

#82

# PHARE

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

## DOSSIER : SERVICE PUBLIC LA MÉTAMORPHOSE ?



**LE POINT SUR**

**SAMU - URGENCES**

**VOUS AVEZ DIT CRISE SANITAIRE ?**

<b>Dr Michel DRU - Président</b> Centre Hospitalier H. Mondor - SAMU 94- Créteil michel.dru@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Contentieux - Région parisienne	Ligne Directe : 01 45 17 95 10 Portable : 06 73 98 08 52
<b>Dr Anne GEFFROY-WERNET - Vice-Présidente</b> Centre Hospitalier de Perpignan anwernet.snphar@gmail.com	e-communication et revue PHARE	Ligne directe : 04 68 61 77 44 Portable : 06 63 83 46 70
<b>Dr Jullien CROZON - Secrétaire général</b> Groupement Hospitalier Edouard Herriot, Lyon jullien.crozon@snphar.fr	Veille syndicale - Relation avec les adhérents Revue PHARE	Standard : 04 72 11 62 22 Ligne directe : 04 72 11 09 85
<b>Dr Louise GOUYET - Trésorière</b> Groupe Hospitalier Pellegrin - Bordeaux louise.gouyet@snphar.fr	Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) PH temps partiel Qualité et organisation du bloc	Standard : 05 56 79 56 79 Portable : 06 11 94 77 20
<b>Dr Patrick DASSIER - Trésorier adjoint</b> Hopital européen Georges Pompidou - Paris patrick.dassier@snphar.fr	Contentieux Retraites	Ligne directe : 01 56 09 23 16 Portable : 06 03 69 16 63
<b>Dr Veronique AGAESSE - Secrétaire générale adjointe</b> Nouveau CHU Amiens agaesse-ca-snphar@orange.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) FMC-DPC -CFAR Veille Syndicale	Standard : 03 22 82 40 00 DECT 36002 Portable : 06 33 63 20 62
<b>Dr Anouar BEN HELLAL - Secrétaire général adjoint</b> Hôpital André Mignot - SAMU - Versailles anouar.benhellal@snphar.fr	Veille Syndicale - Relation avec les adhérents Revue PHARE	Standard : 01 39 63 88 39 Ligne directe : 01 30 84 96 00 Fax : 01 39 63 86 88
<b>Dr Renaud PÉQUIGNOT - Secrétaire général adjoint</b> Hôpitaux de Saint-Maurice - Gériatrie rpequignot@yahoo.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
<b>Dr Gregory WOOD - Secrétaire Général Adjoint</b> 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
<b>Dr Ezéchiél BANKOLE - Administrateur</b> CHU Reims bankole.ezechiel@sfr.fr		Standard : 03 26 78 78 78 Ligne directe : 03 26 78 88 01
<b>Dr Raphael BRIOT - Administrateur</b> CHU - SAMU 38 - Grenoble raphael.briot@snphar.fr	Retraites - Urgences Représentation des médecins non-anesthésistes Relation avec les Universitaires	Ligne Directe : 04 76 63 42 86 Portable : 06 81 92 31 42 Fax : 04 76 44 77 40
<b>Dr Veronique DERAMOUDT - Administratrice</b> Hôpital de Pontchaillou - CHU Rennes veronique.deramoudt@chu-rennes.fr	Délégation régionale Bretagne Revue PHARE FMC-DPC	Ligne Directe : 02 99 28 41 01 Portable : 06 61 57 24 05
<b>Dr Emmanuelle DURAND - Administratrice</b> CHU - Reims edura23@gmail.com		Standard : 03 26 78 78 78
<b>Dr Laurent HEYER - Administrateur</b> Hopital de la croix rousse - Lyon laurent.heyser@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
<b>Dr Eric LE BIHAN - Administrateur</b> Hôpital Beaujon, Paris ericlebihan.snphare@gmail.com	Délégation régionale Ile de France Communication et e-communication Relations avec les délégués	
<b>Dr Yves REBUFAT - Administrateur</b> CHU de Nantes - Hôpital Laënnec - Nantes yves.rebufat@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) - Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Site web www.snphar.com et e-communication	Ligne Directe : 02 40 16 51 47 Portable : 06 86 87 62 76
<b>Dr Nicole SMOLSKI - Administratrice</b> Hopital de la croix rousse - Lyon nicole.smolski@gmail.com	Déléguée générale de l'intersyndicale Avenir Hospitalier - Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) - Revue PHARE	Ligne Directe : 04 26 10 93 67 Portable : 06 88 07 33 14
<b>Francis VUILLEMET - Administrateur</b> Hôpitaux civils de Colmar francis.vuillemet@gmail.com	Représentation des médecins non anesthésistes	Standard : 03 89 12 40 00
<b>Dr Jean GARRIC - Administrateur honoraire</b> Hôpital Central - Nancy jean.garric@snphar.fr	Textes officiels - Retraites Administrateur CNG	Ligne Directe : 03 83 85 20 08 Fax : 03 83 85 26 15 Portable : 06 07 11 50 1
<b>Dr Didier REA - Administrateur émérite</b> Hôpital de la Source - Orléans didier.rea@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation)	Ligne Directe : 02 38 22 96 08 Fax : 02 38 51 49 50 Portable : 06 75 02 32 23
<b>Dr Claude WETZEL - Chargé de Mission</b> Praticien Honoraire CHU de Strasbourg claudewetzel@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

Les attaques du service public n'épargnent pas l'hôpital : le SNPHARE en action ! .....4

## DOSSIER : SERVICE PUBLIC -

### LA MÉTAMORPHOSE ?

Et si la fonction publique était une solution d'avenir ? .....6

Défendre l'hôpital public coûte que coûte ! .....8

La dictature des chiffres dans les services publics .....10

AGENDA.....11

## REFLEXION

Temps de travail des praticiens hospitaliers : rappel et propositions..... 12

## LE POINT SUR LES STRUCTURES

### D'URGENCES

Vous avez dit « crise sanitaire » ? .....14

## ELECTIONS PROFESSIONNELLES

Mode élections activé .....17

## FICHE PRATIQUE

Un délégué du SNPHARE, ça sert à quoi ? ..... 18

TÉMOIGNAGES .....19

## INTERVIEW

Le choix de Marie .....20

## JURIDIQUE

Suspension directe d'un PH : huit ans après, rien n'a changé.....22

## ENQUÊTE

Faut-il sauver le statut de praticien hospitalier ? .....24

PETITES ANNONCES ..... 27

## UN PRINTEMPS SOCIALEMENT CHARGÉ ET UN ÉTÉ DIFFICILE...

À l'heure de la remise en cause par le gouvernement de l'ensemble de la fonction publique et ses différents statuts, ce printemps a été marqué par un climat social agité.

Pour demander la mise en place de véritables mesures d'attractivité pour la carrière de praticien hospitalier et sa pérennité, l'arrêt des diminutions tarifaires et l'arrêt des suppressions d'emplois médicaux et paramédicaux, le SNPHARE a décidé de se joindre le 22 mai à la journée d'action et de grève dans la fonction publique. Dans le sillage du SNPHARE, l'ensemble des intersyndicales de médecins hospitaliers se sont associées à ce mouvement de défense du service public prouvant bien que la dégradation des conditions de travail et des hôpitaux touche l'ensemble des disciplines et des régions françaises.

Bien que les médecins soient peu enclins à faire grève, eu égard à notre déontologie, la mobilisation a été un succès avec dans certains services plus de 50 % de médecins grévistes. Un sondage effectué par le SNPHARE auprès des médecins hospitaliers montre que seulement 3 % d'entre eux n'ont pas fait grève car en désaccord avec les revendications du SNPHARE tandis que 37% n'ont pas pu faire grève du fait de pressions hiérarchiques, d'engagement avec des patients ou des collègues, de repos de sécurité, de congés ou de désaccord sur le mode d'action (il faudra d'ailleurs probablement réfléchir dans l'avenir à des modes d'action différents). L'inquiétude sur l'avenir de l'hôpital public est donc présente chez une majorité écrasante de médecins.

Malheureusement, à l'heure où nous mettons sous presse, le Ministère n'a pas encore réagi à cette mobilisation, aucune intersyndicale n'ayant été reçue.

Pourtant, Mme Buzyn, M. Philippe, il est urgent de rendre à nouveau l'hôpital public attractif pour continuer à prendre en charge l'ensemble de nos concitoyens de façon humaine et efficace à toute heure du jour et de la nuit et en tout point du territoire !

Ainsi, l'été qui s'annonce va être à nouveau marqué par l'obligation de nombreux services à fermer ou à travailler dans des conditions dégradées (lire le point sur la dérogation de fermeture des services d'urgence la nuit) du fait du manque de médecins. Certains établissements publics de santé, appliquant le plafonnement des rémunérations des intérimaires, vont être particulièrement touchés par la pénurie médicale à cause du boycott des médecins intérimaires, à lire dans ce numéro. Le SNPHARE a d'ailleurs remis en avril au conseiller de la Ministre des propositions pour limiter cette pénurie et ses effets pervers.

Malgré les difficultés que certains services connaîtront cet été, le conseil d'administration du SNPHARE vous souhaite des vacances reposantes et enrichissantes.

Bonne lecture !

*Jullien Crozon, Secrétaire général du SNPHARE*



ISSN : 1285-7254

Président du comité de rédaction :

Michel Dru

Rédacteur en chef :

Grégory Wood

Comité de rédaction : Anouar Ben Hellal - Jullien

Crozon - Véronique Deramoudt - Nicole Smolski - Anne

Geffroy-Wernet

Éditeur : Ektopic

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

Rédaction : S. Sargentini

Directeur de publication : C. Mura

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

Impression : Imprimerie Imprimatur

Crédits photos : istock photos

# Les attaques du service public n'épargnent pas l'hôpital : le SNPHARE en action !

## DES DOSSIERS « SNPHARE » TOUJOURS EN COURS...

Les négociations sur la méthode de retenue de salaires des jours de grèves au CHU de Bordeaux et sur l'obtention de la prime d'indemnité de service public exclusif pour les praticiens à temps partiel sont toujours en cours.

Deux sujets sont relatifs à la transcription du Droit communautaire (Union Européenne) pour les praticiens hospitaliers :

- Le report au-delà d'un an des congés en cas de maladie, n'a toujours pas fait l'objet d'une réglementation officielle supérieure à une circulaire. Devant le silence du Premier Ministre, le SNPHARE a porté, via son avocat, ce dossier devant le Conseil d'Etat.
- La Cour de Justice de l'Union Européenne a arrêté au mois de février que, déplacement ou non, l'astreinte est du temps de travail : le SNPHARE a donc envoyé un courrier au Premier Ministre et à Agnès Buzyn pour modifier le statut de PH dans ce sens : les praticiens hospitaliers en astreinte sont à disposition permanente de l'employeur et amenés à répondre à des appels urgents, il est donc bien naturel que cette disponibilité – qui pour bon nombre d'entre nous était autrefois du temps en garde sur place – soit intégrée au temps de travail.

## LA RECERTIFICATION...

Le SNPHARE a été reçu, avec Avenir Hospitalier, par le comité de pilotage de la recertification, présidé par le Pr Uzan. Nous avons argumenté qu'il était important que ce ne soit pas une couche administrative de plus pour les médecins mais qu'il fallait que cette recertification ait pour effet de dépister les rares « mauvais médecins » pour préserver l'intérêt des citoyens. Il nous paraît évident que ce sont les CNP (comités nationaux professionnels) qui doivent définir les critères de certification, et qu'il faut en priorité s'atteler à recertifier les médecins intérimaires, dont on ne peut pas facilement contrôler la formation et le maintien des compétences. Il semble que nous soyons tout à fait en phase avec le comité de pilotage sur ces points.

## LES MÉDECINS REMPLAÇANTS, PARLONS-EN !

Lors de la négociation des mesures d'attractivité avec le

précédent gouvernement, il avait été prévu qu'un plafonnement des rémunérations des intérimaires permettrait de donner un peu de souffle aux hôpitaux pour pouvoir mieux rémunérer et recruter des praticiens hospitaliers titulaires. Force est de constater qu'il n'en est rien ! Tandis que les mesures d'attractivité promises n'ont pas toutes été déclinées et que la PECH est distribuée au bon vouloir des directeurs d'établissements, le mercenariat continue à séduire ces directeurs d'établissements. Le décret limitant les rémunérations des intérimaires, applicable au 1er janvier 2018, est finalement peu appliqué par les hôpitaux, et les médecins remplaçants se sont constitués en syndicat : selon eux, un tarif horaire inférieur à 65 euros nets est inacceptable.

Pour le SNPHARE, cette revendication mérite d'être appliquée aux praticiens hospitaliers, notamment lorsqu'ils font du temps additionnel (ce qui revient à faire de l'interim interne), et qui, hormis le fait de produire des actes, s'investissent dans le fonctionnement hospitalier : continuité des soins, missions transversales, et assurent la permanence des soins y compris les week-ends et jours fériés ! Les hôpitaux se retrouvent désormais dans une situation ubuesque, puisque les rares hôpitaux qui appliquent ce décret se retrouvent blacklistés par les médecins intérimaires, ce qui met les praticiens de ces hôpitaux dans des situations très délicates pour assurer le fonctionnement normal de leurs services et le recrutement de nouveaux médecins. D'ailleurs, certains d'entre vous nous ont fait part de difficultés aiguës. Nous saluons la prise de position de Mme Agnès Buzyn le 29 mai 2018 qui a qualifié « cette attitude irresponsable de la part de professionnels de santé [et] demande aux établissements de santé de ne céder à aucune forme de chantage ». Il faut maintenant des actes forts pour remplir les établissements hospitaliers de médecins de manière pérenne !

## URGENCE !

Pas un jour ne passe sans que paraisse un article de journal sur un service d'urgences en difficulté... Notre ministère sous-évalue cette souffrance aux urgences, quand il évoque « seulement 10 % de services » en tension, jusqu'à ce qu'éclate au grand jour le drame de Strasbourg, dont il faudra analyser finement les mécanismes, l'alignement des trous dans le gruyère. Se résoudre à trouver un seul coupable comme le font certains serait une erreur. Cette attitude est trop facile, quand on sait que les urgences et

les SAMU sont de plus en plus sollicités, du fait du désinvestissement de la médecine de ville dans la permanence des soins et la fermeture de lits d'hôpitaux. Ce sujet est éminemment sensible pour le SNPHARE, qui compte parmi ses adhérents de nombreux urgentistes et anesthésistes-réanimateurs travaillant dans les SAMU et services d'urgence : nous écrivons donc des propositions à la Ministre pour une meilleure régulation médicale des urgences.

## ALORS, UNE VASTE RÉFORME DE L'HÔPITAL ?

À l'heure où nous écrivons ces lignes, nous n'avons pas connaissance des mesures concernant la « vaste réforme de l'hôpital » présentée par Emmanuel Macron\*.

