuels, un plan de départs volontaires, et la rémunération au mérite avec individualisation des rémunérations. Souvenons nous qu'Emmanuel Macron lors de sa campagne avait annoncé vouloir supprimer 120 000 postes de fonctionnaires : nous y sommes donc.

Au-delà de tous les mouvements que cette annonce va susciter, les fonctionnaires se sentant mis dans le camp des nantis (cf. la CSG, ou la réintroduction du jour de carence), il est nécessaire pour PHAR-E de voir les conséquences inéluctables sur les services publics, dont le service public hospitalier, et au delà sur la santé pour tous. Si le concept de service public diffère selon la période historique et selon les pays, ses bases sont universelles : l'intérêt général, le service rendu, les principes d'égalité, de continuité, de neutralité et d'adaptabilité. Mais ces principes sont remis en question dans les sociétés à économie de marché, et notamment dans les pays de l'Union Européenne. Plusieurs questions se posent désormais.

Le principe d'un statut de fonctionnaire est-il le garant de la pérennité des services publics, autrement dit la suppression ou la dissolution progressive de ces statuts conduira-t-elle à la dissolution des services publics ?

Le statut des fonctionnaires, qui fixe leurs droits et leurs obligations, est le principe fondateur des services publics, qui leur permet d'exercer une activité désintéressée, orientée vers des fins universelles, garante de la cohésion sociale. C'est parce que leur statut les met à l'abri des pressions économiques, idéologiques, politiques ou religieuses, qu'ils peuvent sereinement assurer la continuité du service public, sa permanence. C'est parce qu'ils sont placés dans une position statutaire, au sein d'une propriété publique financée par l'impôt, au service de l'intérêt général, qu'ils peuvent développer les principes d'égalité, de laïcité, et de responsabilité à tous niveaux. Ils exercent leurs missions au service de l'intérêt général et garantissent aux citoyens l'égalité de traitement.

“ **Bâtir un modèle de santé sur des rapports marchands conduira à des inégalités lourdes de conséquences.** ”

L'architecture des services publics en France est fondée sur 3 principes :

- Le principe d'égalité, qui affirme l'égal accès des citoyens aux emplois publics, en fonction de leurs « vertus » et de leurs « talents », d'où la notion de concours pour

Indemnité de départ volontaire

Alors que la Ministre Mme Buzyn affirmait que le plan de départs volontaires ne toucherait pas l'hôpital, qui devait plutôt embaucher, le 18 février 2018 est sorti au Journal Officiel un arrêté fixant pour son ministère les conditions d'attribution d'une prime à servir en cas de restructuration de service ! Une indemnité de départ volontaire est également inscrite dans cet arrêté. Rassurez-vous les montants n'ont rien à voir avec certaines retraites chapeau ! 1400 à 15 000 euros... ou 1/12^e de la rémunération annuelle brute ! On est obligé de penser aux restructurations hospitalières via les GHT. Mais sans doute les services de la Ministre avaient oublié de la prévenir de la sortie de ce texte... Départs volontaires de fonctionnaires, et embauche de contractuels : excellent exemple de cet article.

accéder aux emplois publics.

- Le principe d'indépendance, fondé sur la distinction du grade et de l'emploi : le fonctionnaire propriétaire de son grade est ainsi protégé des arbitrages administratifs et des pressions politiques ou économiques.
- Le principe de responsabilité, selon lequel le fonctionnaire est un citoyen et non un sujet.

On voit donc que la décision d'aider à la démission des fonctionnaires, avec prime à l'appui, pour les remplacer par des contractuels, qui ne sont pas engagés dans ce type de relation avec l'Etat n'est pas anodine, nous sommes bien dans une déconstruction idéologique et politique des services publics « à la française », et pas que dans une diminution des emplois publics pour assainir les

finances !

Le risque est que, devenant dépendant d'une clientèle qu'il doit à tout prix conquérir ou conserver, les valeurs de désintéressement, d'égalité et d'impartialité fondatrices

“ Si le concept de service public diffère selon l'Histoire et les pays, ses bases sont universelles ! ”

services qui ne seront plus à la disposition de tous, sans distinction d'âge, de sexe, de revenus, ou H 24 365J/an.

Les services publics tels que la France les a construits sont-ils nécessaires à une vie équilibrée, pour tous, ou peut-on s'en passer ?

Nous vivons actuellement la concrétisation de l'imposition par la Communauté Européenne de sa vision des services publics, à savoir une économie de marché ouverte, avec libre concurrence, sur des critères économiques et financiers. C'est une conception restrictive du service d'intérêt général (cf par exemple la réforme des télécommunications et de l'énergie) et son éclatement en autant de services privés, soumis à concurrence, et à rentabilité (sans que pour autant au passage les tarifs aient baissé comme on voulait nous le faire croire avec la mise en concurrence).

La rémunération au mérite ?

Le Premier ministre a annoncé que les rémunérations dans la fonction publique allaient désormais mieux valoriser les engagements de chacun, et qu'une notion de mérite allait être prise en compte dans les rémunérations. C'est un sujet que le SNPHARE connaît bien, pour s'être opposé fortement en 2006 à la notion de prime au mérite pour les chirurgiens. Pour les médecins, le financement de la qualité des soins, ou P4P « Pay for performance » des anglo-saxons, est bien connu, et discuté. La qualité des soins, des soins pertinents, font partie du serment d'Hippocrate, c'est un devoir éthique, et son non respect peut conduire à des sanctions. Introduire des notions d'intéressement financier à l'exercice médical hospitalier revient à nier la motivation intrinsèque, (Altruisme, don de soi), valeur principale ayant conduit à choisir le service public.

Mais au delà, les études scientifiques ne montrent pas d'amélioration des indicateurs de résultats cliniques, voire montrent que ce sont les indicateurs qui sont soignés en fonction de leurs avantages financiers ! Alors que le P4P est en voie d'être abandonné aux USA, la France s'y engage : que ne ferait-on pas pour casser les services publics !

de l'engagement dans la fonction publique ne soient plus des valeurs communes et fondatrices des engagements dans la carrière, et que les services publics deviennent des



Avec l'autorisation des auteurs du dessin Laurent Deloire et Patrice Queneau

La marchandisation et la mise en concurrence prônées pour répondre aux injonctions de l'UE n'offre aucune garantie que les principes d'intérêt général, d'égalité entre citoyens, de continuité qui sont le cœur de notre société soient respectés.

Pour la santé, on voit bien déjà les conséquences de cette marchandisation : l'hôpital-entreprise est appelé à traiter les patients comme des clients, on nous pousse à choisir les patients rentables pour satisfaire la tarification à l'activité, les principes d'égalité ne sont plus respectés, ni envers les patients, ni entre soignants puisque certaines activités sont rentables et d'autres pas. Nos administratifs sont devenus managers, et pour obliger les soignants du service public à travailler en dehors des valeurs d'humanité qu'ils ont choisies, ils doivent imposer le choix de manière très autoritaire. Bâtir un modèle de santé sur des rapports marchands conduira à des inégalités sociales et territoriales lourdes de conséquences.

Nicole Smolski

Médecins hospitaliers : un statut spécifique

Les médecins hospitaliers non universitaires ne sont pas fonctionnaires. Ce sont des agents de droit public, et leur exercice est lié à un statut spécifique.

Pour autant, leur engagement statutaire relève des mêmes valeurs fondatrices que les fonctionnaires hospitaliers.

La non entrée dans la fonction publique avait été justifiée à l'époque par la nécessité de garder une autonomie de décision envers les patients, en dehors des contraintes de l'administration.

La vie médicale dans nos hôpitaux

Santé au travail/Représentativité institutionnelle et syndicale/Gouvernance interne et contre-pouvoir

La désaffectation de l'hôpital public a des causes multiples : revenus insuffisants en reconnaissance du travail et en comparaison avec d'autres métiers, horaires extensifs, autonomie professionnelle rétrécie et pesanteurs de la gouvernance actuelle... Selon son décret, la CME n'a aucune compétence pour débattre du volet social concernant les PH, une organisation syndicale de PH doit donc combler ses insuffisances dans le champ du dialogue social mais aussi dans la prise en compte des risques psycho-sociaux (RPS) et de la souffrance au travail.

La gouvernance actuelle et les compétences de la CME lui interdisent toute réflexion « politique » sur les conditions et les organisations du travail des PH.