Tous les personnels hospitaliers attendent des mesures cohérentes pour l'hôpital public. Le SNPHARE a été très présent auprès du ministère des Solidarités et de la Santé pour proposer des solutions :

- Nous avons participé à la « grande consultation » relative aux cinq chantiers de la stratégie de transformation des systèmes de santé. Le résultat de ces consultations auxquelles ont participé tous les professionnels de santé ainsi que les usagers doit servir de base aux propositions d'Emmanuel Macron.
- Le 10 avril 2018, le SNPHARE a été reçu par Raymond Le Moign et Yann Bubien, respectivement directeur et directeur-adjoint de cabinet de la Ministre Agnès Buzyn ; au cours de cet entretien, nous avons évoqué les inquiétudes des médecins hospitaliers, et nous leur avons remis trois documents, qui sont des propositions pour restaurer l'attractivité de l'hôpital public sur les thèmes

« temps de travail du praticien hospitalier », « salaires et régimes indemnitaires » et « déroulement de carrière » [ces documents sont disponibles sur le site du SNPHARE]. Le deuxième document n'a pas été examiné, car « il n'y a pas d'argent ! ». Nous continuerons à l'évoquer, malgré tout. En revanche, nos propositions sur le temps de travail et sur le déroulement de carrière ont été examinées avec attention et nombre d'entre elles pourraient être retenues.

## GRÈVE DU 22 MAI

Nous vous remercions d'avoir suivi l'appel à la grève du 22 mai du SNPHARE pour l'attractivité de l'hôpital public : le ministère ne peut pas ignorer le mécontentement des médecins hospitaliers vis-à-vis de leurs conditions de travail ! Cependant, lors de son discours d'inauguration de la Paris Healthcare Week organisée par la FHF, le 29 mai, la Ministre a parlé des opinions « partiales et partielles », balayant d'un revers de main les difficultés des personnels, aboutissant au cercle vicieux : pénurie, dégradation des conditions de travail... qui finiront par aboutir à la mort de l'hôpital public. Sans médecin, il n'y a plus d'hôpital ! Sa « boussole est le service rendu aux patients, et pour cela, [elle a] besoin de la mobilisation de tous ». Autrement dit, pour le service rendu au patient (qui est bien le cœur de notre métier), c'est marche ou crève pour les soignants ! Combien de suicides de soignants, combien de décès inacceptables de patients faudra-t-il encore pour comprendre que cette vision n'est ni partielle, ni partielle ?

Anne Geffroy-Wernet, Vice-Présidente du SNPHARE

### LES MÉDECINS HOSPITALIERS ÉTAIENT EN GRÈVE LE MARDI 22 MAI 2018.

Les médecins ont été très nombreux à se mobiliser lors de la grève du 22 mai 2018 pour défendre l'hôpital public.

Ajoutons aux médecins grévistes ceux qui étaient en repos de sécurité, en congés, engagés auprès de leurs patients ou de leurs collègues mais qui nous ont signifié leur soutien, le nombre de praticiens satisfaits de la situation de l'hôpital public devient anecdotique.

Étranglement financier de l'hôpital dans l'ONDAM et la T2A, économies demandées – malgré les annonces présidentielles quelques semaines auparavant – y compris en termes de personnel... dans un hôpital déjà en pénurie, baisse lente mais continue du pouvoir d'achat des praticiens hospitaliers et perte d'attractivité de l'hôpital public : les revendications du SNPHARE ont entraîné comme une tache d'huile, la parution de préavis de grève de chacune des intersyndicales de médecins et pharmaciens hospitaliers. La voix du SNPHARE a été largement reprise à cette occasion dans la presse médicale et dans les médias nationaux ; cette voix n'est pas une longue lamentation : c'est un diagnostic pour lequel le SNPHARE propose un traitement, une liste de propositions que nous avons remis au ministère. Nous espérons que, grâce à votre mobilisation, ces propositions seront étudiées avec attention : il en va de l'avenir de l'hôpital public.

*NB - À l'heure où nous écrivons ces lignes, le Président de la République n'a pas encore présenté sa « vaste réforme de l'hôpital ».*

# Et si la fonction publique était une solution d'avenir ?

**M**inistre de la Fonction publique de 1981 à 1984, Anicet Le Pors a notamment engagé une grande réforme de la Fonction publique, étendant aux trois grandes Fonctions (Territoriale, Hospitalière et d'État) les prérogatives de la Fonction publique d'État, et donnant une architecture générale aux statuts de la Fonction publique.

Comme tous les services publics, l'hôpital souffre actuellement beaucoup, et semble, aux dires mêmes de la Ministre Agnès Buzyn, être arrivé au bout d'un système : la rédaction de PHARE a demandé à Monsieur Le Pors si c'était bien le service public qui en 2018 était arrivé au bout d'un système ?

**PHARE : Durant sa campagne électorale, Emmanuel Macron a jugé le statut général des fonctionnaires « inapproprié » et a stigmatisé ensuite les fonctionnaires qualifiés d' « insiders » qui se seraient construits un nid douillet à l'intérieur du système, barrant la route aux moins chanceux (Le Point, 31 août 2017). Cette stigmatisation ne nous semble pas refléter les conditions d'exercice des agents hospitaliers, dont les conditions d'exercice se sont beaucoup dégradées, au détriment des patients. Pensez-vous que dans un système réglé par la contractualisation, les « insiders » actuels trouveraient de meilleures conditions d'exercice ?**

**Anicet Le Pors :** Il ne fait pas de doute que les praticiens hospitaliers exercent un service public répondant à un impératif d'intérêt général : la santé des populations. Dès lors, ces missions doivent être protégées par la loi, à la fois dans l'intérêt du service et dans celui de ses agents (égalité, indépendance, responsabilité). C'est dans cet esprit que la fonction publique a été étendue en 1983 aux trois fonctions publiques de l'État, territoriale et hospitalière. Il s'ensuit que les emplois permanents de ces fonctions publiques sont normalement assurés par des fonctionnaires dans une situation statutaire et réglementaire. S'il n'en est pas exactement ainsi dans le secteur hospitalier c'est, à mon avis, pour des raisons historiques (ces services ont longtemps été exercés sous influence religieuse comme c'est encore le cas en Allemagne), la diversité naturelle du secteur a favorisé une différenciation des situations, le libéralisme économique y a entretenu un état d'esprit que l'idéologie managériale des trente dernières années n'a pu qu'encourager. Accentuer ces caractères en renforçant le contrat contre la loi ne peut qu'aggraver la situation actuelle caractérisée par : un délitement

de l'esprit de service public chez les décideurs, une insuffisance des moyens, une détérioration accentuée des conditions de travail et de vie des personnels.

**PHARE : Pensez-vous que la France est sur-administrée par rapport à d'autres pays ?**

**Anicet Le Pors :** Ce sont les chiffres qui répondent. Une étude, publiée en décembre 2017, de l'organisme de recherche public, France Stratégie, a comparé les situations de dix-neuf pays développés en calculant le nombre d'agents payés sur fonds publics (indépendamment de leur statut juridique) pour 1000 habitants. La France compte 89 agents publics pour 1 000 habitants, loin derrière les pays scandinaves, autour de 150, derrière le Canada, juste devant le Royaume Uni, suivi des États Unis ; à l'autre pôle se situant le Japon, autour de 40 pour 1 000. La France peut être considérée comme étant en moyenne haute mais pas du tout en situation atypique. Ce qui fait la spécificité de la France, ce n'est ni ses effectifs totaux d'agents publics, ni l'évolution de ces effectifs au fil du temps, mais le fait que la grande majorité de ces agents soient, dans l'intérêt du service public et le leur, dans une position statutaire de nature législative. Avec une fonction publique qui représente globalement 20 % de la population active du pays (25 % avec le secteur public marchand), la France dispose ainsi d'un efficace « amortisseur social » comme de nombreux observateurs de tous bords l'ont reconnu lors de la crise financière de 2008.

“ Avec une fonction publique qui représente globalement 20 % de la population active du pays, la France dispose ainsi d'un efficace « amortisseur social » ! ”

**PHARE : Que pensez-vous de la rémunération à la performance comme moyen de gérer les ressources humaines au sein des services publics ?**

**Anicet Le Pors :** C'est assez largement un leurre, qui a

pour objectif de déstabiliser un système de rémunération créé à l'origine pour assurer aux fonctionnaires qui, après avoir passé des concours attestant de leur compétence, effectuent leur service avec esprit de responsabilité, un niveau de vie décent. Il n'est pas sans intérêt de rappeler que c'est au statut de 1946 que l'on doit (art. 32), pour tous les salariés du public comme du privé, la définition du « minimum vital », on dirait du SMIC aujourd'hui. Cette définition avait pour but de prévoir qu'aucun fonctionnaire ne devait être rémunéré en-dessous de 120% de ce minimum vital ; c'est dire en quelle considération on tenait le fonctionnaire à l'époque. J'ai connu, jusqu'en 1983, les grandes négociations salariales

annuelles dans la fonction publique qui étaient une référence sociale pour l'ensemble des branches, publiques comme privées. Elles ont disparu à partir du « tournant libéral » opéré en mai 1983. Les réductions du pouvoir d'achat et le développement des primes ont ensuite appauvri les fonctionnaires, déstabilisé les systèmes de rémunérations et accentué les inégalités : on sait que les rémunérations des fonctionnaires sont quasiment bloquées depuis 2010. Parler de la rémunération au mérite est provocateur et indécent. Il n'est évidemment pas question de flatter un égalitarisme démagogique, mais de respecter la juste rémunération du travail. Au demeurant, comme on le vit en secteur hospitalier, il s'agit de d'apprécier l'efficacité sociale de collectifs de travail et non de performances individuelles.

**PHARE : Nous bénéficions d'un statut de Droit public, car très attachés à notre autonomie professionnelle, pour nous, garante d'un soin juste et adapté à nos patients. Pensez-vous que, en 1984, les praticiens hospitaliers auraient dû rejoindre la Fonction publique hospitalière ?**

**Anicet Le Pors :** La question a été clairement posée lors de l'élaboration du statut à partir de 1981, mais elle n'a pas reçu, à mes yeux, de solution pleinement satisfaisante. Cela dit, je n'étais pas et je ne suis toujours pas favorable à ce que l'on bouscule les consciences et les mentalités. Le premier choix retenu dans l'élaboration du statut général actuel, c'est celui du fonctionnaire-citoyen ; c'est donc d'abord aux intéressés de dire ce qu'ils veulent. Et en tout état de cause, je ne doute pas que les praticiens hospitaliers, même s'ils ne relèvent pas directement du statut général des fonctionnaires,



soient animés de l'esprit de service public explicité par le statut qui joue ainsi néanmoins son rôle.

**PHARE : Pour nous, SNPHARE, le *New Public Management* appliqué à l'hôpital public, sa bureaucratie nécessaire, ainsi que l'étranglement budgétaire organisé via un ONDAM non adapté et via un mode de financement qui ne prend pas en compte ses activités et pousse à la faute, ont organisé la casse de l'outil de soin public. Or, vous affirmez que le XXI<sup>e</sup> siècle pourrait être l'âge d'or des services publics : comment voyez-vous l'avenir de l'hôpital ?**

**Anicet Le Pors :** Nous sommes aujourd'hui, selon moi, dans une situation de décomposition sociale profonde, après les échecs d'un XX<sup>e</sup> siècle parfois qualifié de « prométhéen ». Edgard Morin parle justement à ce sujet d'une « métamorphose ». La position des tenants d'un libéralisme généralisé veut accrédi-ter l'idée que le système capitaliste aurait définitivement triomphé sur toute la planète, que le néolibéralisme serait un horizon indépassable, bref que ce serait la fin de l'histoire. Avec bien d'autres, je pense au contraire que le nouveau monde est celui des interconnexions, des interdépendances, des coopérations, des solidarités, ce que nous appelons, en France, le service public. C'est en ce sens que je parle d'« âge d'or » du service public, appelé par la volonté humaine en réponse à une nécessité de notre temps. Dans cette perspective, et sur la base de leur propre analyse, c'est aux personnels hospitaliers de concevoir leur avenir.

“ Nous sommes aujourd'hui dans une situation de décomposition sociale profonde ! ”

# Défendre l'hôpital public coûte que coûte !

Le professeur André Grimaldi est l'un des fers de lance du Mouvement de défense de l'hôpital public (MDHP) qui rassemble médecins et professionnels de la santé contre « l'hôpital entreprise », le tout T2A mais surtout pour que l'hôpital public demeure le temple de ce bien commun qu'est la santé ! Il est auteur de plusieurs ouvrages notamment : L'Hôpital malade de la rentabilité (éd. Fayard, 2009). La rédaction de PHARE a souhaité faire le point avec lui sur l'actualité politique, ses relations avec le « pouvoir » et ses aspirations pour l'avenir.

**PHARE : Après de nombreuses lettres ouvertes, vous et votre groupe, vous adressez directement au Premier Ministre dans un courrier évoquant la baisse des tarifs hospitaliers et les dotations pour 2018. Pourquoi avoir changé d'interlocuteur ? Vous fixez une date limite à fin mai, que prévoyez-vous ensuite ?**

**André Grimaldi :** Dans une interview à Libération, la Ministre de la Santé a clairement dit qu'elle s'entend avec Monsieur Darmanin sur le budget de la santé et que si nécessaire, c'est le Premier Ministre qui sera amené à arbitrer. Elle pointe donc elle-même le fait, qu'avec ou sans son accord, c'est le Premier Ministre qui décidera. C'est d'ailleurs lui qui a présenté le pré-projet de réforme de la santé avec la mise en place de cinq commissions, lors de la conférence de presse qu'il a donné avec Agnès Buzyn à l'hôpital d'Eaubonne. Dans la lettre adressée au Premier Ministre, nous lui demandons d'annuler la baisse des tarifs des séjours hospitaliers qu'il a confirmée pour 2018 et qui n'a aucune justification. Comment en effet justifier cette « vieille » politique du rabot qui consiste de manière mécanique à faire baisser chaque année les tarifs avec, en 5 ans, une baisse de 4 % ?

Pour être crédible, le Gouvernement aurait dû adresser aux hospitaliers et à la population le message politique suivant : « en 2018, il n'y aura pas de baisse des tarifs ! ». Ils disent vouloir en finir avec la « vieille » politique mais il n'en est rien... tout continue comme avant : il s'agit toujours de faire plus avec moins. Nous souhaitons que cette lettre au premier ministre soit signée par tous les soignants médecins et paramédicaux, ensemble !

Emmanuel Macron a dit à Edwy Plenel qu'il n'y aurait pas de baisse des moyens financiers attribués à l'hôpital public mais c'est faux ! Que va-t-il se passer fin mai ? Nous ne le savons pas encore, c'est la ministre qui a fixé cette échéance. Si l'étranglement de l'hôpital public continue il faudra agir, tous les hospitaliers ensemble, et avec les usagers, les syndicats et les associations. Nous sommes dans l'attente et inquiets car l'ambiance est plutôt à la désespérance et à la recherche de solutions individuelles tandis que la qualité des soins se détériore.

**PHARE : Pourquoi ne vous constituez-vous pas en syndicat ? Pensez-vous que le dialogue social doit passer par des initiatives singulières comme la vôtre plutôt que par des syndicats ?**

**André Grimaldi :** Notre « combat » ne comporte aucune revendication catégorielle ou salariale, il porte sur la politique de santé, il explique d'où vient et où va la politique « managériale de marché » que nous subissons et présente des propositions alternatives réalistes. Ce sont eux les idéologues convertis à la philosophie utilitariste anglo-saxonne qui ne marche pas, ni dans sa version étatique anglaise, ni dans sa version ultra-libérale américaine. En France, on la met en œuvre avec dix années de retard quand les anglais et les américains, face à l'échec, en changent. Nous menons un combat à la fois éthique et pragmatique, partant de l'expérience et de l'expertise des soignants, pour une autre politique de santé.

Ce combat ne propose pas de formes d'actions revendicatives syndicales. Pour nous, la santé est un « bien commun » qui ne doit être ni étatisé, ni privatisé. C'était l'idée géniale de la Sécu de 1945. Ce bien doit disposer de revenus dédiés et être cogéré par les usagers, les professionnels et l'Etat en appliquant, chaque année, la règle de l'équilibre des comptes après un débat citoyen de « démocratie sanitaire ». Quant à l'hôpital, nous estimons qu'il repose sur les équipes de soin et non sur les structures de gestion ! Nous réclamons la liberté pour les hôpitaux de s'organiser comme ils l'entendent sachant qu'il y a 3 pouvoirs, un pouvoir des soignants autour d'un projet médical partagé, un pouvoir des usagers et un pouvoir de gestion. Ils doivent être reconnus et travailler ensemble avec des domaines spécifiques. C'est donc un certain nombre de principes contre « l'hôpital entreprise » et les idéologies du marché (business-plan, parts de marché ...) mises en place notamment par la FHF, qui a joué le rôle politicien du cheval de Troie. Je comprends que les syndicats réagissent à nos textes, les incorporent, les modifient à leur guise. Il n'y a ni droits d'auteurs, ni division du travail. Nous, en tout cas, nous avons nos limites ! Nous n'empiétons pas sur le rôle des syndicats : nous ne demandons pas à être présents dans les instances où l'on négocie, nous n'avons ni man-



dants, ni d'adhérents. Nous fonctionnons au consensus. Mais, nous pourrions être un trait d'union, au moins sur certains points !

**PHARE : Agnès Buzyn a dit qu'elle aurait signé votre lettre ouverte si elle n'avait pas été Ministre. Selon vous, adhère-t-elle à vos valeurs ? Ou est-ce pour calmer vos ardeurs et les nôtres ?**

**André Grimaldi :** C'est compliqué. Lorsqu'elle a dit qu'elle s'entendait très bien avec Darmanin, je n'ai pas bien compris. Qu'elle l'apprécie personnellement, c'est une chose mais le rôle du Ministre de la Santé n'est pas de « s'entendre » avec le Ministre du Budget, structurellement elle devrait être en « conflit ». Cela dit, c'est vrai que nous sommes d'accord avec elle sur certains points, notamment sur la lutte contre le gaspillage en santé, nous sommes pour appliquer la règle éthique du juste soin pour le patient au moindre coût pour la collectivité. La Ministre parle de pertinence des prescriptions et des actes et je suis d'accord mais il faut montrer l'exemple ! Il faut commencer par dire que les cures thermales et l'homéopathie continueront peut être à être remboursées par les « complémentaires » mais plus par la Sécurité sociale ou alors pas au nom du « panier de prévention et soin solidaire » ! Idem dans beaucoup d'autres domaines. Pour en revenir à Madame Buzyn, je dirais simplement que quand je l'ai rencontrée, j'avais un vrai médecin en face de moi et que cela changeait. Mais résistera-t-elle à la machine politique ?

**PHARE : Le Directeur Général de l'AP-HP, Martin Hirsch, et d'autres prônent une refonte complète du service public hospitalier, avec transformation en hôpital privé non lucratif (ESPIC). Quel est votre avis ?**

**André Grimaldi :** L'AP-HP est une énorme structure et elle devrait avoir un rôle de phare pour la politique de santé. Monsieur Hirsch est intervenu politiquement au niveau national, notamment durant les élections présidentielles, il publie des livres sur l'hôpital donc il ne peut pas se comporter comme n'importe quel directeur d'hôpital qui modestement compte ses sous et fait ce qu'il peut pour joindre les deux bouts, en demandant aux personnels soignants toujours plus d'efforts en répétant « qu'il suffit de mieux s'organiser ». Nous avons souhaité l'interpeller pour qu'il réagisse face à la politique du rabot et ne se contente pas de l'appliquer. Nous avons reçu une réponse de Martin Hirsch en forme d'esquive, nous renvoyant à nos fourneaux : grands principes généraux et généreux pour la communi-

cation, et pour la gestion petit tour de vis supplémentaire. Sa réponse ou plutôt sa non réponse à notre courrier était désolante. Je crois que tout cela en dit long sur son absence de vision... L'avenir de l'Hôtel Dieu de Paris en est une triste illustration. C'est un homme politique doué pour la communication, mais ce n'est pas Robert Debré ! Bien sûr, le système actuel peut et doit être amélioré : la médecine évolue, on aura moins besoin de lits de MCO car on soignera davantage sans hospitaliser les patients mais en même temps, on a plus besoin de lits en aval des urgences et en SSR spécialisés et polyvalents. La pensée unique de réduction de 30 % des lits est aussi intelligente que celle qui décida, dans une belle unanimité, le *numerus clausus* pendant plus de 20 ans. Des restructurations sont nécessaires, mais sur d'autres critères (graduation de l'offre de soins territorial et en même temps cohérence des projets médicaux de sites) que ceux de la rentabilité. Sans évoquer ici la recherche et son financement.

**PHARE : Quelles alternatives au financement actuel des hôpitaux via la T2A proposez-vous ?**

**André Grimaldi :** Il y a trois modes de financement de l'hôpital : le paiement à la journée comme à l'hôtel, la dotation/budget comme pour l'armée ou l'éducation nationale, et le paiement à l'acte ou de tarification à l'activité. La médecine a beaucoup changé avec 3 types de médecine (celle des maladies aiguës bénignes et des gestes techniques simples, celle des maladies aiguës graves et des gestes techniques complexes et celle des maladies chroniques et de leur prévention). Or, chaque mode de financement a des avantages et des inconvénients, il faut donc analyser quel est le mode de financement le plus adapté à chaque pratique médicale. Par exemple, pour les soins palliatifs de fin de vie, soins contre la douleur, de confort impliquant une présence humaine, le plus adapté est le « vieux » paiement à la journée. Pour la chirurgie ambulatoire très standardisée et programmée le mieux serait une T2A aménagée, englobant les suites opératoires, etc. Donc, c'est un forfait qui conviendrait le mieux. Pour le cancer du sein, le forfait pourrait inclure la chirurgie, la chimio et la radiothérapie. Pour les maladies chroniques c'est la capitation en ville et la dotation globale annuelle évolutive à l'hôpital qui conviennent le mieux. Mais toute la politique de santé ne peut pas se régler grâce au financement, notamment la pertinence et la qualité des soins nécessitent des politiques spécifiques mais pas des « incitations financières ». Le tarif doit s'adapter au soin et pas le contraire. Les managers doivent travailler avec les soignants pour savoir comment ça se passe au quotidien et donc trouver le tarif qui convient le mieux, par exemple pour la réanimation. Mais derrière les modalités de financement se cachent des enjeux de pouvoir. Le tout-T2A a donné le pouvoir aux gestionnaires et aux technocrates. Ils ne vont pas le lâcher comme ça !

# La dictature des chiffres dans les services publics

## ou comment sous la pseudo-évidence de rationalité on impose une gestion de secteur privé et la casse des services publics !

Comment réformer l'Etat, sans qu'il s'en rende compte ? C'est ce que nous vivons au quotidien dans les hôpitaux, via le NPM, « New Public Management ». Car, au-delà des réformes telles que le financement par la T2A, au-delà des changements de la gouvernance via la loi HPST, (tellement peu modifiée par Mme Touraine qu'on a oublié ses aménagements), nous avons vécu une véritable fièvre des chiffres, des tableaux de bord, des comparaisons (les hôpitaux entre eux, les pôles entre eux, les services entre eux, les praticiens entre eux), des projections via des tableaux Excel devenus le gold standard managérial.

### LA RATIONALISATION, JUSTIFICATION ULTIME ?

Sous couvert d'une évidence de rationalité et de rationalisation des dépenses, d'optimisation des moyens, auxquels il est difficile de s'opposer, nous avons basculé dans une véritable fièvre de quantification, de chiffres, qui guiderait nos managers dans les décisions. C'est pragmatique, c'est apolitique, c'est tellement évident, qu'on ne s'en est même pas rendu compte, sauf depuis quelques années à voir émerger la souffrance au travail, et le harcèlement envers tous ceux qui ne rentrent pas dans le rang. La modernité a pris le visage des anglicismes : gouvernance, management, impact, *benchmarking*, *bottom up* ou *bottom down*, et chaque mois voit une nouvelle mode prendre le pas sur l'autre, imposant le champ lexical de l'entreprise, ses fonctionnements et ses organisations.

C'est ainsi que tout une construction doctrinale inspirée du privé a pris le pas sur les valeurs du service public et l'humain, imposant les dispositifs d'évaluation, de quantification de la performance, de rentabilité.

### UN PEU D'HISTOIRE...

Cette construction doctrinale est née sous Thatcher et Reagan, puis véhiculée par une horde de technocrates nationaux ou internationaux. En France, elle a prit les noms de révision générale des politiques

publiques (RGPP), de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), et pour les hôpitaux, elle a dicté toutes les réformes que nous subissons depuis 30 ans. Consultants, technocrates et bureaucrates, ont pris le pouvoir et imposé une gestion par les chiffres, simplifiant une organisation complexe afin de la rendre « marchandisable ».

Partant du principe que les services publics sont une survivance du passé, et plombent les finances de l'Etat sans voir le service rendu et la notion de bien commun à protéger, l'obligation de faire jouer dans la même cour de rentabilité services publics et secteur privé a permis le démantèlement du public : facile après l'avoir étranglé et empêché de fonctionner, de dire qu'il n'est plus à sa place. Facile de dire aux agents déboussolés par des règles de fonctionnement inadaptées aux valeurs

de service public et à ses contraintes qu'il ne remplit pas son rôle, et que les agents sont inadaptés au XXI<sup>e</sup> siècle. Comment oser s'opposer à cette évidence rationnelle, à cette gestion simplificatrice via des indicateurs que personne n'ose dénoncer comme inadaptés, puisque tellement évidents, décrits comme techniques, efficaces ?

### APPRENDRE À SE MÉFIER DE TOUT CE QUI EST ANNONCÉ COMME ÉVIDENT ET APOLITIQUE

En réalité, le « langage de vérité », le « devoir d'efficacité », la « simplification », la « numérisation », la « modernisation » comme solutions à tout, sont une

“ Transformer les hôpitaux en ESPIC est une aberration, car ils n'ont pas les mêmes missions, et certaines seront forcément abandonnées ! ”

vision de transformation des services publics qui avance à couvert. C'est affaiblir l'Etat, affaiblir les services publics, affaiblir l'hôpital, afin de réduire les dépenses publiques, puis les vendre à la découpe une fois que leur sens de SERVICE, de BIEN COMMUN, aura été détruit. Car effectivement l'hôpital fait des miracles tous les jours, ses acteurs sont hyper investis et généreux, et très compétents. Ils ont choisi l'hôpital pour ses valeurs de service public, mais transférés dans une logique marchande, ils sauront être rentables. Nous serons attractifs, une fois marchandisés ! Mais, la question de la rentabilité ne devrait pas se poser pour l'hôpital. S'il y a des difficultés, des problèmes d'organisation, nous savons où ils sont : mais le propre de ces managers, le propre de cette gestion par les chiffres, c'est de ne jamais donner le pouvoir aux acteurs, de ne pas les interroger directement.

Il est nécessaire de dévoiler ce qui s'est passé, ce

qui se passe et ce qui nous est proposé : transformer les hôpitaux en ESPIC est une aberration, car ils n'ont pas les mêmes missions, et certaines seront

forcément abandonnées. Rien que de le proposer, sous couvert de modernité, c'est affirmer que le bien public est en train de devenir un bien privé. Les promoteurs des réformes depuis 30 ans soustraient, sous couvert de rationalité évidente, le vrai débat : que voulons-nous pour nos services publics, quelle solidarité voulons-nous offrir à nos concitoyens, à nos enfants ? Pour l'instant, cette discussion est confisquée par une élite qui avance à mots cou-

verts ou à chiffres couverts, sous l'affichage de l'évidence apolitique. Il est de notre responsabilité de poser les vraies questions, sans se laisser culpabiliser par ce mode managérial qui est en réalité une doctrine politique : casser les services publics et les marchandiser.

Nicole Smolski



## AGENDA DU CA

### AVRIL 2018

<b>4 avril</b>	Réunion du Conseil d'Administration d'APH
<b>6 avril</b>	Réunion du Conseil d'Administration du SNPHARE
<b>10 avril</b>	Réunion au Ministère de la santé avec Raymond Le Moign
<b>10 avril</b>	Réunion au Conseil National de l'Ordre de Médecins
<b>12 avril</b>	Consultation recertification au ministère (SNPHARE, Avenir Hospitalier)
<b>12 avril</b>	Réunion au Ministère de la santé : Consultation pour la stratégie de transformation du système de santé (STSS)
<b>20 avril</b>	Conférence de rédaction de PHARE
<b>26 avril</b>	Réunion du bureau du SNPHARE

### MAI 2018

<b>3 mai</b>	Réunion SNPHARE/SFAR
<b>16 mai</b>	Réunion du Conseil d'Administration du SNPHARE
<b>22 mai</b>	Grève de la fonction publique

### JUIN 2018

<b>4 juin</b>	Consultation recertification au ministère (SNPHARE, Avenir Hospitalier)
<b>8 juin</b>	Réunion du bureau du SNPHARE
<b>11-13 juin</b>	Séminaire Action Praticiens Hôpital (APH) - Quiberon
<b>13-15 juin</b>	Congrès de la SFMU
<b>14 juin</b>	Réunion séminaire des délégués
<b>22 juin</b>	Réunion du Conseil d'Administration d'APH

# Temps de travail des praticiens hospitaliers : rappel et propositions

Les modalités de décompte du temps de travail des PH sont parfois perçues, à raison, comme une usine à gaz. Même si les sources d'informations sont maintenant multiples et facilement accessibles, il n'est pas toujours simple de s'y retrouver entre décompte en 1/2 journées, décompte horaire, obligations de service, permanence des soins ( PDS) et autres TTA. Voici l'occasion de refaire un point sur les bases légales du décompte du temps de travail du PH et de livrer les propositions du SNPHARE.

## LE « TEMPS DE TRAVAIL » D'UN PH, C'EST QUOI ?

Il s'agit de toute période durant laquelle le PH est au travail, à la disposition de son employeur et dans l'exercice de son activité ou de ses fonctions. Sont donc inclus dans le temps de travail : le travail de jour clinique et non clinique, le travail en permanence sur place, les déplacements en astreinte et le temps de formation. Ne sont pas incluses dans le temps de travail, les astreintes non déplacées.

## QUELLES MODALITÉS DE DÉCOMPTE DU TEMPS DE TRAVAIL DU PH EN 2018 ?

Le décompte du temps de travail d'un PH se fait en demi-journées (DJ). Les obligations de service (OS) d'un PH temps plein sont de 10 DJ/semaine sans considération du nombre d'heures effectivement réalisé. La nuit compte pour 2 DJ. Le tout doit obligatoirement être inscrit au tableau de service.