Ainsi, les directions hospitalières déploient-elles leur politique de gestion de ressources humaines (GRH) à leur convenance – sous contrainte des tutelles – en nommant les responsables de pôle sur contrat d'objectifs. La « cause » du retour à l'équilibre budgétaire a pu donner lieu à une maltraitance managériale objective qui s'est développée à l'hôpital en privilégiant une logique dominante d'*accounting* et de performance économique au détriment de l'équilibre professionnel des PH. Les cabinets d'audit ont « optimisé » les organisations, sans que les praticiens ne puissent s'exprimer vraiment sur les décisions managériales.

- *Entre 2012 et 2016, le Pacte de Confiance avec Edouard Coutu, la Mission Le Menn, et le Plan Attractivité des carrières de la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé n'ont pas eu de retombées tangibles.*
- *L'épuisement professionnel, le turn-over et la conflictualité continuent d'augmenter.*
- *En 2015, le Rapport-qui-Pique du SNPHARE avait déjà établi un état des lieux qui reste toujours d'actualité.*

Même si l'ambition de la Stratégie Nationale Qualité de Vie au Travail dans ses deux volets (SNQVT : déc. 2016 http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_qvt_05122016.pdf et SNQVT : mars 2017 http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/sn_qvt_ambulatoire_vaes_210317.pdf) affiche l'objectif louable de réduire les Risques

Psycho-Sociaux (RPS), elle n'accorde aux organisations syndicales de PH (OSPH) aucun espace.

PLUSIEURS NIVEAUX DE RÉFLEXION AU SNPHARE

- 1 **Prioriser les discussions sur la représentativité syndicale et les moyens syndicaux pour les PH avec les nouveaux pouvoirs publics**, pour compter sur des forces locales qui interviendront dans des accords sur les organisations médicales locales et territoriales : allocation de moyens humains (ETP-PH) et matériels (locaux, accès aux moyens de communications internes).
- 2 **Faciliter l'accès et l'adhésion des collègues à la culture et au dynamisme syndical** : ils sont une richesse pour la démocratie sanitaire et pour les PH eux-mêmes quand l'individualisme se développe.
- 3 **Exiger la parution du décret et la mise en place du CSPMH** (Conseil Supérieur des Professions Médicales, Pharmaceutiques et Odontologiques à l'Hôpital). Un recours est formé par AH et CPH.
- 4 **Installer un processus démocratique pour la représentation à la CME** : profession de foi des candidats, charte de l'élu (assiduité, retours par collègues, etc.).
- 5 **Exiger les moyens d'une santé au travail renforcée avec obligation de résultats sur des indicateurs intégrés au bilan social de l'établissement** : pour-



centage de visites en santé au travail, absentéisme, *turn-over* mesuré, taux de vacance de postes, temps de travail additionnel.

ALLER ENCORE PLUS LOIN

- 1 **Action Praticiens Hôpital (AH et CPH)** s'est vu confier en 2017 la reprise de l'**Observatoire de la Souffrance au Travail** par le SNPHARE qui l'avait initié en 2009 : <http://osat.aph-france.fr>
- 2 **Le Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs** par sa commission SMART a mis en place des outils complémentaires pour l'appropriation des thématiques comme l'épuisement professionnel et leur mise en débat au sein du collectif de travail : <http://cfar.org/sante-au-travail-smart/>

GOUVERNANCE INTERNE ET CONTRE-POUVOIRS

En l'état actuel des institutions, les contre-pouvoirs au tout-puissant « patron de l'hôpital » voulu par la loi HPST sont insuffisants, mais surtout trop peu utilisés. On constate que souvent les directeurs utilisent leurs pouvoirs normaux pour verrouiller les instances qui pourraient le leur contester. Ceci pointe alors la responsabilité des médecins, qui acceptent ou non cette confiscation.

Il faut donc explorer deux axes d'amélioration :

- 1 **La reconquête des droits existants et confisqués**
 - La CME élit son président à la majorité. Celui-ci dispose de pouvoirs réels, notamment la proposition au rang de chef de pôle au directeur. Si le

PCME est un relai de l'administration, alors l'ensemble des chefs de pôle seront des « pantins » du directeur. Leur présence « de droit » à la CME constitue un verrou à la démocratie.

- **le pôle doit organiser un suffrage entre tous les PH/séniors du service.** Le PCME est obligé d'en tenir compte avant de proposer un candidat : le refus du choix du pôle doit être motivé.

- la composition de la CME : les membres de droit non-élus ne peuvent pas voter.

- La CME envoie un représentant au comité technique d'établissement (CTE) et à la commission des soins infirmiers de rééducation et médicotéchniques (CSIRMET)

Ces représentants doivent avoir un mandat avant leur participation aux instances, choisi en fonction de l'ordre du jour de la prochaine instance. Ils doivent rendre des comptes à la CME sur leurs interventions.

- Comité stratégique territorial

Les représentants doivent être élus par la CME/les PH avec proposition libre de candidature.

- 2 **La création de nouveaux droits pour pallier les erreurs actuelles « non prévues » par les institutions.**

La CME inclut une sous-commission de dialogue social : elle n'est pas élue pour ça (pas de campagne syndicale possible) et la sous-commission est désignée et non pas élue.

- **Une commission Qualité de Vie au Travail obligatoire**, sous-commission de la CME, dont le président et le VP sont élus par les membres de la CME, les autres membres (à parité) élue parmi l'ensemble des médecins.

- **Une représentation syndicale** locale élue par l'ensemble des médecins, dans chaque établissement OU comité territorial élu par l'ensemble des médecins des hôpitaux constitutifs du GHT en respectant la représentativité à l'échelle de l'établissement ou du GHT.

N CONCLUSION

Le temps est révolu où les médecins hospitaliers étaient intouchables du fait de leur statut social. Les aspirations sont fortes à un respect des conditions de travail, à un équilibre vie privée-vie professionnelle. Ces aspirations doivent être prises en compte si l'on veut inverser les flux actuels négatifs vers la carrière de médecin hospitalier et surtout, les atteintes à la santé en conséquence des conditions de travail. Le temps syndical est indispensable pour promouvoir et protéger la qualité de vie au travail.

Max-André Doppia, Renaud Péquignot

« Observer, analyser et débattre ! »

Redonner du sens à notre métier : c'est cette idée qui a été le fil conducteur du programme de l'assemblée générale du SNPHARe qui s'est tenue le vendredi 19 janvier 2018 à l'hôpital Européen Georges Pompidou à Paris.

Des débats riches et passionnés ont eu lieu autour de deux tables rondes :

- La première après la projection du film « Burning out : dans le ventre de l'hôpital » (<http://www.burning-out-film.com>). Ce film réalisé par Jérôme Le Maire et inspiré du livre de Pascal Chabot « *Global Burn-Out* » a été tourné dans le bloc opératoire de l'hôpital Saint-Louis à Paris. Nous vous retranscrivons ici les interventions des différents protagonistes.
- La deuxième sur le thème « Redonner du sens à notre métier » a regroupé deux médecins hospitaliers (Anne Gervais et Grégory Wood) pour répondre à la question : « Qu'est-ce qu'être un médecin hospitalier ». Vous retrouverez leur interview croisée (pages 23-24) et deux directrices d'hôpital (Eve Parier et Anne Meunier) pour répondre à la question : « Attractivité : l'œil de la direction ». Vous retrouverez l'intervention de Mme Meunier page 22.

Burning out : dans le ventre de l'hôpital

« Pendant deux ans, le réalisateur belge Jérôme Le Maire a suivi les membres de l'unité chirurgicale dans l'un des plus grands hôpitaux de Paris. Ce bloc opératoire ultra performant fonctionne à la chaîne : 14 salles en ligne ayant objectif de pratiquer chacune quotidiennement huit à dix interventions. L'organisation du travail bien qu'extrêmement sophistiquée, est devenue pathogène. Le personnel médical et paramédical courbe l'échine. Stress chronique, burn out et risques psychosociaux gangrènent l'hôpital. Chirurgiens, anesthésistes, infirmiers et aides soignants mais aussi cadres, gestionnaires, cadres et directeurs sont pris dans une course effrénée qui semble sans fin. Consciente de ce problème, l'administration a commandé un audit sur l'organisation du travail afin de tenter de désamorcer le début d'incendie. *Burning out* est une plongée au cœur du travail et de ses excès quand il y a surchauffe et que l'embrasement menace. Il veut comprendre l'incendie contemporain qui affecte l'hôpital, ce

miroir trouble de la société. » (Synopsis - <http://www.burning-out-film.com>)

Qu'en ont-ils pensé ? Qu'est-ce qui a changé depuis ? Les protagonistes du film s'expriment !