Le décompte horaire (ou "temps continu") est possible par dérogation. Cela uniquement pour certaines spécialités : anesthésie-réanimation, médecine d'urgence, obstétrique (> 2000 accouchements par an), néonatalogie dont réanimation. Ce mode de décompte est à l'initiative du responsable médical de structure après avis des praticiens concernés. Une proposition est faite par la CME au Directeur d'établissement après avis de la COPS. Ceci pour un an renouvelable. Les OS sont souvent variables (accords locaux) mais ne peuvent excéder 48h par semaine. En effet, le temps de travail hebdomadaire d'un praticien hospitalier ne doit pas dépasser 48 heures en moyenne sur un quadrimestre que celui-ci soit décompté en

heures ou en demi-journées (respect de la Directive Européenne sur le Temps de Travail : DETT).

## LE TEMPS DE TRAVAIL ADDITIONNEL (TTA) : KESAKO ?

Il s'agit du temps réalisé au delà des OS quel que soit le mode de décompte du temps de travail. Il ne peut se faire que sur volontariat et doit être contractualisé.

## QUID DE LA PERMANENCE DES SOINS (PDS) ?

Quand elle est nécessaire, la PDS est une obligation pour tout PH. Elle peut se faire sous forme de garde ou d'astreinte. Si la rémunération et le décompte du temps de travail en garde sont assez clairs, ce n'est pas le cas pour les astreintes où des zones d'ombres et de nombreuses différences inter-établissements et inter-services existent<sup>1</sup>.

“  
Le temps de travail et ses modalités de décompte : un terrain de revendications de longue date du SNPHARE !  
”

## LES PROPOSITIONS DU SNPHARE

### ■ CONCERNANT LES MODALITÉS DE DÉCOMPTE DU TEMPS DE TRAVAIL :

- La direction de l'hôpital doit obligatoirement mettre à disposition des praticiens un outil de décompte horaire de leur temps de travail quel que soit le mode de décompte retenu.
- Pour les spécialités à fortes contraintes sur la permanence des soins et/ou les spécialités avec travail posté sur un plateau technique, le décompte horaire doit être la norme, le décompte en DJ dérogatoire.

- Simplification des démarches pour pouvoir bénéficier d'un décompte horaire du temps de travail.
- Le delta 39-48h doit être comptabilisé à la hauteur de 2 DJ ou compensé par une valorisation salariale majorée de 25 % (type heures supplémentaires). L'effectif cible des équipes sera ajusté en conséquence.
- Les modalités de décompte du temps de travail doivent dans l'idéal se faire au choix du praticien (à défaut au choix de l'équipe voire, en dernier recours, du service).

#### ■ CONCERNANT LE TEMPS DE TRAVAIL EN LUI-MÊME :

- Strict respect de la DETT à savoir notamment que les 48h de la DETT sont une borne MAXIMALE et non une norme.
- Si le décompte du temps de travail est en DJ alors 24h = 5 DJ.
- Un temps de travail réglementaire de 39 h hebdomadaires doit être inscrit au statut comme durée légale du travail du praticien hospitalier dont découle le maintien des 20 jours de RTT.

#### ■ CONCERNANT LE TTA :

- Strict respect de l'obligation de la contractualisation du TTA.
- Si le décompte du temps de travail est en DJ paiement du TTA (au-delà de 8 DJ/semaines ajustées au quadrimestre) au tarif de l'interim.
- Modalités de déclenchement du TTA :
  - en heures : au-delà de 40h hebdomadaires,
  - en DJ : au-delà de 8 DJ hebdomadaires.
- Si le praticien fait le choix de se le faire payer, la rémunération doit alors être majorée à 25 % de la rémunération de l'échelon de 40 à 48 heures puis de 50 % au-delà de 48 heures.

#### ■ CONCERNANT LE REPOS, LE TEMPS NON CLINIQUE ET LA FORMATION (DU POINT DE VUE DU TEMPS DE TRAVAIL) :

- Le repos hebdomadaire de 35 heures doit être la règle avec possibilité de dérogation.
- Reconnaître un temps de pause régulier après 6h de travail et compter le temps de pause non pris dont le cumul pourrait être reporté sur un « crédit de temps » que le praticien pourrait faire valoir.
- Le travail non clinique doit être :
  - précisément défini
  - pris en compte voire sanctuarisé à hauteur de 25 % du temps de travail (ou 2 DJ par semaine)

- cela revenant à 1 semaine de temps clinique à 4 jours
- non contractuel sauf pour des activités extra-hospitalières
- Strict respect du temps de formation.

#### ■ CONCERNANT LA PDS :

- Une limitation mensuelle ou quadrimestrielle du travail de permanence de soins doit pouvoir être instaurée notamment du fait de l'effet délétère connu du travail nocturne sur la santé.
- Nécessité d'une visite médicale pour pouvoir faire des gardes au delà de 55 ans.
- Un seul niveau de rémunération des gardes basé sur le tarif universitaire actuel (avec cotisation à la retraite).
- Les astreintes sont un « chantier » à part entière et feront l'objet d'un travail spécifique.

“  
**S'intéresser au temps de travail est un point capital, notamment en matière d'attractivité des carrières hospitalières.**  
 ”

Le temps de travail, ses modalités de décompte et la thématique particulière de la PDS représentent un vaste chantier et un terrain de revendications de longue date du SNPHARE. Il est urgent de clarifier certains points, de simplifier certaines démarches et de mettre fin au flou parfois savamment entretenu au détriment des médecins hospitaliers. Si le fait de s'intéresser au temps de travail n'est pas la seule façon de mieux valoriser le travail du PH, il s'agit néanmoins d'un point capital en particulier à l'heure où l'attractivité des carrières hospitalières est plus que jamais au centre des préoccupations des défenseurs de l'hôpital public : les praticiens eux-mêmes bien sûr et, espérons-le, les responsables politiques et administratifs.

Le temps de travail des PH a été un des sujets évoqués lorsqu'une délégation du SNPHARE a été reçue au Ministère de la Santé, le 10 avril 2018. Les propositions du SNPHARE ont été transmises aux responsables présents. Il a notamment été discuté de réécrire l'arrêté du 30 avril 2003 sur les gardes et les astreintes du fait de la jurisprudence récente nationale et internationale (48 heures hebdomadaires lissées sur 7 jours, les astreintes sont intégrées dans le temps de travail). Concernant les RTT indemnisés, une circulaire sera envoyée aux directeurs pour leur rappeler qu'elles doivent générer des cotisations à l'IRCANTEC.

*Grégory Wood, Secrétaire général adjoint*

Pour en savoir plus sur le temps de travail d'un praticien hospitalier, son décompte, la PDS, voir PHARE n°61 (juillet 2012) et PHARE n°71 (Mars-Avril 2015)

## Vous avez dit « crise sanitaire » ?

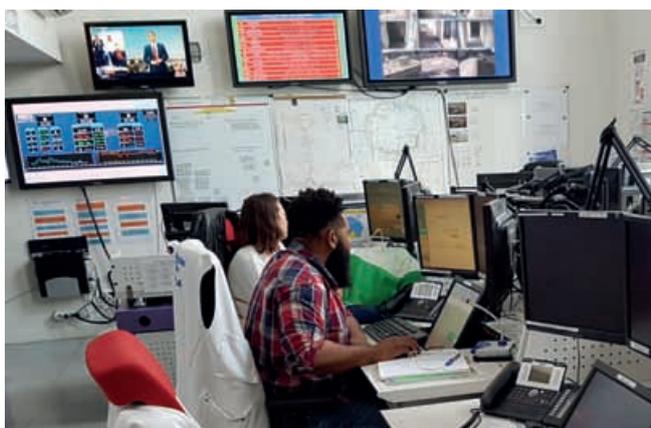
Comment ne pas partager la peine de cette famille, après l'évènement tragique survenu à Strasbourg en décembre 2017 ? Comment ne pas dire haut et fort « plus jamais un tel drame ! » ? Le SNPHARE alerte, depuis des années, les tutelles et les pouvoirs publics sur les déséquilibres de notre système de soins, à l'origine d'évènements aussi tragiques que celui de Strasbourg. Il ne s'agit pas d'un cas isolé.

Les évènements indésirables graves rattrapés ou non, sont en augmentation ces dernières années. Il devient de plus en plus difficile de prétendre à une qualité des soins conforme aux standards médicaux tant les situations « d'hôpital en tension » sont récurrentes et quasi-permanentes. Les professionnels de santé des structures d'urgences et de l'hôpital dans son ensemble sont dans une véritable « crise sanitaire ». Avoir des missions de service public, sans les moyens pour les accomplir, plonge les personnels soignants dans une situation schizo-phrénique, au bord de la rupture. Les épuisements professionnels et les suicides des personnels soignants sont là pour en témoigner.

“ **Les structures d'urgence, dans les hôpitaux publics, doivent être ouvertes H 24 avec une présence médicale permanente et adaptée à leur activité.** ”

### BURN OUT TOTAL

Chaque année, l'activité des SAMU augmente de plus de 5 %. Les contraintes actuelles, en termes d'économies budgétaires, posent sans équivoque des difficultés concernant les personnels pour répondre à ces flux d'appels. Le fait que le drame de Strasbourg soit survenu en hiver n'est pas une coïncidence ; les SAMU, à cette période, sont au bord du gouffre, avec des flux qui peuvent s'élever jusqu'à 300 appels par heure. Le nombre d'assistants de régulation médicale ou de médecins régulateurs est en inadéquation avec cette activité. Cette situation est aggravée par les fermetures de lits



hospitaliers. Il est devenu habituel d'appeler plus de 20 réanimations, en région parisienne, avant de trouver une place pour un patient en détresse vitale. La saturation chronique de la médecine de ville, la raréfaction des praticiens ou la fermeture des cabinets médicaux à certaines périodes, aggravent la crise sanitaire. Les motifs d'appels au SAMU sont de plus en plus larges sortant des missions des SAMU, avec une dimension médicosociale plus prégnante, en lien avec les difficultés de notre société. Pour rappel, dans les référentiels émis par l'HAS : « Le centre de régulation médicale n'a pas pour mission de traiter les demandes, autres que les demandes de soins non programmés ou les demandes d'aide médicale urgente ». On ne peut être

qu'inquiet de la situation à venir. En effet, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) prévoit de faire encore 6,2 milliards d'euros d'économies dans les hôpitaux, pour les quatre prochaines années, dont 1,2 milliards sur les dépenses de personnel, ce qui correspond à 30 000 postes en moins. Comment imaginer une meilleure écoute du patient dans ces conditions ? Le SNPHARE soutient l'ensemble des personnels travaillant dans les structures d'urgences et demande la mise en place sans délai des moyens indispensables à l'obtention d'une régulation médicale moderne et répondant à des critères de qualité :

- Une formation initiale obligatoire pour les Assistants de Régulation Médicale (ARM), standardisée d'au moins 2 ans valorisée par un diplôme d'État qualifiant.
- Une formation continue, avec un temps dédié identifié pour les ARM, dans chaque SAMU, incluant les outils pédagogiques comme la simulation d'appels déjà mise en place dans certains SAMU, la double écoute, les tests de concordance de scripts, les stages, etc.
- Une démarche assurance-qualité et gestion des risques au SAMU : compléter et actualiser toutes les procédures de traitement des appels au 15, accréditation via les revues de morbi-mortalité, les staffs d'évaluation des pratiques professionnelles et la déclaration

d'événements indésirables graves.

- La généralisation des entrepôts de données, au sein des SAMU, afin de mesurer, en temps réel, la charge de l'activité vis-à-vis des ressources mises en place (temps d'occupation en ligne des ARM, temps de décroché etc.), pour structurer et adapter les organisations (indicateurs d'activité, indicateurs de performance, indicateurs de structures).
- La mise en place obligatoire de superviseurs, au sein des SAMU-Centre 15, afin de répondre au besoin de pilotage, d'encadrement en salle de régulation et d'accompagnement des ARM.
- L'application du référentiel sur « les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence » qui date de novembre 2011. Ce référentiel établit des ratios fondamentaux, tels que les rythmes moyens suivants : « pour un médecin régulateur : 6 dossiers de régulation médicale par heure et pour un assistant de régulation médicale : 7,2 appels par heure. Il formalise une quantité et une répartition des effectifs médicaux et non médicaux indispensables à mettre en place pour permettre le « juste soin » en structures d'urgence ».
- L'arrêt immédiat de la fermeture de lits avec une réorganisation de l'hôpital afin de faciliter l'aval des urgences.
- Une réforme en urgence de l'organisation des transports sanitaires qui dysfonctionnent, depuis plusieurs années et provoquent, *ipso facto*, des erreurs dans le processus de décisions en régulation médicale.

Le SNPHARE affirme, haut et fort, que ces mesures sont indispensables au bon fonctionnement des SAMU. Le SNPHARE restera vigilant quant à leur mise en place, car les enjeux de santé publique sont au cœur de nos préoccupations afin d'éviter une crise sanitaire, source de drames aussi tragiques que celui de Strasbourg.

## LE « NO BED CHALLENGE » : UNE FAUSSE BONNE IDÉE ?

Mis en place depuis le 10 janvier, le « No Bed Challenge » permet aux services d'urgences qui le souhaitent d'y participer en déclarant quotidiennement le nombre de patients restés sur des brancards la nuit, par faute de lit d'hospitalisation. La démarche a pour objectif de dénoncer la surcharge des services d'urgences, les problématiques liées à l'aval des urgences et la maltraitance qui en découle, responsable d'une augmentation de la morbi-mortalité. En effet, les conséquences pour les patients sont dramatiques lorsque l'on sait que cette

surcharge entraîne une augmentation de la mortalité de 9 % pour tous les patients et de 30 % pour les patients les plus graves. Ce classement journalier permet de savoir, en fonction d'un code couleur, le nombre de personnes qui a passé la nuit aux urgences. Chaque semaine et chaque mois, sur la base des informations saisies, une liste des « 10 meilleurs et des 10 plus mauvais établissements » est éditée. Cette action vise à sensibiliser les pouvoirs publics aux difficultés majeures de l'aval des urgences. Les chiffres sont collectés par une centaine de services d'urgences, sur les 650 que compte la France.

« Après six mois de « No Bed Challenge », rien n'a changé ! »

Samu Urgences de France a publié un communiqué le 9 mars, « signalant qu'en deux mois et demi plus de 18 000 patients ont passé la nuit sur un brancard des urgences faute de lits pour les hospitaliser dans un service ». En six mois de *No Bed Challenge*, rien n'a changé.

## QUE FAIRE ? ALERER ? DÉNONCER ? UN SEUL CONSTAT : RIEN NE BOUGE !

De quoi désespérer les plus optimistes. Trop peu d'établissements ont mis en place des cellules de crises en cas de saturation. Cet hiver, on a encore vu fermer des lits par les directions hospitalières alors que l'activité était très importante. Le *No Bed Challenge* aurait pu être une bonne idée, mais rien n'a bougé sur l'organisation de l'aval des urgences. Pire, cela a stigmatisé les établissements en difficulté provoquant parfois des conflits entre les urgentistes et leurs directions. Sans oublier la mauvaise publicité que le classement provoque sur le recrutement de praticiens dans ces structures, agissant sur l'attractivité comme un véritable repoussoir. Finalement, ce classement pointe du doigt les services d'urgences en difficulté sans apporter les solutions aux problèmes. C'est la faillite de l'hôpital public dans son ensemble qui est stigmatisée par les événements tragiques récents. Les services d'urgences ne sauraient assumer seuls cette dégradation annoncée de la qualité et de la sécurité des soins.

Il faut continuer à se mobiliser et être à l'origine de propositions innovantes pour améliorer les situations parfois critiques de nos hôpitaux.

## UNE MÉCONNAISSANCE DE LA RÉALITÉ ET DES ENJEUX

L'intervention démagogique du président de la Fédération de l'Hospitalisation Privée, le mois dernier, ne rend service à personne, elle travestit la réalité et n'apporte aucune solution.

Il déclare dans un communiqué que les 124 services d'urgences privés qui, à ce jour, reçoivent chaque année 2,6 millions sont capables de doubler leur activité pour soulager les urgences publiques. Cela est méconnaître notre réalité à propos des urgences privées où les SAMU reçoivent quasi quotidiennement des fax émanant de ces structures demandant d'orienter les patients vers le secteur public. Comble de l'ironie, il n'est pas rare d'entendre ces structures refuser de prendre en charge les patients suivis dans leur établissement depuis de nombreuses années. Il en est de même pour les patients âgés, polypathologiques qu'ils refusent quasi systématiquement, probablement trop lourds à prendre en charge et pas assez rentables.

La DREES signale que les urgences ont recensé 20,3 millions de passages en 2015. Les chiffres parlent d'eux-mêmes, restons respectueux du travail de chacun et arrêtons les communiqués éloignés de la réalité. Le SNPHARE propose qu'au niveau de chaque territoire un plan « Hôpital sous tension » soit élaboré par les structures hospitalières publiques et privées. Ce plan doit proposer des organisations nouvelles capables d'apporter des solutions aux patients lorsqu'une structure est saturée. Le rapport de Thomas Mesnier paru en mai, « Assurer le premier accès aux soins, organiser les soins non programmés dans les territoires » fait le constat unanimement partagé « du besoin pressant de structuration de la réponse à la demande de soins non programmés par les acteurs de médecine ambulatoire, pour éviter que celle-ci ne se déporte par défaut sur les urgences hospitalières et n'en altère le bon fonctionnement. » Il propose d'encourager les professionnels de santé, au premier rang desquels les professionnels ambulatoires, à structurer le service public qui leur est confié au plus près des territoires de santé et dans une optique de soins coordonnés.

## LE SNPHARE NE LÂCHE RIEN !

Le SNPHARE reste préoccupé vis-à-vis d'un projet de décret devant paraître avant cet été. En effet, la DGOS veut modifier le décret sur l'organisation des urgences en dérogeant à l'ouverture H24 des structures d'urgences qu'elles soient SAU, SMUR ou SAMU. Nous sommes convaincus qu'une structure d'urgence, dans un hôpital public, doit être ouverte H 24 avec une présence médicale permanente et adaptée à son activité. Cette volonté de la DGOS est une véritable atteinte à l'accès aux soins, dangereuse pour les patients. Il faut savoir que depuis de nombreuses années, des centres hospitaliers, confrontés à la pénurie d'urgentistes, ont déjà transformé leur service d'urgence en centres de soins non programmés ne fonctionnant que la journée, ce qui leur permet de ne pas être soumis aux normes applicables

aux services d'accueil des urgences. Par ce projet de décret, la DGOS enfonce le clou en voulant modifier sans discernement les normes de fonctionnement actuelles. C'est une régression, une atteinte au maillage médicale indispensable de notre territoire avec une atteinte péjorative sur l'offre de soins pourtant déjà réduite dans de nombreux territoires. Toutes les structures d'urgences sont en pénurie d'urgentistes, dans ce contexte, le risque est de transformer de nombreux services d'urgences en centres de soins non programmés : cela est tout simplement inadmissible pour le SNPHARE.

**Le SNPHARE reste plus que jamais préoccupé par les événements tragiques qui se multiplient évoquant une véritable crise sanitaire. Le SNPHARE œuvre sans relâche à l'amélioration des conditions de travail et apporte son soutien sans faille à tous les professionnels exerçant dans les structures d'urgences.**

*Anouar Ben Hellal, Secrétaire Général Adjoint du SNPHARE*

## Dernière minute : Mise en danger des patients par le décret du 31 mai 2018.

Ce décret modifie le fonctionnement des structures de médecine d'urgence, en cas de lignes de garde communes entre structure d'accueil des urgences (SAU) et structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR). Il donne la possibilité pour les établissements autorisés, lorsque la faible activité du SAU et du SMUR le permet, de recourir à une astreinte médicale afin d'assurer cette activité.

Le SNPHARE dénonce sans ambiguïté ce texte réglementaire, qui apporte une solution très dégradée à la pénurie de médecins urgentistes. Avant ce décret, le fonctionnement d'une structure d'urgence composée d'un SAU et d'un SMUR était assuré par deux praticiens avec deux lignes de gardes distinctes. Dorénavant, pour les structures dites à faible activité (une définition qu'il faudra évidemment préciser au plus vite), une ligne de garde est transformée en astreinte.

C'est une véritable atteinte à la qualité et à la sécurité des soins des patients pris en charge dans ces structures d'urgences avec une régression du service public hospitalier. Dans une période où l'offre de soins se raréfie, les patients les plus fragiles hériteront d'une prise en charge dégradée. Il n'est pas difficile de comprendre que ce futur fonctionnement en astreinte allongera les délais de prise en charge, préjudiciables aux patients potentiellement en urgence vitale.

Ce texte réglementaire est un message de découragement, adressé à tous les urgentistes sur leur travail au quotidien et sur l'avenir de leur métier. Il mettra face à face des organisations inadaptées et des équipes en sous-effectifs, dans des structures en situation récurrente et quasi-permanente "d'hôpital en tension". Le SNPHARE exige le retrait immédiat de ce décret, et demande à la Ministre des Solidarités et de la Santé d'examiner très sérieusement les propositions qui lui ont été adressées, pour un meilleur fonctionnement des structures d'urgences.

## Mode élections activé

En vue des prochaines élections professionnelles, prévues en décembre 2018, PHARE a souhaité poser quelques questions à Renaud Péquignot, président d'Avenir Hospitalier (AH), membre d'Action Praticiens Hôpital (APH). Il nous raconte en quoi ces élections sont importantes tout en nous rappelant ce qu'APH a entrepris comme combats depuis sa création, des combats à poursuivre notamment en participant aux élections.

### PHARE : À quoi « servent » les élections professionnelles ?

**Renaud Péquignot :** L'objectif primaire est l'élection de nos représentants médecins, odontologistes et pharmaciens dans deux instances.

Mais indirectement, ces élections servent à mesurer la représentativité des différentes intersyndicales. Ce second aspect est très important pour valider la légitimité de chaque « philosophie » pour défendre les praticiens hospitaliers : il y a des différences notables entre les 5 intersyndicales (dont AH et la CPH, regroupées pour former APH du fait de leurs fortes convergences de vue), et il est très important pour les représentants de vérifier que les valeurs défendues, que les combats menés, que les avancées obtenues, ou que les reculs évités sont bien ce que vous, les adhérents, espéraient d'eux.

« Il est très important pour les représentants de vérifier que les valeurs défendues, les combats menés et les avancées obtenues sont bien ce que les adhérents espéraient d'eux »

### PHARE : Comment et à quels niveaux agissent les représentants élus à ces élections ?

**Renaud Péquignot :** Pour dresser un tableau rapide, ces élections concerneront tout d'abord les Commissions Statutaires Nationales (CSN) et les Conseils de disciplines (CD), couplées ou suivies de près par les élections au tout nouveau Conseil Supérieur des Professions Médicales Hospitalières (CSPMH), dont la création a été arrachée de haute lutte par Avenir Hospitalier (AH) et la Confédération des Praticiens des Hôpitaux (CPH) regroupées au sein d'Action Praticiens Hôpital. Les Commissions Statutaires Nationales et les Conseils de discipline statuent sur les validations d'année probatoire, les insuffisances professionnelles et les affaires disciplinaires.

### PHARE : Ces élections ont-elles un enjeu particulier ?

**Renaud Péquignot :** L'enjeu de ces élections est autant la participation que la répartition des votes. Ces élections ont donc un double enjeu. Le SNPHARE a récemment publié une enquête portant sur plus de

45 000 PH et montrant le poids de leur déception face à la situation qui leur est faite, l'amour de leur métier et du service public hospitalier, mais aussi une certaine impatience d'agir, la majorité des répondants estimant qu'il était temps de réagir, y compris

par la grève s'il le fallait et sans délai !

La participation aux élections montrera que nous tenons fermement notre destin en main, qu'il n'est plus temps de se résigner à soigner correctement des malades tout en supportant les restrictions aveugles dont le seul sens est l'accroissement des inégalités sans aucun avantage pour le pays.

D'un autre côté, la répartition des voix montrera un choix clair entre deux attitudes fondamentalement différentes face aux pouvoirs publics. Au cours du quinquennat précédent, nous avons connu une stratégie dont

le seul but était de tenir cinq ans sans rien bouger. Pour dialoguer, concerter, commissioner, débriefer, il y avait du monde ! Pour avancer concrètement, seule la ténacité d'APH a permis d'obtenir quelques avancées dont la somme reste néanmoins insuffisante face à la perte due au blocage des salaires...

### PHARE : De quelles avancées s'agit-il ?

**Renaud Péquignot :** La prime d'entrée dans la carrière hospitalière pour les spécialités ou pour les zones en tension extrême pour commencer et puis la prime d'exercice territorial, la revalorisation de la prime d'exclusivité de service public après quinze ans d'exercice, la fin de la rémunération différenciée en temps de travail additionnel de nuit (qui aboutissait à une rémunération moindre que le TTA de jour !). Sans oublier la création d'une troisième plage de fin de journée, même si le texte présentait des imprécisions dont nous nous méfions. Enfin, nous avons exigé et obtenu un rééquilibrage des pouvoirs entre les praticiens et les administrations, à commencer par les attributions des CME !

*Propos recueillis par Saveria Sargentini*

# Un délégué du SNPHARE, ça sert à quoi ?

**Le rôle du délégué a plusieurs facettes. Il doit faire circuler l'information du Conseil d'administration vers la base et vice versa. Il représente le SNPHARE localement et régionalement ainsi que l'intersyndicale Avenir Hospitalier s'il a un mandat régional (CRP, CRSA, CSOS).**

**Un délégué est là pour conseiller, soutenir et défendre ses collègues : de manière collective, en s'opposant à la dégradation de l'outil de travail et à l'aberration de certaines politiques de santé et de manière individuelle, lors par exemple d'une situation conflictuelle avec l'administration. Il doit également surveiller et essayer d'améliorer les états de cotisations localement et régionalement par une approche syndicale de terrain.**

## Quelles sont les conditions à remplir pour être délégué ?

- Etre à jour de sa cotisation les deux années précédant sa candidature.
- Etre praticien hospitalier titulaire en position d'activité.
- Etre volontaire et bénévole.
- Avoir envie de défendre la ligne et la philosophie du SNPHARE (principes généraux dans les statuts) et s'engager à agir dans le respect de cette ligne.
- Ne pas faire l'objet d'une contestation violente des adhérents, d'un avis défavorable en CNS ou disciplinaire, d'une insuffisance professionnelle, d'une interdiction d'exercice, ni d'une condamnation au tribunal civil ou pénal.

## De quelle façon le Conseil d'Administration (CA) accompagne et soutient les délégués ?

Une rencontre est organisée lors de l'AG annuelle ou bien durant un séminaire des délégués. Le Conseil d'Administration du SNPHARE se déplace également en région. Le CA se charge de la diffusion de l'information, régulièrement actualisée, par toute méthode de communication moderne, notamment à propos du positionnement du SNPHARE et des actions à mener. Le CA est là pour apporter une aide individuelle aux délégués, que ce soit par téléphone ou par mail, à propos de conseils juridiques, d'orientation sur demande

vers des avocats. Les membres du CA peuvent également prévoir des déplacements sur le terrain au cas par cas. Le délégué peut toujours se renseigner en envoyant un message à l'un des membres du CA ou par mail au [webmaster@SNPHAR.fr](mailto:webmaster@SNPHAR.fr).

## Les différents types de délégués :

### Le délégué contact

Il réceptionne et diffuse les informations et actualités du SNPHARE, son statut de délégué n'est pas officialisé.

### Le délégué local

Son statut est officialisé par courrier et notifié à sa direction. Il est idéalement élu ou alors désigné par le CA sur proposition du délégué régional ou d'un membre du CA. Il est impliqué dans la vie de son établissement (CME, CHSCT, COPS, DPC, CREIX, Groupe de travail au niveau de l'EPS etc.) Il agit seulement localement en lien avec le délégué régional. Il est aussi invité de façon ponctuelle aux réunions du CA.

### Le délégué régional de niveau

Il a les mêmes attributions que le délégué local et il est en plus membre de droit de notre intersyndicale Avenir Hospitalier. Il agit au niveau local et régional avec une implication notamment au niveau de l'ARS / CRP, CRCI, CRSA, CSOS, groupe de travail au niveau de l'ARS. Les membres élus aux élections professionnelles, élus au sein du CA, ou nommés titulaires au sein des CRP sont de droit délégués régionaux.

### Le délégué Honoraire

Pour être délégué honoraire hors classe il faut être un délégué impliqué dans l'action syndicale depuis plus de 10 ans. Avec son accord, il peut se voir confier des missions sur des dossiers précis par le CA.

### Administrateur du Conseil d'Administration

L'administrateur est un cotisant du SNPHARE qui a été élu lors de l'AG. Il participe aux réunions du CA. Il est automatiquement délégué régional.

## Nul besoin d'être un expert du statut ou de la lutte syndicale pour être délégué !

« Anesthésiste-réanimateur, praticien hospitalier depuis 2008 dans un CHU parisien, j'ai adhéré au SNPHARE en 2010 car je voulais soutenir son action, sans avoir de problème local particulier à défendre. Nous avons, à cette époque, organisé des élections locales afin de désigner un délégué, qui a été choisi parmi les adhérents de longue date. Je suis devenu délégué après validation par mes collègues adhérents au SNPHARE. J'ai ensuite été invité permanent au conseil d'administration pendant un an, et j'y ai été élu comme administrateur cette année.

Dans un premier temps, j'hésitais à être candidat, étant par nature peu enclin à me mettre en avant. Mais m'intéressant au statut de PH et à nos droits, j'ai fini par devenir le référent du service pour ces questions. J'ai finalement accepté d'être délégué contact, c'est-à-dire de manière officieuse, sans publicité auprès de la direction.

Cela m'a donné accès à plus d'informations provenant de la direction du SNPHARE, et le rôle de relais local du délégué m'a semblé primordial. J'ai vu que le conseil d'administration était très disponible pour aider les délégués et j'ai rapidement accepté d'être délégué officiel (délégué local).