Mon rôle a été de favoriser la réalisation de ce film. J'étais d'accord avec Jérôme sur la thèse du livre de Chabot et c'est pour cela que je trouvais que c'était utile, intéressant.

En voyant le documentaire, toutes ces choses réelles et évidentes au bloc opératoire ne m'ont évidemment pas paru satisfaisantes, mais surtout concernant le traitement du sujet, je dirais que je ne suis pas forcément d'accord. Il ignore totalement la complexité de la situation, il se focalise sur certaines choses en laissant d'autres de côté. Le propos et les questions sont orientés, il y a donc une forme de mise en scène du sujet même si la réalité de ce qui se passe n'est pas à négliger.

Lorsqu'on décrypte tout cela, qu'on écoute la musique, on se rend compte qu'on a voulu créer de l'émotion. Concernant l'audit qui a été réalisé, je crois que les auditeurs étaient là pour « vendre leur soupe » alors que ce n'était pas le contrat de départ. C'est parce qu'ils étaient mauvais qu'on exprime des choses comme celles-là.

Pour conclure : Est-ce que travailler à l'hôpital public dans un bloc opératoire est difficile ? Oui, sans aucun doute ! C'est hyper violent, les cadences se sont accélérées, ce n'est presque plus tenable. Pour donner un exemple, en 1995 avant le transfert du service d'orthopédie de Saint Louis à Lariboisière, on opérait 1670 malades et aujourd'hui avec le même effectif médical voire même un peu moins, nous pratiquons plus de 4200 interventions. Nous avons certes gagné en productivité mais la charge mentale est réelle et objective.

*Rémy Nizard
Chef du service de Chirurgie orthopédique et traumatologique de l'hôpital Lariboisière, Président de la Commission Médicale d'établissement.*

Je suis arrivée en juillet 2014, au moment où l'autorisation pour faire le film se trouvait en situation de blocage. J'en avais discuté longuement avec Rémy et il est vrai que la situation au bloc opératoire de Saint-Louis posait problème. J'ai reçu chaque chef de service et on s'est tous dit que nous avions besoin d'un œil extérieur car il y avait une crise majeure en termes de diminution d'effectifs au sein du groupe hospitalier.

C'est la discussion avec Rémy qui m'a convaincue car en ce qui me concerne, si j'avais été la seule à en avoir la responsabilité, ma décision aurait été de ne pas donner l'autorisation de filmer.

Nous étions sur un terrain de crise et laisser une caméra entrer à ce moment là ne m'aurait pas semblé être opportun. Je partage l'avis de Rémy sur pas mal de points, effectivement c'est un parti pris mais en même temps Jérôme Lemaire nous avait remis une lettre d'intention plutôt claire, qui expliquait comment il souhaitait filmer et dans quel but.

Depuis la diffusion du film, il y a eu des choses positives et des choses négatives. D'un côté nous avons pu réinjecter du temps au bloc opératoire, car nous avons mis en place des dispositifs internes qui ont permis de donner une « pichenette » côté effectifs, un plan attractivité à été également mis en place. Malheureusement, certains personnels sont toujours en souffrance et l'équilibre qu'on a pu trouver est encore très fragile »

*Eve Parier
Directrice du Groupe Hospitalier Saint-Louis
Lariboisier*

Je crois qu'on ne peut pas limiter l'organisation d'un bloc opératoire à 80 minutes de vidéo, même si c'est un outil de travail qui doit nous permettre d'avancer ensemble aujourd'hui. Je suis une militante du « travail ensemble ». L'anesthésiste-réanimateur travaille avec le chirurgien, les paramédicaux, les infirmiers, et c'est une vision de ce travail collectif que nous devons construire ensemble.

Je suis également une militante pour la fonction publique hospitalière et j'aimerais que nous fassions évoluer ce métier en collaboration constructive.

D'autre part, je crois que ce film parle de lui même. Il montre qu'il est urgent de travailler sur les conditions de travail mais il n'y a pas de baguette magique surtout dans la fonction publique hospitalière ! Ce film nous aura permis de ne pas être dans le déni de réalité, d'être aujourd'hui autour d'une table. Tous les masques sont tombés ! »

*Marie-Christine Becq
Anesthésiste-réanimateur à l'hôpital de Saint-Louis*

Le film a fait un tour du monde depuis sa sortie en 2016 et pas nécessairement dans les hôpitaux. En général, ce ne sont pas des gens qui travaillent le soin qui le visionnent à l'occasion de festivals par exemple et ils se reconnaissent dans le film. Que ce soit en France, en Belgique et même en Suisse, où la problématique est la même et où certains établissements n'ont pas voulu que le film soit projeté en raison de cas de souffrance au travail ayant parfois entraîné des suicides.

Peu de personnes ont le courage de Rémy et Eve car il en faut pour accepter d'être filmé dans ce cadre là.

Sur la forme, oui c'est un film, un documentaire et non un reportage. Le documentariste est un cinéaste et mon métier est d'avoir un point de vue sur un sujet

et celui-ci n'a pas changé, je suis resté focalisé sur mon topic.

Il manque des choses dans le film évidemment, plusieurs choses complexes car il ne faut pas oublier que je n'avais que 90 minutes. L'idée n'était pas d'expliquer les choses mais de faire ressentir les choses !

Je suis content de voir que tout le monde en discute aujourd'hui, l'idée du film n'était pas de cliver ou d'opposer les gens au contraire c'était rassembler, comme peut le faire Marie Christine en travaillant de manière humble dans le but de reconnecter les gens par la passion du métier.

Jérôme Lemaire, réalisateur du film « Burning out : dans le ventre de l'hôpital »

Redonner du sens à notre métier

Durant la table ronde qui a eu lieu dans l'après-midi, différents thèmes tels que l'attractivité ont été abordés. La rédaction a sélectionné quelques propos d'Anne Meunier, ancienne directrice du CHU de Rouen et aujourd'hui permanente au Syncaas-CFDT dont elle est la secrétaire nationale.

AU SUJET DE L'ATTRACTIVITÉ

« En six ans et deux gouvernements, de nombreuses mesures ont été évoquées, d'autres ont été mises en place et certaines pistes ont été données, notamment par le rapport Le Menn. Pourtant, il reste encore beaucoup à faire ! Pour attirer les jeunes, leur donner envie de s'engager dans le service public il faudrait certainement faire en sorte de valoriser à nouveau l'hôpital de manière durable, en le rendant moins « repoussant » ce qui induit une modernisation à plusieurs niveaux, une amélioration de la qualité de vie au travail et une revalorisation du début de carrière. Au Syncass-CFDT nous pensons, comme nos autres collègues syndiqués, qu'il faut notamment rétablir les conditions du travail en équipe, favoriser la synchronisations des médecins et personnels para médicaux, permettre à tous les acteurs du monde hospitalier de se réunir pour établir et mener des projets ensemble. »

CONCERNANT LE STATUT DE PH

« Ce statut est solide mais il faut le renforcer ! Il ne doit pas disparaître mais évoluer. Dans un premier temps il faudrait rassembler les statuts PH temps plein/PH temps partiel, pour regrouper les droits sociaux qui sont actuellement différents selon le statut. Pourquoi ne pas créer un seul titre sans devoir passer par un système indemnitaire qui clive au lieu de rassembler ou valoriser ? Il faut absolument favoriser les conditions de l'exercice mixte et des activités à temps partagé pour donner un nouveau souffle au statut de PH ».

QUANT AUX COMBATS SYNDICAUX À MENER

« Les petits progrès que nous pouvons constater aujourd'hui laissent une belle marge pour militer pour l'accès à de nouveaux droits pour les médecins. La

question des droits sociaux, de la prévoyance, de la santé au travail en priorité. J'ai tenu également à saluer l'initiative de Max André Doppia avec la campagne Dis Doc t'as ton doc ? , car je pense qu'il est important de prendre soin de la santé de ceux qui nous soignent. Il y a encore de l'espace de discussion et du travail syndical pour permettre à l'hôpital d'être plus attractif »

À PROPOS DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES ET MÉDICALES

« Je crois que la création du CNG peut être considérée comme une véritable amélioration, c'est un interlocuteur différent en lien direct avec le Ministère, un opérateur de l'Etat avec lequel les représentants (CME, syndicats) peuvent développer un dialogue, et « gérer » la carrière des PH. »

Anne Meunier en quelques dates

- 1992 : Diplômée de l'École nationale de santé publique (ENSP, désormais École des hautes études en santé publique, EHESP)
- 1992 à 1999 : Directrice adjointe en charge des finances, des services économiques et logistiques, des ressources humaines, des systèmes d'information et de l'organisation au CH de Beaumont-sur-Oise (Val-d'Oise)
- 1999 à 2007 : Directrice du CHS du Rouvray à Sotteville-lès-Rouen (Seine-Maritime)
- 2007 à 2010 : Directrice du CHU de Rouen (2007-2010)
- 2008 à 2012 : Secrétaire nationale en charge des directeurs d'hôpitaux pour le Syncass-CFDT
- 2010 : Devient permanente au sein du syndicat Syncass-CFDT
- 2012 : Succède à Agnès Klein-Felleins au poste de secrétaire générale adjointe du Syncaas-CDFT.
- 2016 : Succède à Michel Rosenblatt au poste de secrétaire générale du syndicat du Syncaas-CDFT

Redonner du sens à notre métier

Elle est praticien hospitalier, hépatologue aux hôpitaux de Paris, elle est membre de CPH et est élue à la CME Centrale de l'APHP.

Il est praticien hospitalier anesthésiste-réanimateur au CHU de Rouen, il est membre du SNPHARe et rédacteur en chef de la revue PHAR-E.

Anne Gervais et Grégory Wood exercent le même métier mais ils n'en sont pas au même stade de leur carrière. La rédaction voulait en savoir plus sur ce choix de carrière et l'évolution de celle-ci. Des grands discours à la réalité... Chacun d'entre eux nous livre son histoire et son analyse de la situation à l'hôpital public.

PHAR-E : Pourquoi avez-vous choisi la carrière de médecin hospitalier ? Était-ce un choix d'ailleurs ?

Anne Gervais : C'était un choix. C'est un choix qui donne du sens : aider les autres, les soigner. C'est aussi assez fascinant par l'attrait scientifique. Pourquoi à l'hôpital public et pas à l'extérieur ? D'abord, parce que nous sommes attachés à des valeurs républicaines, à l'accès de tous aux soins les meilleurs. Cela fait partie des choses importantes : on préfère ne pas s'occuper d'autre chose que du soin, on ne demande pas un chèque à la fin de la consultation, nous sommes salariés. En CHU, nous faisons de tout, sans trier les activités et avec le meilleur plateau technique, l'interaction avec tous les collègues dans toutes les disciplines, la recherche et l'enseignement, cet ensemble n'est trouvé qu'à l'hôpital public.

Grégory Wood : Pour moi également, c'était un choix. J'avais des convictions personnelles qui correspondaient aux valeurs de l'hôpital public. Ces valeurs là m'ont toujours parlé : soigner sans aucune distinction d'origine sociale ou géographique ; plus clairement : j'aimais et j'aime toujours le fait que la lumière soit toujours allumée à l'hôpital public, et que nous sommes toujours prêts à y accueillir qui que ce soit pour lui prodiguer les meilleurs soins. Ce sont des valeurs que je défends. La diversité du métier m'a également poussé vers la carrière de médecin hospitalier. Ce mélange d'activité clinique et non clinique, car même sans être universitaire nous sommes sollicités pour donner des cours par exemple et puis l'idée du compagnonnage des étudiants et des internes au quotidien me plaisait beaucoup également. Cette diversité d'exercice et ces valeurs m'ont convaincu.

PHAR-E : Vos attentes ont-elles été ou sont-elles comblées ? Pour quelles raisons ? Avez-vous identifié un ou des tournants particuliers à ce niveau ?

Anne Gervais : Jusqu'à un certain stade oui. J'ai commencé comme hépato dans le temple du temple, à l'hôpital Beaujon, ce qui était fascinant. C'est un centre de greffe de pointe. J'ai commencé à me rendre compte que les choses n'étaient pas simples en 2002. J'étais en fin du clinicat et il y avait des conférences budgétaires par service. La direction de l'hôpital demandait des comptes. À partir de là les choses ont été de plus en plus tendues. En 2007/2008 lors des vœux de bonne année, notre directeur nous a dit : « Bonne année ! c'est bien ce que vous avez fait l'an dernier, mais en 100 % T2A nous aurons 25 millions de déficit ». Lorsqu'on travaille beaucoup, qu'on croit à l'accès aux soins pour tous et bien on le prend très mal. Donc avec quelques collègues, nous avons diffusé des vœux retour signés par 300 médecins.

Grégory Wood : Globalement oui ! On peut dire que tout ce que je vous ai cité auparavant je l'ai aujourd'hui. La diversité d'exercice est là, il m'arrive d'enseigner, les valeurs sont toujours là elles aussi. Malheureusement, il y a toujours un « mais » car tout n'est pas parfait. Je ne m'attendais pas à devoir faire face à certaines situations. On réalise certaines choses au fur et à mesure que la carrière avance. J'ai un souvenir assez précis de la loi HPST, je me souviens que c'est à ce moment là que je me suis éveillé à certaines problématiques de l'hôpital public et par ce biais, au syndicalisme.

PHAR-E : Par rapport à vos attentes initiales, qu'est-ce qui d'après vous a fait que certaines d'entre elles ne sont pas finalement pas (ou plus) comblées ?

Anne Gervais : Depuis HPST, la structure de gestion, le pôle a pris le pas sur le soin, sur le médical. Le financier a commencé à primer jusque dans le management. Les pratiques ont changé. On se dit qu'on ne fait jamais assez d'activité ce qui est très pernicieux puisqu'on ne songe pas aux besoins sanitaires, seul motif valable pour augmenter l'activité. Nous devons essayer de faire de plus en plus d'actes, de chiffre. C'est une gestion aveugle des politiques publiques dont on oublie le but. En même temps, la justification permanente des dépenses est de plus en plus déconnectée du réel et des besoins. L'évaluation par les indicateurs ne marche pas. Par exemple, l'indicateur de temps de passage maximal de trois heures aux urgences ne dit rien sur la réalisation convenable du travail. On finit par soigner les indicateurs mais plus les patients. Un indicateur de gestion, mis en place sans discussion avec les équipes de soins, ne les fait pas progresser. Cette évaluation déconnectée participe à une réelle perte de sens. Pour HPST, je n'étais pas sortie dans la rue pour défendre les services mais pour refuser de détacher les missions de service public de l'hôpital public. Et, en fait, défiler à côté des « mandarins » qui, eux, défendaient leurs services me semblait une alliance de

circonstance. Aujourd'hui je pense qu'ils avaient raison : la disparition des services comme unité de base de l'hôpital, au profit des pôles a puissamment contribué à une perte de vision médicale au profit d'une vision gestionnaire. L'hôpital n'est plus organisé pour le soin mais pour l'équilibre budgétaire. Même si en termes de management il n'y a rien à regretter du « mandarinat ».

Grégory Wood : Notre métier est au cœur de l'humain, au cœur de la relation sociale et il me semble que ces aspects là sont clairement perdus de vue. Nous n'entendons même plus parler de patients mais de « cas traités ». Nous avons l'impression que l'humain est mis de côté. C'est d'ailleurs également vrai pour nous, soignants. Nous sommes noyés dans une logique mercantile qui fait perdre du sens à notre métier. Le Ministère, l'ARS, etc parlent très peu de patients mais beaucoup de chiffres. Alors oui, il faut apporter de la rationalisation mais on a basculé dans un système où il n'y a plus que ça. Le financier semble prendre le pas sur tout le reste, il est devenu la base de toute réflexion à l'hôpital. Dans tout ce marasme, nous n'avons en réalité même plus les moyens d'appliquer les recommandations de bonnes pratiques que l'on a. Actuellement, on a l'impression de ne pas pouvoir soigner les patients comme il faut et qu'un cercle vicieux s'installe. J'ai envie d'évoquer aussi la valorisation de notre travail, notamment le travail de nuit. Nous savons qu'il est mauvais pour la santé pour tous ceux qui le pratiquent et pas uniquement les soignants, alors il me semble qu'il mérite d'être valorisé ne serait ce que financièrement.