Le conseil d'administration du SNPHARE est très actif sur le plan national, mène réflexions et négociations sur les conditions d'exercice et l'évolution du statut de PH, appelle à des mouvements nationaux quand cela est nécessaire... Il ne peut pas être en contact direct permanent avec tous les adhérents. Ainsi, le délégué a un rôle pivot primordial. Il transmet les informations au niveau local à ses collègues ne recevant pas nécessairement les courriels du conseil d'administration. Il peut aussi faire remonter au CA les conflits locaux, et recevoir son aide en retour. En cas d'appel à la grève, une forte mobilisation ne peut être obtenue qu'avec l'aide des délégués, qui peuvent informer leurs collègues des enjeux de façon infiniment plus efficace qu'une lettre d'information.

Nul besoin d'être un expert du statut ou de la lutte syndicale pour être délégué ! Le site du SNPHARE bientôt renouvelé est d'une aide précieuse, et le conseil d'administration répond rapidement aux sollicitations de ses délégués. »

*Eric Lebihan, délégué régional et administrateur du SNPHARE*

## Le rôle du délégué local : accompagner, informer les collègues et prévenir le CA en cas de conflit

« J'ai 35 ans et je suis anesthésiste-réanimateur à Nîmes. J'ai adhéré au SNPHARE il y a trois ans, puis je suis devenu délégué même si ce n'était pas mon objectif au départ.

Il se trouve qu'il y a trois ans, nous avons eu des soucis avec la direction de mon hôpital. J'ai décidé de contacter le SNPHARE qui a immédiatement répondu à ma demande. J'ai senti qu'il y avait un réel soutien de la part du conseil d'administration. Tout a changé à partir de ce moment là. Les collègues se sentaient soutenus, moi aussi d'ailleurs et la direction ne réagissait plus de la même façon après avoir appris que nous avions contacté un syndicat. J'ai donc compris l'importance de s'unir dans ce genre de situation et surtout de pouvoir compter sur un organisme syndical.

Je suis très attaché au service public, à notre métier et à la défense de nos droits, ce qui a forcément joué dans ma décision de franchir le pas en devenant délégué. Le but était de pouvoir véhiculer de l'information, faire en sorte que mes camarades/collègues soient au courant, surtout pour les plus jeunes qui sont souvent perdus devant les textes ou leurs contrats de travail.

Quand nous avons eu ces soucis avec l'administration il y a trois ans, je me suis positionné auprès de mon chef de service chef de pôle et j'ai compris qu'ils avaient conscience de l'importance du SNPHARE au niveau médical.

Aujourd'hui, au moment de la signature de contrat, les jeunes viennent me voir pour me demander des infos. Il faut qu'ils aient une notion très claire de la législation.

Je ne supporte pas qu'on bafoue nos droits, nous faisons un travail assez difficile pour ne pas être embêtés par tout ça, alors il me semblait nécessaire de continuer à aider mes collègues et continuer à défendre nos droits.

Le rôle de délégué me semble primordial à partir du moment où nous sommes ceux qui diffusons les informations au sein des services. Nous sommes là pour relayer les actualités du syndicat mais pas seulement, notre rôle est surtout d'accompagner, d'informer et de prévenir le syndicat en cas de conflit.»

*Mathieu Brière, délégué local du SNPHARE*

## Le choix de Marie

Une ancienne urgentiste a décidé de rester anonyme pour répondre à nos questions, nous l'appellerons Marie. Marie a 35 ans, elle a fait médecine après le bac. Un DES de Médecine Générale, puis un DESC de Médecine d'Urgence. Assistante des Hôpitaux, puis PH. Parcours classique. Après avoir travaillé pendant 7 ans aux urgences d'un hôpital périphérique, elle a décidé de partir. L'idéal de santé pour tous, dans les grandes ou les petites villes, l'accès au soin quel que soit le niveau social du patient, autant de grands principes que Marie n'a plus retrouvés dans son métier, ce qui l'a amené à abandonner sa vocation d'urgentiste pour pouvoir exercer la médecine selon ses valeurs.

**PHARE : À quel moment avez-vous ressenti que l'hôpital public allait mal ? Est-ce que ça a été brutal ou insidieux ?**

**Marie :** Je l'ai ressenti assez rapidement. Au début je me suis battue farouchement pour faire mon métier du mieux possible et défendre le service public, auquel je suis très attachée. Je me suis rendue compte petit à petit que ces combats étaient vains. Des lignes d'infirmiers supprimées du jour au lendemain, des projets qui n'aboutissent jamais, on commande huit brancards et il y en a trois qui arrivent.

Des petits détails du quotidien, qui finissent par ternir l'image qu'on pouvait avoir de l'hôpital public, de son rôle et puis on finit par lâcher prise. J'ai donc décidé de quitter l'hôpital public.

**PHARE : Pensez-vous que l'hôpital public a perdu son âme ou que votre situation est un cas particulier ? Qui sont les responsables à votre avis : les tutelles ? Les directeurs d'hôpitaux qui font une gestion purement comptable ? Les médecins / soignants qui sont complices en ne disant rien ?**

**Marie :** C'est un tout. Ce que je perçois à mon niveau, c'est qu'il y a une volonté politique de fermer les petits hôpitaux, de n'avoir qu'un grand pôle par département. Tout ça sans l'afficher clairement évidemment. C'est plus facile de faire partir les médecins et les soignants pour dire ensuite : « Mais, nous n'avons plus de médecins donc on ne peut pas laisser cet établissement ouvert ! ».

Le service public coûte cher, malheureusement. De plus en plus, les compétences sont redistribuées du public vers le privé, tout ça au détriment du patient. Le système de santé français comme on l'a connu, la santé pour tous, les grands principes, je crains que ce soit fini.

**PHARE : Votre expérience de l'intérim : est-ce une pratique de la médecine plus facile, plus difficile ? Quels sont les avantages et les inconvénients, par rapport à une activité professionnelle fixe dans un établissement ?**

**Marie :** Je pense que c'est plus facile. J'ai beaucoup côtoyé d'intérimaires quand j'étais titulaire. Puis, je l'ai été moi-même pendant un mois et demi. Ce que je constate c'est que les horaires ne sont pas toujours respectés. Le temps de trouver les tenues, les codes

informatiques et d'approprier un système qu'on ne connaît pas forcément, du temps est perdu. En pratique, les « super efficaces » commencent à 9h et demi, et d'autres à midi. Certains intérimaires travaillent super bien, ils soignent bien leurs patients, mais le lendemain, à 8h, ils s'en vont et n'ont plus aucun souci à régler. Ce n'est pas à eux qu'on va demander de former les internes, de venir en réunion pour parler du service. Tout ça mis bout à bout pèse énormément sur les titulaires. L'intérimaire n'a à s'impliquer qu'au niveau de son patient. Selon moi, le rôle d'un médecin ne se limite pas à soigner un patient, mais inclus égale-

ment un service rendu à l'hôpital public et à la société. Ce que l'intérim ne demande pas.

**PHARE : Les intérimaires sont-ils, à votre avis, la bouée de sauvetage de l'hôpital public ou un nouveau mode d'exercice qui détruit l'hôpital public ?**

**Marie :** Disons que c'est une bouée de sauvetage qui fuit beaucoup. Quelque chose qui devrait rester très temporaire, mais qui se pérennise, voire se développe. Certains vous diront qu'ils n'ont pas de vacances, pas d'avantages sociaux, aucune sécurité de l'emploi, et c'est comme ça qu'ils justifient leur mouvement. Mais ce sont eux qui ont choisi. S'ils voulaient une stabilité et une certaine sécurité, ce ne sont pas les postes de

“ Selon moi, le rôle d'un médecin ne se limite pas à soigner un patient, mais inclut également un service rendu à l'hôpital public et à la société. Ce que l'intérim ne demande pas. ”

PH qui manquent, sauf peut-être dans les CHU. Dans les hôpitaux périphériques, ils n'auraient qu'à claquer des doigts pour avoir ces « avantages ». Par contre, il faut accepter certaines choses en échange : gagner moins d'argent, revenir aux réunions en dehors du temps clinique, s'impliquer dans la vie du service... Donc, c'est vraiment un choix et rien d'autre.

**PHARE : Que pensez-vous des revenus des intérimaires ? Intérimaire rime-t-il toujours avec mercenaire ? Est-ce eux qui sont trop payés, réclament trop, ou les médecins hospitaliers qui ne sont pas payés à leur hauteur de la responsabilité et de la pénibilité liée à leur travail ?**

**Marie :** C'est un peu des deux. Les médecins hospitaliers ne sont pas assez payés, c'est certain. Vu le niveau d'études et ce qu'on ramène avec nous à la maison. Alors oui, un PH est mieux payé que la plupart des gens en France. Mais on ne se rend pas compte parfois du niveau d'implication et de responsabilité que ce métier demande. La revalorisation doit être financière, certes, mais également permettre une meilleure prise en compte du temps non-clinique, plus de formations et de partages d'expérience.

Quant aux intérimaires, certains sont effectivement des « mercenaires ». J'en connaissais un qui disait : « Ce week-end là je travaille, mais je bookerai ma garde au dernier moment, comme ça les prix auront monté ». Le mois où j'ai travaillé en intérim, j'ai fait 8 gardes de 24h (rythme « normal » pour un PH). Je n'ai jamais gagné autant d'argent. Et encore, je n'ai jamais marchandé mes gardes. 1100 euros les 24h, c'est déjà très honorable, et très élevé, comparé à mon salaire de PH. Un jour je me suis fait houspiller par un intérimaire : « Ça ne va pas de bosser à ce tarif-là ! Tu n'es pas française ? Tu n'as pas de diplôme ? Tu fais chuter le marché ». C'est malheureux.

**PHARE : Pourquoi avez-vous finalement quitté l'intérim pour une activité libérale ?**

**Marie :** J'ai quitté l'hôpital public pour une activité libérale et j'ai eu un trou d'un mois et demi durant lequel j'ai fait de l'intérim. Il n'a jamais été question pour moi de faire carrière dans l'intérim. J'ai fait le choix de quitter l'hôpital pour recommencer à soigner dans de meilleures conditions. Mon rapport à l'humain aujourd'hui est beaucoup plus sain. Alors oui, je ne sauve plus des vies comme avant. Je ne fais plus mon métier d'urgentiste, celui que j'adorais faire, mais j'ai fait ce



choix. Je peux prendre le temps de m'asseoir avec mes patients cinq minutes pour discuter avec eux. Parfois c'est ce dont ils ont le plus besoin.

**PHARE : Vous qui voyez des patients en dehors de l'hôpital, comment est perçu l'hôpital public par les patients ?**

**Marie :** Je constate que l'hôpital public a souvent mauvaise réputation. Parfois, la consultation commence par « Docteur, je n'irai pas à cet hôpital ». Ça me fait mal car ce sont mes anciens collègues, je sais qu'ils travaillent bien et que ce n'est pas leur faute, ils font tous ce qu'ils peuvent. Mais je les comprends. Ce ne sont pas les soins le problème : généralement, ils ne se disent pas mal soignés, mais mal accueillis. Ce n'est pas le soin ou les humains, c'est tout ce qu'il y a autour. Certes, l'hôpital public, ce n'est pas l'hôtel. Mais 24h sur un brancard, dans un couloir, sans aucune intimité, c'est de la maltraitance.

**PHARE : Faut-il sauver l'hôpital public ? Comment ? Changement de la politique de santé, action syndicale, usagers...**

**Marie :** Bien sûr qu'il faut le sauver ! La santé pour tous, c'est essentiel. Je ne vois pas comment les personnes, qui vivent dans des territoires isolés, peuvent s'en sortir sans l'hôpital public, et ces territoires sont nombreux en France. J'espère juste que c'est encore possible. Comment ? C'est compliqué, mais il faudrait déjà commencer par redonner une place centrale aux soignants et aux patients. Aux humains !

*Propos recueillis par Saveria Sargentini*

**Pensez à suivre l'actualité sur le site du SNPHARE**

**<http://www.snphare.com>**

**Pour s'abonner aux lettres d'information : <http://eepurl.com/dlo0H1>**

# Suspension directe d'un PH : huit ans après, rien n'a changé

Déjà 8 ans, et rien n'a changé ou si peu. En effet, dans le PHAR n° 55 de décembre 2010, le sujet avait été abordé et le SNPHARE demandait alors que la procédure de suspension directe par le Directeur soit règlementairement encadrée. De quoi s'agit-il ?

## QUI SUSPEND ET POURQUOI ?

Dans le statut actuel des PH, la suspension des activités cliniques et thérapeutiques d'un PH ne peut relever que de trois cas : soit dans le cas d'une procédure disciplinaire (article R.6152-77 du CSP), soit dans le cas d'une procédure en insuffisance professionnelle (article R.6152-81 du CSP), soit dans le cas d'une suspension de la seule participation à la permanence des soins lorsque la situation l'exige (article R.6152-28 du CSP). Dans chacun de ces cas, la suspension est encadrée : le PH est informé, un premier niveau existe au niveau de l'établissement lui-même (pôle, CME, PCME), le PH a accès à son dossier pour préparer sa défense avec débat contradictoire et il peut même se faire assister ; le CNG, tout comme l'ARS, est informé et c'est lui-même qui ordonne la suspension dans les deux premiers cas.

Pourtant, des PH peuvent être suspendus, en dehors de ces procédures, et par le Directeur, seul, de l'établissement. En effet, du fait de son pouvoir de direction ou encore de son pouvoir de police à l'intérieur de l'établissement dévolu règlementairement par l'article L.6143-7 du CSP, le Directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel, et cette autorité va jusqu'à suspendre *ex abrupto* tout agent si nécessaire ; ceci a été confirmé par plusieurs arrêts de la justice administrative. Il n'existe aucune procédure règlementaire permettant d'encadrer cette procédure, en instituant une obligation d'information, d'accès au dossier et de débat contradictoire. Cependant, pour le Conseil d'État, et c'est depuis quelques années systématiquement rappelé dans la jurisprudence administrative actuelle, cette décision de suspension doit être encadrée par les conditions suivantes :

- elle est prise sous le contrôle du juge, c'est-à-dire, qu'il ne s'agit en aucun cas d'une mesure d'ordre intérieur à l'établissement mais d'une décision administrative susceptible d'être déférée à la censure d'un juge administratif ;
- elle doit être prise en urgence ;
- au titre des nécessités d'intérêt des services, c'est-à-dire dans le cas de circonstances exceptionnelles comme la nécessité de maintenir la continuité du service public, soit la continuité et la permanence des soins,

ou comme la garantie de la sécurité non seulement des patients, mais également celle des personnels, cette notion se résumant au fil du temps à une expression beaucoup plus floue « lorsque la situation l'exige », expression reprise depuis dans la rédaction de certains articles du CSP et laissée à la libre interprétation du juge administratif ;

- avec obligation théorique d'informer le plus rapidement possible, l'autorité investie du pouvoir de nomination, c'est-à-dire maintenant la Directrice Générale du CNG, pour suite à donner : soit abandon, soit initiation d'une procédure en insuffisance professionnelle ou en discipline, soit consultation du comité médical local. Cependant, plusieurs arrêts de Cour Administrative d'appel précise « *qu'il ne résulte d'aucun principe ni d'aucune disposition qu'une telle mesure doit être accompagnée ou suivie de l'engagement d'une procédure disciplinaire ou de licenciement pour insuffisance professionnelle.* » Par ailleurs, le délai d'information de la suspension est très vague : il peut aller jusqu'à quelques mois sans que les juges administratifs n'en tiennent rigueur, le temps sans doute de réaliser une enquête préliminaire.