PHAR-E : *Qu'est-ce qui selon vous permettrait d'améliorer les choses, de retrouver ou de se rapprocher de ce qui vous a fait choisir cette carrière ?*

Anne Gervais : On ne sauvera pas l'hôpital sans sauver le soin de premier recours. L'hôpital va mourir si on ne parvient pas à refonder une médecine de proximité en dehors de l'hôpital. Si on avait un maillage territorial de qualité, l'hôpital irait mieux. Désengorger l'hôpital c'est reconstruire la ville. Reconstruire le service de proximité, c'est apporter des solutions aux 15 millions de malades chroniques. On ne peut pas le faire ça sans repenser le financement. La T2a fonctionne pour tout ce qui est normé, standardisé ce qui n'est pas le cas de 60 à 70% de l'activité hospitalière : non programmée avec des patients polyopathologiques. Pour finir, il faut apprendre à travailler ensemble : directeur, chef de service, praticiens, quels que soient leurs grades, et paramédicaux. A l'hôpital plus qu'ailleurs il ne faut pas un chef et des gens qui « obéissent » à ce qu'il « ordonne ». Il faut un dialogue d'équipe sur des objectifs conçus ensemble. La mentalité du premier de cordée est un contre-sens à l'hôpital.

Grégory Wood : Il n'y a pas de recette miracle mais je crois qu'avant tout, il faudrait rendre la main aux soignants, au sens large : trouver un entre deux entre le temps des mandarins et le « tout administratif » actuel. Cet entre deux existe et c'est à nous de le construire ! Entre personnes a priori intelligentes nous pouvons trouver des terrains d'entente, je l'ai compris notamment pendant l'Assemblée Générale du SNPAHR-E lorsque j'entendais Anne Meunier parler. Certains directeurs d'hôpitaux font donc le même constat que nous, ça a un côté assurant. En partant de cette base locale, on pourrait avoir une stratégie d'union. Le but est de remettre la santé au centre de l'échiquier ! C'est un bien universel, quelque chose qu'on devrait protéger, voire sacraliser. Car actuellement, le risque c'est qu'in fine, la prise en charge de la population se dégrade ce qui n'est jamais bon pour un pays. Globalement, l'idée est de mettre fin à cette logique d'entreprise qui n'est pas appropriée. Aujourd'hui, on nous fait croire que l'on participe aux décisions, des réunions sont organisées mais c'est un mirage. Les soignants n'ont pas toutes les clefs c'est vrai, mais on nous en a retiré certaines et je pense qu'on devrait nous les rendre.

PHAR-E : *Avez-vous des craintes pour l'avenir de l'hôpital public ou êtes-vous plutôt confiant(e) ?*

Anne Gervais : Je suis très inquiète. La Ministre a des mots qui nous conviennent, mais que pèse-t-elle face à Bercy ? On a en face de nous des personnes qui pensent que l'entreprise et le privé marchent mieux que le public, et qu'il faut réformer la fonction publique car les fonctionnaires sont « fainéants », que les premiers de cordée vont remonter les autres qui traînent les pieds. Sauf que ce n'est pas ça la vraie vie : la cordée ne parvient pas au sommet sans sherpas. Les équipes ne réussissent que lorsqu'elles travaillent ensemble. Oui, je suis très inquiète.

Grégory Wood : J'ai des craintes pour l'avenir évidemment, je me pose beaucoup de questions sur ce qu'on prévoit en hautes sphères pour l'hôpital public. Quelle est la feuille de route du gouvernement ? Où veulent-ils nous amener ? Paradoxe intéressant, nous sommes assaillis de démarches qualité, bien sûr qu'elles peuvent être utiles et qu'il faut dispenser des soins de qualité mais ces démarches demandent beaucoup de temps et de main d'œuvre, or, nous manquons des deux. Nous n'avons pas le temps de les appliquer et selon moi la méthode n'est pas la bonne. Mais je ne peux pas et je ne veux pas dresser un tableau trop « noir », je suis obligé d'être optimiste en tant que farouche défenseur de l'hôpital public et en tant que praticien qui souhaite continuer à y travailler.

Propos recueillis par Saveria Sargentini

Les réactions à la table ronde « Redonner du sens à notre métier »

« J'ai été président de la Commission de vie Hospitalière à l'époque ou ça n'intéressait personne ! Toutes les choses que nous demandions ont été entendues mais c'est après l'affaire Megnier, que certaines d'entre elles ont été mises en place même si cela reste toute de même insuffisant.

Au sein des établissements de l'AP-HP, les mesures d'attractivités sont très disparates. Dans un établissement, la 3^e demi-journée de nuit existe alors que dans d'autres non, dans certains établissements la rémunération de la garde est supérieure à celle vue dans d'autres établissements alors qu'au sein d'une institution qui devrait se définir comme unie les mêmes mesures devraient s'appliquer à tous les établissements sinon ça s'appelle du dumping. »

Patrick Dassier, SNPHARE, HEGP

« Il est vrai que l'ensemble des mesures en vigueur à Saint-Louis ne vont pas être appliquées in extenso à l'ensemble de l'APHP. Malgré tout, pourquoi ne pas se dire plutôt que nous avançons sur ce qui est appliqué au sein de l'APHP ? Le message n'était pas de dire que tout est rose, mais simplement que nous progressions dans cette construction collective. On peut voir le verre à moitié vide ou à moitié plein en se disant qu'au moins, dans certains hôpitaux les choses avancent ou tentent d'avancer »

Eve Parier

« Je pense qu'il faut vraiment créer un cadre contraignant de l'exercice du dialogue social y compris pour les médecins à l'hôpital public, les médecins hospitaliers devraient disposer de temps de d'endroits pour exercer pleinement leur activité syndicale pour défendre au mieux leurs intérêts. »

Anne Meunier

« Le circuit de prise de décisions, ne doit pas être confondu avec le dialogue. Les directeurs peuvent et doivent discuter avec l'ensemble de la communauté médicale, c'est évident ! La ligne hiérarchique existe, bien que je n'aime pas ce mot car il relève de l'idée de verticalité. L'hôpital ne peut pas se résumer à un fonctionnement hiérarchique. »

Anne Meunier

« Suite à un suicide on a décidé qu'il fallait des conseils de service afin qu'on puisse se retrouver et discuter. C'est très bien mais ce sont les textes. Je suis dans deux pôles, dans deux services et cela n'a jamais été fait.

Donc il aura fallu attendre le suicide d'un médecin pour que les textes soient appliqués et qu'un espace de dialogue concret, « de terrain » entre direction et médecins/soignants se mette enfin en place. A l'HEGP les médecins et les PH en particulier ont su s'emparer des textes légaux existants afin que les choses bougent montrant ainsi que les PH et les soignants ne sont pas des « ados » qu'il faut récompenser ou gronder mais qu'ils peuvent, quand il le faut, se saisir eux-mêmes des problématiques et proposer des solutions. C'est une équipe qui se parle et la direction en fait partie. »

Anne Gervais

« La directrice de notre hôpital nous a annoncé que le déficit de notre établissement est passé de 400 000 euros à 5 millions d'euros. Elle nous dit que c'est un déficit structurel. Le retour à l'équilibre est envisagé alors que nous savons que ce déficit vient de l'ARS ! Je lui ai dit que nous devions aller chercher les sous où ils étaient. Elle ne fait rien et nous dit d'attendre et pendant ce temps le déficit s'accumule.

Comment faire pour que les réflexions des directeurs soient moins absurdes dans leur logique ? Et qu'ils sachent se battre pour aller chercher les sous là où ils sont ? »

Un médecin dans le public

« En tant que syndicaliste je me dois de parler pour les collègues. Je ne connais pas la situation de votre établissement, ni ce que ma collègue vous a dit mais je crois sincèrement que le système pousse les directeurs à agir ainsi. On ne pratique plus le gel prudentiel depuis 3 ans. Le système est fou et rend fou. »

Anne Meunier

« Je me permets d'intervenir pour dire que je plains les directeurs d'hôpitaux. Nous, médecins, avons la possibilité de « gueuler » et pas eux. Je crois vraiment qu'ils sont plus dans la contrainte ! »

Anne Gervais

#anesthdoncrea, où en est-on ?

Ce hashtag qui avait fait le tour de la toile avait permis l'union de toute la profession pour dénoncer la répartition du nombre d'internes au sein du nouveau CO-DESARMIR. Qu'en est-il aujourd'hui, un an après ?

LE CONTEXTE

Il y a un an, les médecins anesthésistes-réanimateurs (AR), diplômés et en formation, se sont battus pour défendre leur profession d'anesthésie ET réanimation. La répartition du nombre d'internes au sein du nouveau CO-DESARMIR (DES anesthésie-réanimation et DES médecine intensive – réanimation – ex-DESC de réanimation médicale) ne reflétait absolument pas les besoins, mais s'appuyait sur un décompte surévalué publié en 2012 par D. Annane et coll. – qui incluait dans les besoins de MIR, les USC et réanimations dites chirurgicales (tenues par les AR) et polyvalentes (tenues par les AR et réanimateurs médicaux environ à égalité).

LA CRÉATION

Le syndicat des jeunes anesthésistes-réanimateurs (SNJAR) créé le 1er janvier 2017 a lancé le hashtag #anesthdoncrea marquant bien que notre spécialité est double. La réanimation est un facteur essentiel

d'attractivité pour les jeunes, ce qui est crucial en période de pénurie. #anesthdoncrea a été viral sur les réseaux sociaux, soutenu massivement par le SNPHARe et par l'ensemble des services d'anesthésie-réanimation de France, permettant de souder davantage les équipes autour de leur cœur de métier, et au passage agacer les « intensivistes-réanimateurs ». SNJAR et SNPHARe, grâce à une mobilisation forte des AR, ont obtenu la réalisation d'un décompte impartial, mettant en adéquation l'offre et la demande, soit une répartition de postes d'internes AR/MIR de 7/1, ratio qui a été respecté à l'issue des ECN 2017.

LE RÉSULTAT

Si les projections de postes d'internes pour les années futures sont publiées, le décret annuel fixant les postes pour les ECN 2018 n'est toujours pas paru. Des initiatives portant sur la réanimation, y compris la réanimation typiquement « chirurgicale » sont portées par la SRLF. Notre volonté n'est pas de rester dans le conflit avec les MIR, nous exerçons tous la réanimation et sommes complémentaires mais il faut rester vigilants. Il est hors de question que nous perdions la réanimation dans notre exercice !

Anne Geffroy-Wernet

AGENDA DU CA

JANVIER 2018

9 Janvier	Réunion préparatoire de l'assemblée générale du SNPHARE (Paris)
18 Janvier	Réunion du Conseil d'Administration du SNPHARE (Paris)
19 Janvier	Assemblée générale du SNPHARE (Paris)
25 Janvier	Réunion téléphonique du bureau du SNPHARE
30 Janvier	Réunion du Conseil d'Administration d'Avenir Hospitalier

FÉVRIER 2018

2 Février	Réunion du Conseil d'Administration du SNPHARE (Paris)
7 Février	Réunion du Conseil d'Administration d'APH (Paris)
13 Février	Réunion avec le Cabinet du Ministère de la santé (Paris)
26 Février	Réunion téléphonique du bureau du SNPHARE

MARS 2018

8 Mars	Réunion au Ministère de la Santé sur « les infirmiers de pratique avancée »
21 Mars	Réunion du Conseil d'Administration du SNPHARE (Paris)
21-23 Mars	Séminaire du Conseil d'Administration du SNPHARE
29 Mars	Réunion téléphonique du bureau du SNPHARE

ANNONCES DE RECRUTEMENT



CHAM

CENTRE HOSPITALIER
de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer

LE CENTRE HOSPITALIER DE L'ARRONDISSEMENT DE MONTREUIL-SUR-MER RECRUTE

ANESTHESISTE ET/OU REANIMATEUR

(15 minutes du Touquet, 50 minutes d'Amiens, 1h45 de Lille, 2h de Paris).

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.

Description de l'activité :

- Une réanimation polyvalente adulte (8 lits) et USC (6 lits).
- Une unité d'anesthésie-chirurgie ambulatoire en plein essor (patient debout, hypnose ...).
- Activité de chirurgie vasculaire, urologique, traumatologique, gynécologique, plastique et reconstructrice, digestive et bariatrique, dentaire sur 5 salles de bloc, 2 salles d'endoscopie, 15SPI, 1 bloc obstétrical.
- Plateau technique anesthésique et réanimatoire complet : échographie, AIVOC, NIRS, doppler œsophagien, impédance thoracique, thermodilution trans pulmonaire, entropie, fibroscope bronchique, hémofiltration ...
- Techniques anesthésiques plurielles. Anesthésie sans opioïdes (OFA). Récupération améliorée après chirurgie (RAAC). Accompagnement hypnotique.
- Equipement radiologique : IRM et 1 scanner.
- Activité exclusive sur chacune des spécialités (anesthésie ou réanimation) ou conjointe sur les deux disciplines.

Profil :

- Statut PH ou PHC, temps plein ou temps partiel.
- Inscrit au CDOM dans la spécialité d'anesthésie.
- Salaire selon profil et expérience.

Niveau d'expérience : Tous niveaux.

Diplôme requis : DESAR, DESARMIR, DURP.

Avantages : Reprise d'ancienneté, aide au logement, formation.



Adresser lettre de motivation et curriculum vitae à :

- Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil-sur-mer – CHAM
140 chemin départemental 191 – CS 70008 – 62180 RANG-DU-FLIERS
- Mme Jeanne-Marie MARION-DRUMEZ - Directrice - jmmarion-drumez@ch-montreuil.fr
- Mme Anne LANGELLIER - Directrice adjointe affaires médicales et stratégie - alangellier@ch-montreuil.fr
- Mme Laure SPEHNER - Affaires médicales - Tél. : 03 21 89 38 58 - lspohner@ch-montreuil.fr
- Dr Mathieu DETAVE - Chef des services Anesthésie, Réanimation & USC - Tél. : 03 21 89 35 35
mdetave@ch-montreuil.fr



L'établissement :

- 250 lits et places d'hospitalisation en MCO.
- 4 000 séjours chirurgicaux,
- 6 000 actes opératoires.
- 33 000 passages aux urgences.
- 1 400 sorties SMUR.
- 1 000 accouchements - néonatalogie de Niveau IIA.
- Réanimation (8 lits) et USC (6 lits).
- 40 lits de soins de suite et réadaptation.
- 45 lits de psychiatrie.
- 550 lits d'hébergement pour personnes âgées et handicapées.
- 1 300 salariés.

Le CENTRE HOSPITALIER DE ROUBAIX

Établissement public de santé de plus de 1200 lits, le Centre Hospitalier de Roubaix est un hôpital alliant proximité et technicité avec une équipe médicale dynamique de plus de 300 médecins et internes situé dans la métropole Lilloise facilement accessible.

Recherche Des Médecins Urgentistes

Afin de compléter l'équipe en place.

Profil du candidat recherché :

- Médecin Urgentiste (SAU et SMUR) ou généraliste (UHCD et traumatologie) diplômé inscrit au conseil de l'Ordre des médecins.
- Disponible, rigoureux avec sens du travail en équipe et capacité d'écoute, autonome et à vocation pérenne.

Pour tout renseignement ou candidature, merci de bien vouloir contacter

- Le Dr Carole GODESENCE - Chef de Service
carole.godesence@ch-roubaix.fr ou 03 20 99 54 30

Recrute

Un Assistant en Anesthésie

Nombre d'intervention par an : 13 500 en 2016,
10 salles d'intervention armées, 2 salles de
césarienne, 1 salle de réveil de 24 postes. L'équipe
médicale est actuellement composée de 17 ETP.

Pour tout renseignement ou candidature

- Dr PECOUX - Chef de Pôle Chirurgie
Francois.pecoux@ch-roubaix.fr ou 03 20 99 32 86

Centre Hospitalier
de Roubaix



Mme BREGÉON ou M. VERMELLE - Affaires Médicales - affaires-medicales@ch-roubaix.fr ou 03 20 99 31 04

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).

POSTE PROPOSÉ : MÉDECINS ANESTHÉSISTES

CONTRAT(S) : PH TEMPS PARTIEL ; PH TEMPS PLEIN ; PRATICIEN CONTRACTUEL ; CLINIENS

Descriptif :

Le Centre Hospitalier Anancy Genevois (CHANGE) RECRUTE dans le cadre de son développement sur les sites d'ANNECY et de SAINT JULIEN DES ANESTHÉSISTES au sein d'une équipe de 23 praticiens.