## ET APRÈS ?

Ce n'est pas une sanction disciplinaire. C'est une mesure conservatoire, c'est-à-dire que le praticien concerné continue à toucher sa rémunération de base, et seulement celle-ci et à l'échelon atteint lors de cette suspension (l'avancement est aussi suspendu). C'est une mesure provisoire ; quant à la durée de la suspension, en dehors de la reprise du dossier par le CNG, il n'existe aucune règle et la voir se prolonger sur plusieurs années n'est pas si exceptionnelle. Enfin, dans ces circonstances, il n'existe aucune obligation pour que l'intéressé puisse accéder à son dossier et débiter un débat contradictoire. Ce n'est que lorsque le CNG aura décidé de l'orientation à prendre pour la suite que le débat contradictoire et la défense du praticien incriminé pourront être initiés avec accès règlementaire au dossier ; il ne peut intervenir avant dans l'état actuel de la réglementation sous peine d'ingérence dans le fonctionnement de l'établissement concerné. La seule défense de l'intéressé, dans cette situation, est de porter

l'affaire devant la juridiction administrative qui ne peut statuer que sur le bienfondé de cette décision. Si l'on considère la jurisprudence administrative, depuis 1983, c'est quand même 115 décisions des Cours Administratives d'Appel et 86 décisions du Conseil d'État qui ont été ainsi rendues avec une nette augmentation sur les dix dernières années. Comme quoi, cette procédure est loin de ne pas être utilisée, et on peut s'apercevoir que, malheureusement, dans bien des cas, l'arbitraire a prévalu... !

## LE RÔLE DU CNG

Le CNG a émis des recommandations quant à l'utilisation de cette procédure par les directeurs d'établissements, accompagnées d'un modèle de notification de la décision à l'intéressé avec notamment l'indication de la transmission immédiate du dossier au CNG. Sur les dix dernières années, d'après les chiffres fournis par le CNG, c'est 161 dossiers qui sont ou ont été traités dont 31 encore en cours de résolution, et ce pour certains depuis plusieurs années ... Le suivi de ces dossiers fait maintenant partie du bilan annuel d'activité du CNG.

Existe-t-il une augmentation de l'utilisation de cette procédure par les Directeurs d'EPS ? Ce n'est pas facile à mettre en évidence : tout dépend de la transmission ou non des dossiers au CNG. Les administrateurs du SNPHARE se trouvent, cependant, de plus en plus souvent sollicités par des praticiens suspendus, selon cette procédure, certainement en rapport avec la prégnance hospitalière administrative et financière compliquée par la mise en place des Groupement Hospitaliers de Territoire (GHT). En 2017, c'est quand même 16 nouveaux dossiers contre 7 en 2016. Cela reste à suivre.

## VOUS AVEZ DIT ARBITRAIRE ?

Quoi qu'il en soit, si on peut comprendre que l'urgence de certaines situations fait que l'on ne puisse s'opposer à la pérennité d'une telle procédure, et même heureusement qu'elle existe, ce n'est pas pour autant que l'arbitraire doit y prévaloir et qu'elle serve plus à des règlements de compte qu'à une réelle sauvegarde du service public, et ceci d'autant qu'il existe déjà, dans notre statut, des procédures ad hoc pour traiter ce genre de situation. Afin de respecter le droit fondamental de la présomption d'innocence, d'éviter tout dérapage, et réduire la période d'incertitude complète dans laquelle se trouve le PH incriminé, cette procédure de suspension directe par le directeur de l'établissement doit être encadrée et insérée dans notre statut avec les éléments suivants :

- prise de cette décision motivée uniquement après avis du président de la CME et du chef de pôle ;
- transmission immédiate obligatoire à l'ARS et au CNG ;

- accélération de l'instruction du dossier par une implication plus poussée du CNG auprès, à la fois, de l'établissement mais aussi du PH incriminé, et par une cellule d'appui, nationale, multipartite comportant un représentant du CNG, un de la DGOS, un des directeurs et un des PH et dont le rôle princeps serait de proposer un avis, seulement consultatif, à la direction générale du CNG, à charge pour cette dernière de réaliser une instruction plus complète, en cas d'engagement de poursuites en insuffisance professionnelle ou disciplinaire. À défaut, ce rôle pourrait être confié à la commission régionale paritaire concernée.

Cela permettrait également d'éviter le recours à la juridiction administrative.

Au terme de l'exposé de ces commentaires, on comprend qu'un PH suspendu, par le biais de cette procédure, doit :

- conserver la notification de la suspension qui a dû lui être remise directement avec signature d'un récépissé ou bien envoyée avec accusé de réception ;
- réclamer la consultation de son dossier, au niveau de l'établissement, au moyen d'un courrier avec accusé de réception adressé au directeur de l'établissement, en application de l'article 6 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;
- prendre contact avec le CNG au niveau du département gestionnaire des praticiens hospitaliers (M. Bernard Chenevieres ou M. Emmanuel Riquier) :
  - pour vérifier que le CNG a bien été informé de cette nouvelle situation,
  - pour obtenir des renseignements concrets sur le déroulement de l'instruction du dossier ; au terme de cette instruction, si une procédure en insuffisance professionnelle ou une procédure disciplinaire est engagée par le directeur du CNG, le dossier sera transmis à l'intéressé, deux mois avant la date de tenue de la Commission Statutaire Nationale réunie en formation d'insuffisance professionnelle ou du Conseil de Discipline. Mais ce peut être aussi soit l'abandon pur et simple, soit l'orientation vers la consultation du comité médical de l'établissement.
  - obtenir des précisions sur la durée prévisible de la suspension. En cas d'abandon de poursuites de la part du CNG, cette suspension devient caduque, sinon elle doit durer jusqu'au au compte-rendu du comité médical local, s'il y a lieu et peut-être alors se prolonger sous forme d'un arrêt de maladie ou aboutir à une incapacité professionnelle, ou bien jusqu'à la prise de décision du type de poursuites, disciplinaires ou en insuffisance professionnelle, qu'engagera le directeur du CNG.

*Jean Garric, Administrateur du SNPHARE*

## Faut-il sauver le statut de praticien hospitalier ?

Le SNPHARE a lancé une enquête auprès de l'ensemble des praticiens travaillant à l'hôpital public : « Faut-il sauver le statut de praticien hospitalier ? ». Cette enquête visait à préciser le regard des praticiens – titulaires et non-titulaires – sur l'engagement dans l'hôpital public et leurs attentes vis-à-vis du statut. Les résultats de cette enquête ont servi de base à la réflexion du séminaire du Conseil d'Administration du SNPHARE.

### LA MÉTHODOLOGIE

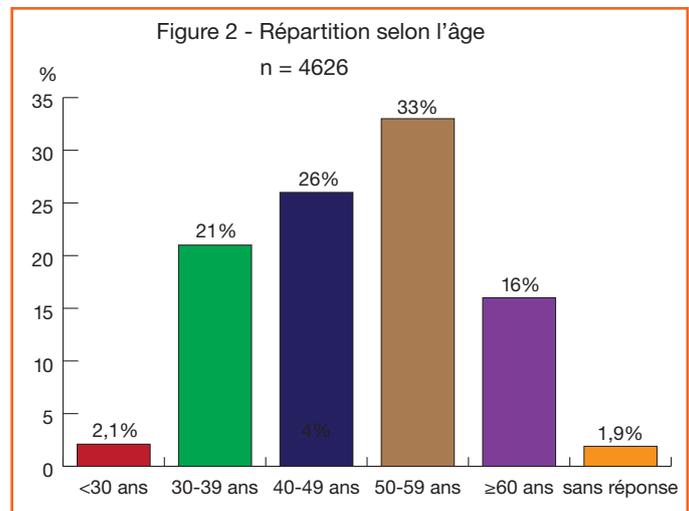
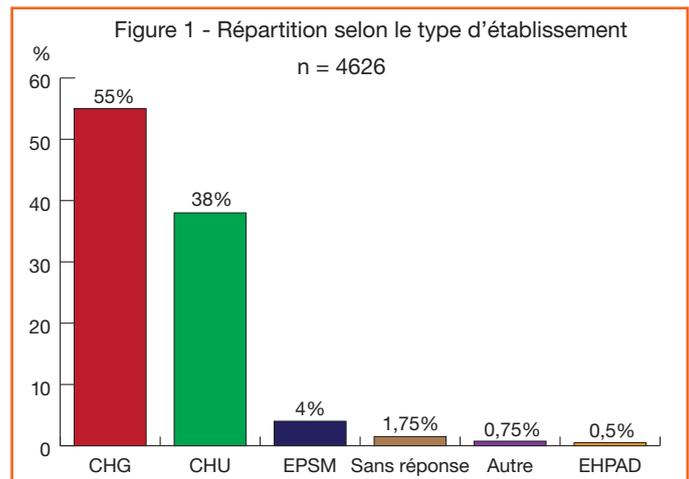
L'enquête a été réalisée du 21 février au 19 mars 2018 : un questionnaire en ligne a été envoyé par mail à l'ensemble des praticiens hospitaliers (PH) et professeurs des universités (PU-PH), seuls praticiens dont le SNPHARE possède la mailing list, transmise par le Centre National de Gestion. L'extension de la diffusion aux autres médecins hospitaliers a été réalisée grâce aux relais locaux des délégués SNPHARE, à la parution de l'enquête sur le site et la page Facebook du SNPHARE et aux diffusions par des syndicats amis (SNJAR, INSCCA et SCCAHP, ISNI) et par notre intersyndicale Avenir Hospitalier / Action Praticien Hôpital. Toutes les réponses ont été anonymisées.

### QUI A REPONDU ?

Nous avons obtenu 4626 réponses complètes, exploitables, ce qui représente environ 10 % de la population ciblée. Ce résultat qui peut sembler faible est à tempérer par de nombreuses difficultés pour la réception de l'information (mails bloqués ou absence d'adresse mail professionnelle dans certains établissements, absence de mail) ou pour l'accès à l'enquête depuis les ordinateurs hospitaliers, notamment dans de nombreux CHU, dont l'AP-HP. Les répondants sont, en très large majorité, des praticiens hospitaliers titulaires (85 %), du fait des modalités d'envoi de l'enquête;

“ 75 % des praticiens titulaires estiment que le service public ne répond pas (ou plus ?) à leurs attentes. ”

55 % travaillent en CH, 38 % en CHU, le reste se répartissant entre établissements de santé mentale (4 %), EHPAD (< 1 %) et autres établissements (Figure 1). Il y a autant d'hommes que de femmes qui ont répondu ; 21 % ont entre 30 et 39 ans, 26 % entre 40 et 49 %, 33 % entre 50 et 59 ans, 16 % ont plus de 60 ans (Figure 2).



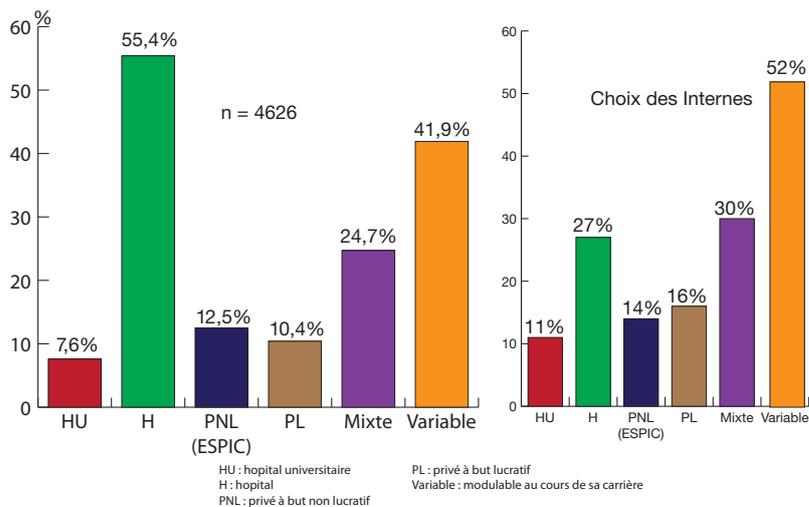
Les spécialités les plus représentées sont l'anesthésie-réanimation (19 %), la psychiatrie (7 %), la médecine d'urgence (7 %), la biologie médicale (6 %), la gériatrie (6 %), la pharmacie (5 %), la pédiatrie (5 %).

### PUBLIC, PRIVÉ OU LES DEUX ?

#### Quels critères de choix pour un mode d'exercice ?

La question a été posée aux non-titulaires, qui sont principalement des jeunes praticiens. Les trois critères majeurs de choix sont : la possibilité d'avoir une activité diversifiée (74 %), l'appartenance à une équipe

Figure 3 - Choix de Carrière, quel mode d'exercice ?



(73 %), l'équilibre de temps entre vie personnelle et vie professionnelle (67 %). Pour cela, le secteur public est plébiscité par les praticiens, mais cela est à tempérer chez les jeunes répondeurs qui se destinent davantage que les autres à un exercice mixte et/ou variable dans le temps (Figure 3).

**Choix de carrière : le TOP 3 des critères**

La possibilité d'avoir une activité diversifiée

L'appartenance à une équipe

L'équilibre de temps vie personnelle/vie professionnelle

**Pourquoi avoir choisi l'hôpital public ?**

C'est la question posée en contrepoint aux praticiens titulaires. Dans l'ordre, on retient : les valeurs de ser-

**Choix du public : le TOP 3 des critères**

Les valeurs de service public, ouvert à tous et tout le temps

L'absence de lien d'argent avec le patient

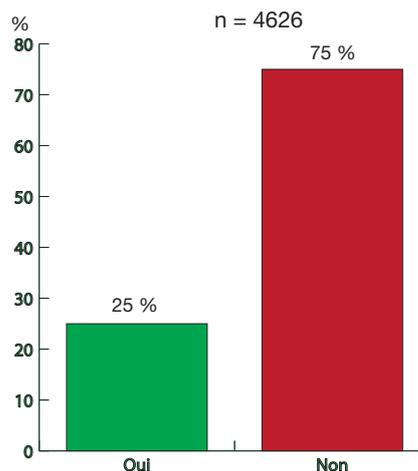
Les valeurs éthiques et morales

vice public, ouvert à tous et tout le temps (81 %), l'absence de lien d'argent avec le patient (63 %), les valeurs éthiques et morales (53 %). Particularité pour les PU-PH, qui retiennent en premier la recherche et l'innovation (81 %), l'enseignement (79 %) puis les valeurs de service public (73 %), ce qui est cohérent avec leur fonction universitaire, qui est donc mise en avant. Les motivations pour le service public des titulaires sont donc très différentes de celles des non-titulaires, plus jeunes, reflétant l'évolution sociétale du rapport au travail.

“ Si l'hôpital public attire toujours les médecins, les aspirations des jeunes ne sont plus celles de leurs aînés. ”

**En revanche, 75 % des praticiens titulaires esti-**

Figure 4 - Le service public répond-il à vos attentes ?