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

Conditions :

(Pour postuler à cette offre vous devez être titulaire d'un diplôme de médecine)

Personne à contacter : Dr Bruno PIOCELLE - tél. 04 50 63 63 47 - bpiocelle@ch-anneecygenevois.fr

Direction des Affaires Médicales : tél. 04 50 63 62 03

Courriel : pcollet1@ch-anneecygenevois.fr ou lmarin@ch-anneecygenevois.fr

ou abigard@ch-anneecygenevois.fr



Centre Hospitalier Anancy Genevois - site ANNECY - 1 avenue de l'Hôpital BP 900 74000 ANNECY



Le Centre Hospitalier de la Dracénie (Draguignan)

Ville de 40 000 habitants et bassin de vie de 100 000 habitants Territoire Var Est - Côte d'Azur

RECHERCHE MÉDECIN SPÉCIALISÉ EN RÉANIMATION

Service de Réanimation récent, 8 lits de Réanimation + 6 lits de Surveillance Continue avec un plateau technique moderne et adapté (Dialyse citrate-calcium, respirateur SERVO & DRAGER récent, Echographe ...).

Fonctionnement en service continu, TTA de jour, accueil d'Internes.

Poste à pourvoir très rapidement.

Profil souhaité : DES d'Anesthésie-Réanimation ou DESC de Réanimation Médicale.

Contacts :

• Docteur Philippe BROFFERIO - Chef de pôle
philippe.brofferio@ch-draguignan.fr

Tél : 04 94 60 50 71

• Monsieur le Directeur
Direction.generale@ch-draguignan.fr



Pour son service des Urgences/SMUR/UHTCD, le CHIHC

RECRUTE UN URGENTISTE

Inscrit à l'Ordre des Médecins

L'activité du service est de : 3000 passages par an + 800 sorties SMUR/an 6 lits UHTCD.

L'équipe est composée de praticiens et internes : 2 médecins et 2 internes H 3 + 24 médecins et 2 internes la journée.

Poste à pourvoir à compter du 2 mai 2018, pour une période de 6 mois, éventuellement renouvelable.

Personne à contacter

- Dr ANDRE Alexandre - Chef d'Unité/Urgences
 - Dr GAUDINOT Damien - Urgentiste - Président de la CME
 - Mme QUERRY Catherine - Responsable Affaires Médicales - 03 81 38 58 80
- Tél. : CHIHC : 03 81 38 54 54 - Email : c.querry@chi-hautecomte.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'Anesthésistes-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 (1 200 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 IAED.

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

M. VOLLE Olivier - Directeur - Centre Hospitalier Intercommunal de Haute-Comté

2, Faubourg St Etienne - CS 25304 - 10329 - PONTARLIER Cedex



LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT JUNIEN RECRUTE UN ANESTHÉSISTE

Poste à pourvoir en statut salarié dès que possible.

Présentation du poste :

Activité en Anesthésie : Chirurgie Abdominale, Orthopédie, Traumatologie, Gynécologie, Ophtalmologie, Stomatologie, Endoscopie digestive.
60 % de notre activité est réalisée en ambulatoire.
Equipe de trois Médecins Anesthésistes et 12 IADE.
Nous avons une culture bien implantée en locorégionale (deux échographes à notre disposition).
Bloc opératoire neuf livré en juillet 2015, Comportant quatre salles, deux salles d'endoscopies, une salle de petite chirurgie.
Nous avons une maternité de niveau 1, ayant effectué 350 accouchements en 2017.

L'établissement dispose de 395 lits et places dont :

- 177 en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique, urgence).
- 60 lits de SSR (soins de suite et de rééducation).
- 218 lits de gériatrie dont 60 lits d'USLD (unité de soins de longue durée).
- Pas de service de réanimation. Fonctionnement en astreinte au domicile.

Adressez votre candidature
avec CV à :
philippe.marchand@ch-stjunien.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE PAU (64) RECRUTE MEDECINS ANESTHESISTES A PLEIN TEMPS

Postes à pourvoir immédiatement. Pour rejoindre une équipe dynamique de 14 praticiens.
Bloc opératoire récent, équipements neufs, échographes.

Activités polyvalentes et non sectorisées, couvrant :

- Chirurgie orthopédique et traumatologique.
- Chirurgie vasculaire et thoracique.
- Chirurgie digestive et bariatrique.
- Chirurgie de spécialités ORL, stomato et ophtalmologique.
- Gynécologie et obstétrique (maternité de niveau III – 1600 accouchements/an).
- Chirurgie pédiatrique (général et orthopédique – réanimateur pédiatrique sur place).
- Endoscopie, radiologie et cardiologie interventionnelles (astreintes d'embolisation).
- Activités d'urgences avec 2 salles dédiées 24h/24 au sein du bloc opératoire.

Organisation médicale :

Deux lignes de garde sur place de médecin anesthésiste-réanimateur (bloc opératoire et maternité).
Service organisé en temps continu (décompte horaire).
Valorisation de l'activité de soirée en temps de travail additionnel.
Médecins polyvalents en charge du suivi post-opératoire.

Cadre de vie très agréable.

A une heure des pistes de ski, du Parc National des Pyrénées.
Et des plages de l'Atlantique (Pays Basque, Landes).
Dans une ville universitaire et une agglomération de 150 000 habitants.



Pour tout renseignement, contacter le Dr Olivier TUEUX - Secrétariat : 05 59 72 48 23 - Ligne directe : 05 59 72 67 58 - Mail : olivier.tueux@ch-pau.fr

LE CENTRE HOSPITALIER COMMINGES PYRENEES 31800 SAINT-GAUDENS



RECHERCHE ANESTHESISTE

Établissement MCO disposant de 394 lits et 45 places recherche un médecin anesthésiste pour compléter une équipe dynamique de 4 praticiens.

Poste de Praticien Hospitalier Contractuel temps plein disponible immédiatement.
Ouvert à l'ensemble des statuts avec possibilité d'accompagnement.

Le CHCP travaille actuellement à un projet ambitieux de regroupement sur site unique à l'horizon 2019.

Contact

Candidature à envoyer à :
M. Jean-Claude THIEULE - DRH
05 62 00 40 22

jeanclaude.thieule@ch-saintgaudens.fr

LE CENTRE HOSPITALIER DE LANNEMEZAN (HAUTES-PYRENEES - REGION SUD OUEST)



(1 h 45 de l'Océan Atlantique et 2 h 00 de la Méditerranée) - (40 mn des stations de ski - Proximité Tarbes - Toulouse - Pau (A64))

Caractéristiques de l'établissement : activité de Médecine, Chirurgie, Urgences/Soins intensifs, Périnatalité, Psychiatrie, Médico-Social, Gériatrie.

RECHERCHE UN MEDECIN ANESTHESISTE TEMPS PLEIN - TEMPS PARTIEL

Après du Pôle Médecine - Chirurgie - Urgences - Périnatalité
[Statut Praticien Hospitalier ou Praticien Contractuel]

Principaux segments d'activité identifiés en anesthésie :

- Bloc opératoire et salle de surveillance post-interventionnelle :
- Chirurgie viscérale, vasculaire, orthopédique, ORL, urologie, ophtalmologie.
 - Urgences viscérales et traumatologiques.
 - Endoscopies digestives et bronchiques.

Activité de chirurgie organisée en ambulatoire ou conventionnelle : Polyvalence dans les différentes techniques d'anesthésie chirurgicales (anesthésie locorégionale...).

Adresser candidatures et C.V. à :

Madame la Directrice
Centre Hospitalier de Lannemezan
644 route de Toulouse
65300 Lannemezan
05 62 99 54 01/56 01
ou secretariat.du.personnel@ch-lannemezan.fr



Soins Continus (3 lits) : Prise en charge de patients atteints de pathologies médicales et chirurgicales. Compétences en réanimation.

Visites post-opératoires et visites pré-anesthésiques :

- En service de chirurgie complète.
- En unité de chirurgie ambulatoire (UCA).

Consultations extérieures : Consultation d'anesthésie en urgence et réglée dans le cadre de la chirurgie ambulatoire ou conventionnelle.





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

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 COTE DE LUMIERE

situé aux SABLES D'OLONNE, station balnéaire, agglomération de 45000 habitants, en bordure du littoral atlantique vendéen : à 1h15 de NANTES par l'autoroute, à 1h30 de LA ROCHELLE et à 3h15 de PARIS par le TGV.

RECRUTE PRATICIEN ANESTHÉSISTE (h/f)

Inscrit au Conseil de l'Ordre

CENTRE
HOSPITALIER
Côte de Lumière

Le Centre Hospitalier Côte de Lumière est un Pôle de Santé public-privé médico-chirurgical ouvert en fin 2011. Il dispose d'un service d'urgence, d'un plateau technique complet (bloc opératoire et obstétrical, imagerie médicale : I.R.M., scanner, pharmacie à usage intérieur et stérilisation). 231 lits et places installés en Cardiologie, Pneumologie, Gastro-entérologie, USC polyvalente, Médecine interne et polyvalente, UPAVC, Médecine gériatrique aigüe, Hôpital de semaine polyvalent, SSR, Pédiatrie, Gynéco-obstétrique, UHTCO, Hôpital de jour - 258 lits EHPAD-USLD.



Caractéristiques du poste :

L'équipe médicale d'anesthésiste est composée de 5 praticiens :

- Activité gynécologie-obstétrique avec 650 accouchements par an.
- Coloscopie : 3600 actes par an.

Astreuse opérationnelle à domicile.

Poste à 100 % avec possibilité de temps partagé sur le Centre Hospitalier Départemental Vendéen de LA ROCHE SUR YON, situé à 30 mn de l'établissement.

Profil recherché :

Anesthésiste dynamique, motivé avec un bon relationnel.

Adresser votre candidature à :

Madame SAINT-HUBERT - Directrice des Affaires Médicales
CH Côte de Lumière - 4, rue Jacques Monod - CS 20393 - OLLONNE SUR MER
85109 - LES SABLES D'OLONNE CEDEX

Contacts

- M. le Dr BEUCHARD J. Président de C.M.E. - 02 51 21 86 09
- M. le Dr ROUSSALY P. Responsable du Pôle Femme Mère Enfant - 02 51 21 86 11
- M. le Dr GUINAUD J.L. Responsable d'unité Médicale d'Anesthésie - 02 51 21 86 12
- Affaires Médicales 02 51 21 85 46 - Fax : 02 51 21 87 32 - Mail : secretariat@ch-cotedelumiere.fr

LE CENTRE HOSPITALIER LOIRE VENDEE OCEAN - SITE DE CHALLANS 15 KM DU LITTORAL ATLANTIQUE ET 60 KM DE NANTES



RECHERCHE 1 ANESTHÉSISTE TEMPS PLEIN POUR COMPLÉTER SON ÉQUIPE MÉDICALE DE 6 PRATICIENS

Bloc opératoire sécurisé.

Très bonne collaboration avec autres professionnels de l'établissement.

Permanence des soins assurée en garde sur place, respect du repos de sécurité et régularisation TTA réalisé.

Inscription à l'ordre des médecins en France obligatoire.

Toutes les candidatures doivent être adressées conjointement à la direction et au chef de service.



Pour plus de renseignements, s'adresser à :

Mme LABRO GOUBY - Directrice - Tél : 02 51 49 50 02 ou mail : direction@ch-lyvo.fr
M. le Docteur ARNAUD - Chef de service - Tél : 02 51 49 60 05 ou mail : p.arnaud@ch-lyvo.fr
Centre Hospitalier Loire Vendée Océan - BP 219 - 85302 Challans Cedex



Le GROUPE HOSPITALIER EST REUNION

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

2 ANESTHÉSISTES à temps plein (PH ou contractuel)

Postes à pourvoir immédiatement

Rémunération très attractive (majoration DOM de 40%)

Prise en charge du billet d'avion

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

- 27 lits de chirurgie orthopédique et traumatologique
- et de chirurgie viscérale et digestive
- 16 places de chirurgie ambulatoire

Pour tout renseignement,

Merci de contacter la Direction des Affaires Médicales du GHER

Par mail : affaires.medicales@gher.fr





Centre Hospitalier
de l'Ouest Guyanais

Une nouvelle structure
De nouveaux projets
Une autre dynamique



Recrutement et accompagnement des nouveaux arrivants

Nous recrutons Des Médecins Généralistes et Spécialistes

Rémunération selon les grilles indiciaires de la fonction publique.

A l'arrivée :

Navette entre l'aéroport et la ville de Saint Laurent du Maroni.
Possibilité de logement temporaire (pendant 2 mois maximum),
en collocation, ou individuel après réservation, et sous réserve
de disponibilité.

Modalité de recrutement	Accompagnement
CDD 6 mois	Billet allé simple
CDD 1 an	Billet allé/retour
Mutation/ Détachement	Prime de d'installation et de sujétion

Le CHOG et ses orientations stratégiques

- Mettre en place les chimiothérapies.
- Ouvrir un centre de dialyse.
- Mettre en place les soins critiques (Unité de soins intensifs).
- Faire reconnaître une maternité de niveau 3.
- Prendre en charge la psychiatrie d'urgence, de crise et de liaison.
- Renforcer la télé-médecine.
- Améliorer la prise en charge de la douleur.
- Construire un projet USLD, MAS.

Contacts

Direction Des Soins : Proposition d'affectation, Organisation des soins - secdirsoins@ch-ouestguyane.fr - 05 94 34 89 50

Direction des Ressources Humaines : Contrat, paie, billet d'avion, navette... - r.isidore@ch-ouestguyane.fr - 05 94 34 87 66

Service Logistique : Logements temporaires en collocation - logistique.chog@ch-ouestguyane.fr - 06 94 22 96 34

Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais : B.P 245 - 97393 Saint-Laurent du Maroni Cedex

Tél. : 05 94 34 87 01 - Fax : 05 94 34 87 42 - Mail : secdirection@ch-ouestguyane.fr

Direction des soins : Secrétariat : 05 94 34 89 50 - Mail : secdirsoins@ch-ouestguyane.fr

Activités/organisations nouvelles

México-soignantes :

- Dialyse
- Réanimation néonatale
- Soins intensifs (adultes)

Projet de territoire de santé innovant entre

3 établissements :

- Projet médical partagé
- Dossier patient informatisé

Le plateau technique du site sera composé de :

Imagerie médicale :

- 1 scanner GE (nouveau scanner)
- 1 IRM GE (nouvelle activité)
- 1 salle os/poumons capteur plan Philips
- 1 salle télécommandée GE
- 1 mammographe capteur plan GE
- 1 panoramique dentaire
- 2 mobiles Rx

Laboratoire d'analyse médicale :

Laboratoire polyvalent, entièrement automatisé
et accrédité selon la norme NF EN ISO 15189

Pharmacie :

- Dispensation nominative du médicament
- Nutrition parentérale et chimiothérapie

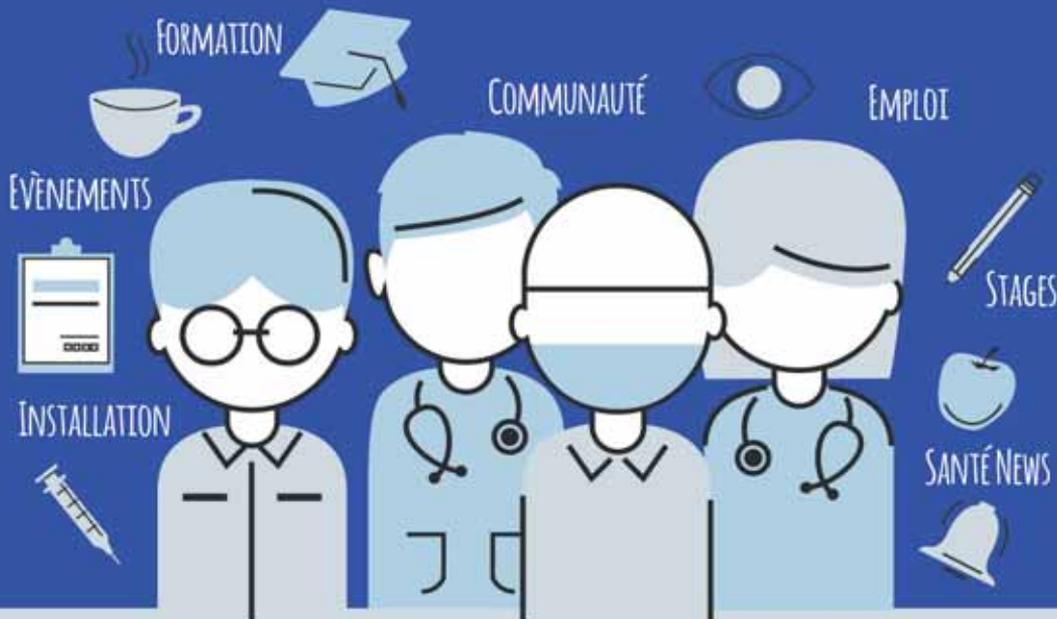
Bloc opératoire :

- Passage de 3 à 5 salles

Autres activités :

- Consultations externes
- Chirurgie ambulatoire
- Education thérapeutiques (Santé Publique)
- Activité d'endoscopie





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