**Le problème du service public**

Dégradation de l'environnement de travail

Dysfonctionnements organisationnels

L'humain n'est plus au centre des préoccupations

Intensification du travail

Part trop importante du travail administratif

ment que le service public ne répond pas (ou plus ?) à leurs attentes (Figure 4) ; ce chiffre se retrouve quels que soient la tranche d'âge, le sexe, le statut des sondés. Dégradation de l'environnement de travail, dysfonctionnements organisationnels, et constat que l'humain n'est plus au centre des préoccupations sont les trois grandes causes de déception, suivies par l'intensification du travail et la part trop importante du travail administratif.

La perception de l'hôpital public d'aujourd'hui par les praticiens est très inquiétante : ceux-ci pensent, avant tout, que l'hôpital public attend des praticiens de rentrer dans un cadre hiérarchique (48 %), d'améliorer la rentabilité en multipliant les actes (45 %) ; la notion de réaliser le meilleur soin au meilleur coût n'apparaît qu'en troisième position (43 %). Seulement 32 % et 9 % respectivement des praticiens pensent que l'hôpital public attend d'eux 1/ une pertinence

## TOP 3 des missions d'un syndicat médical

**Redonner du pouvoir aux praticiens au sein de l'hôpital**

**Garantir les acquis du statut de PH (congé formation, RTT, CET, IRCANTEC)**

**Garantir l'autonomie de réflexion et de décision propres à l'exercice médical**

**Et la priorité pour les spécialités à permanence des soins (PDS)**

**Reconnaître la pénibilité liée à la PDS**

des actes, 2/ une appropriation de l'outil, du métier. La perte de sens du métier est criante.

## ALORS, LE STATUT, C'EST FINI ?

Peu de répondants jugent que le statut est un carcan non évolutif (19 %), mais deux écueils majeurs du statut sont mis en avant ; il ne permet pas la reconnaissance des meilleurs ou des plus investis (50 %) et enferme dans une grille salariale qui n'est plus en rapport avec les responsabilités du métier (49 %). Nous rappelons ici que le statut de praticien hospi-

talier a déjà été revu plusieurs fois depuis sa création en 1984, et qu'il devient urgent, à notre avis, de le moderniser... plutôt que de développer des emplois précaires (contractuels, cliniciens...) voire des emplois « Kleenex » (intérimaires recrutés à la journée).

## QUAND ET COMMENT AGIR ?

Les moyens d'actions sont une question difficile pour les médecins, peu enclins, surtout dans certaines spécialités à lien très personnalisé avec le patient, à faire une grève des soins. 54 % des praticiens sont prêts à signer des pétitions, 47 % à réaliser des actions collectives simultanées sur le territoire, 46 % une grève du codage (qui est illégale), 40 % une grève des soins non urgents. La grève des soins urgents n'est pas un mode d'action souhaité.

Des moyens d'action innovants, qui conviendraient à l'exercice médical tout en ayant une portée forte auprès des tutelles, sont à trouver. Toujours est-il que 85 % des praticiens se disent prêts à se mobiliser dans l'année pour défendre leur métier.

## QUE RETENIR DE TOUT CELA ?

Si l'hôpital public attire toujours les médecins, les aspirations des jeunes ne sont plus celles de leurs aînés. Quoi qu'il en soit, les praticiens sans distinction d'âge sont déçus de l'hôpital public, quand ils ne sont pas désabusés. Il faut entendre de cette enquête un signal d'alarme tiré par les praticiens, qui voient leur outil de travail et leur métier complètement dévoyés par des objectifs comptables, sans reconnaissance suffisante de l'investissement et de la pénibilité liée à la permanence des soins. Les praticiens sont attachés à leur cœur de métier et au statut de praticien hospitalier, protecteur pour le praticien, mais aussi pour le citoyen et pour son employeur, même s'ils lui trouvent des imperfections. A la lumière de ces résultats, le SNPHARE a remis des propositions au ministère afin de moderniser le statut de praticien hospitalier, l'unifier, faire évoluer les conditions de travail, revaloriser par du temps et/ou de l'argent, l'investissement de chacun et la permanence des soins.

Nous attendons des tutelles qu'elles y prêtent une extrême attention : il en va de l'avenir de l'hôpital public, du maintien de l'excellence de la qualité des soins tout comme de la recherche, de l'innovation et de l'enseignement de notre métier.

*Anne Geffroy-Wernet, Vice-Présidente du SNPHARE*

# ANNONCES DE RECRUTEMENT



## LE CENTRE HOSPITALIER DE BOURGES

900 lits et places, plateau technique incluant scanner et IRM, cardiologie interventionnelle et UNV est un établissement pivot du territoire de santé du Cher.

Bourges, très belle ville de caractère (agglomération de plus de 100 000 habitants) est idéalement située par autoroute et par train : 2h de Paris, 1h d'Orléans et 2h du Massif central.

NOUS RECHERCHONS H/F

## MÉDECIN ANESTHÉSISTE

Activité : Chirurgie Polyvalente, 6 lits USCC, Maternité 1600 accouchements.

Possibilité de planning aménagé.

Mise à disposition temporaire d'un logement.



Pour tout renseignement, s'adresser à :

Docteur Meyer - Chef de Pôle

Tél. : 02 48 48 57 87 - E-mail : isabelle.meyer@ch-bourges.fr

Candidatures à adresser aux :

Affaires Médicales

marie.pintaux@ch-bourges.fr

marie-gabrielle.verstavel@ch-bourges.fr

www.ch-bourges.fr



CENTRE-VAL DE LOIRE



**Le Centre Hospitalier du Forez (42), composé de deux sites, Feurs et Montbrison, à proximité de Saint-Etienne et Lyon, recherche pour son service Urgence-SMUR-UHCD**

## Un Praticien Contractuel ou Praticien Hospitalier Urgentiste

Le service a une activité polyvalente adulte et mère/enfant avec 42 000 passages, 1000 sorties SMUR/an et est divisé en deux sites (Feurs et Montbrison distant de 25 km).

Le plateau technique comprend de la chirurgie viscérale et orthopédique, des Soins Intensifs polyvalents et USC, de l'imagerie médicale (2 TDM + 1 IRM), de la cardiologie (avecUSIC), de la médecine polyvalente (gastro, cancéro, diabéto, pneumo, médecine vasculaire, médecine interne, gériatrie), de la pédiatrie, une maternité niveau 1 (1000 accouchements), deux services de psychiatrie.

Le service fonctionne en gardes de 24h avec 2 praticiens sur chacun des deux sites et un praticien en journée sur le site de Montbrison (pour le service UHCD). Sont aussi présents internes et externes. Présence de 6 lits d'UHCD sur chacun des sites, échographes aux urgences.

Poste à temps plein.



Pour de plus amples informations, vous pouvez contacter :

Dr Martinez

Responsable site de Montbrison et Chef de pôle  
mikael.martinez@ch-forez.fr

Dr Massacrier - Responsable site de Feurs  
sylvie.massacrier@ch-forez.fr

Merci d'adresser votre candidature à :

La Direction des Affaires Médicales :  
dam@ch-forez.fr

Auvergne-Rhône-Alpes

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) GENÈVE (30mn).

## POSTE PROPOSÉ : MÉDECINS ANESTHÉSISTES

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

Descriptif :

Le Centre Hospitalier Anncy 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-annecygenevois.fr

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

Courriel : smellandrey@ch-annecygenevois.fr ou lmarin@ch-annecygenevois.fr ou abigard@ch-annecygenevois.fr



Centre Hospitalier Anncy Genevois - site ANNECY - 1 avenue de l'Hôpital BP 900 74145 ANNECY-PRINGY

27



## LE CENTRE HOSPITALIER DES PAYS DE MORLAIX

établissement de 968 lits et 237 places avec des activités MCO-Psychiatrie-SSR-USLD-EHPAD recherche afin de compléter son équipe médicale :

# DEUX PRATICIENS HOSPITALIERS (H/F) OU PRATICIENS CONTRACTUELS

TEMPS PLEIN EN ANESTHÉSIE RÉANIMATION DONT UN EN  
STATUT DE CLINICIEN HOSPITALIER

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

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

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

Vous pouvez faire parvenir vos candidatures à :

Antoine LABRIERE  
Directeur adjoint chargé des Affaires médicales, des Coopérations, des Relations avec la médecine de ville et de la Communication externe  
Directeur référent du Pôle Médecine, Urgences et Réanimation

Centre Hospitalier des Pays de Morlaix  
15, Rue Kersaint Gilly - BP 97237 - 29672 MORLAIX Cedex

Téléphone : 02 98 62 69 11  
Mail : alabriere@ch-morlaix.fr



### Le Centre Hospitalier de Guingamp (22 – Côtes d'Armor)

(Etablissement de 596 lits et places situé à 30 minutes de la côte, à 1 heure 30 de Rennes sur l'axe Rennes-Brest, Paris est à 2h30 en TGV, la gare TGV est à 5 minutes du Centre Hospitalier).

Pour compléter son équipe d'anesthésistes

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

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



Pour tout renseignement veuillez prendre contact avec la Direction des Affaires Médicales : 02 96 44 57 36 - 02 96 44 56 12  
Candidatures à envoyer par mail : gael.cornec@armorsante.bzh - anne-marie.andre@ch-guingamp.fr



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

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

L'Equipe d'Anesthésiste-réanimateurs composée de 8 praticiens fait fonctionner 6 blocs + 1 bloc identifié "césariennes".  
Les lits de chirurgie concernent les spécialités suivantes : Traumatologie & orthopédie + Chirurgie générale & viscérale et urologie + ORL + gynécologie-obstétrique (1200 accouchements/an et 50 % sont des accouchements sous péridurale).

Le TT est décompté en temps continu (39 H/semaine) et la PDS est assurée sous forme de Garde sur place + 1 IADE.  
L'Equipe "salle de réveil" est composée de 12 postes & 2 IDE.

Pour tout renseignement contacter Dr SCARLINO - Dr OSADA

Lettre de CANDIDATURE + CV sont à adresser à :

Mme QUERRY - 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



# CHAM

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

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

### ANESTHÉSISTE ET/OU RÉANIMATEUR

(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, 1SSPI, 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.
- Salaire selon profil et expérience.

**Niveau d'expérience :** Tous niveaux.

**Diplôme requis :** DESAR, 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 Médiales - Tél. : 03 21 89 38 58 - lspehner@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.

## Hôpital Référent du Territoire Flandre-Lys (250 lits MCO) A 15 mn du CHRU de Lille (Nord)

Afin de compléter son équipe d'Anesthésistes-Réanimateur,  
le Centre Hospitalier d'Armentières

### RECHERCHE

### UN PRATICIEN ANESTHÉSISTE

Activité de bloc de chirurgie, bloc maternité et consultations.



  
Centre Hospitalier  
d'Armentières



Pour tout renseignement contacter

Mme B. MONTIGNIES-LEMETTRE - Directrice des Affaires Médicales - bmontignies@ch-armentieres.fr

## LE CENTRE HOSPITALIER DE ROUBAIX RECRUTE UN MÉDECIN ANESTHÉSISTE



Etablissement 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, le CH de Roubaix est facilement accessible en transport en commun.

Le Centre Hospitalier de Roubaix dispose d'une maternité récente (mai 2016) de niveau 2B.

Caractéristiques du secteur des blocs opératoires.

Nombre d'interventions par an : en 2017.

Le bloc est composé de 10 salles d'intervention dont 1 salle robotisée, 2 salles de césarienne, 1 salle de réveil de 24 postes.

#### Activités Chirurgicales :

Les spécialités accueillies au bloc polyvalent sont : l'urologie, l'ophtalmologie, l'ORL, la stomatologie, l'orthopédie, la chirurgie digestive, la chirurgie vasculaire, la chirurgie plastique, la gynécologie, la gastro entérologie, la chirurgie pédiatrique, la Chirurgie de l'Obésité, la Chirurgie Cancérologique.

Organisation : 2 gardes sur place.

Pour tout renseignement ou candidature, merci de bien vouloir contacter  
Dr PECOUX - Chef de pôle Chirurgie - francois.pecoux@ch-roubaix.fr ou 03 20 99 32 86

Dr ALAWWA - Chef de service - imad.alawwa@ch-roubaix.fr ou 03 20 99 31 51  
M. VERMELLE - Affaires médicales - Affaires-medicales@ch-roubaix.fr ou 03 20 99 31 17





## LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS

- Le CHU dispose de 4 sites opératoires représentant 21 salles et réalise 20 000 actes d'anesthésie par an.
- Il s'agit de l'établissement de recours du territoire de Champagne-Ardenne.
- La ville de Reims est située à 45mn de Paris et 30mn de l'aéroport Roissy-Charles de Gaulle en train.

## RECRUTE DES ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS

### Travail :

- Intégration dans une équipe de 28 anesthésistes.
- Secteur dynamique sur le plan clinique et de l'enseignement dans son activité hospitalière et de recours locorégional.
- Supervision de l'activité des 30 internes DES du secteur.
- Partenariat étroit avec les secteurs chirurgicaux.
- Participation aux gardes en lien avec les internes également de garde sur place.
- Participation en équipe à la prise en charge des autres secteurs du Service et à la permanence des soins.
- Possibilité de formation complémentaire.
- Réalisation de consultations spécialisées.

**Le poste est à pourvoir immédiatement.**

### Profil :

- Médecin spécialisé en anesthésie-réanimation.
- Statut adapté selon le profil du candidat : assistant / praticien hospitalier / praticien attaché.
- Rémunération selon l'expérience.

### Candidature :

À adresser à Monsieur le Professeur MALINOVSKY, Chef de service.

- [jmmalinovsky@chu-reims.fr](mailto:jmmalinovsky@chu-reims.fr) ou
- Secrétariat ☎ 03 26 78 94 77

Et à Monsieur Simon Raout, Directeur des affaires médicales.

- [sraout@chu-reims.fr](mailto:sraout@chu-reims.fr) ou
- Secrétariat ☎ 03 26 78 74 44



## LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS

- Le CHU dispose de 4 sites opératoires représentant 21 salles et réalise 20 000 actes d'anesthésie par an.
- Il s'agit de l'établissement de recours du territoire de Champagne-Ardenne.
- La ville de Reims est située à 45mn de Paris et 30mn de l'aéroport Roissy-Charles de Gaulle en train.

## RECRUTE DES URGENTISTES

### Travail :

- Intégration dans une équipe d'urgentistes.
- Secteur dynamique sur le plan clinique et de l'enseignement dans son activité hospitalière et de recours locorégional.
- Supervision de l'activité des internes du DES Médecine d'urgence et de Médecine Générale.
- Participation aux gardes en lien avec les internes également de garde sur place.
- Poste partagé avec le SAMU-SMUR.

**Le poste est à pourvoir immédiatement.**

### Profil :

- Médecin spécialisé en médecine d'urgence.
- Statut adapté selon le profil du candidat : assistant / praticien hospitalier / praticien attaché.
- Rémunération selon l'expérience.

### Candidature :

À adresser à Monsieur le Professeur LEON, Chef de service.

- [aleon@chu-reims.fr](mailto:aleon@chu-reims.fr) ou
- Secrétariat ☎ 03 26 78 70 30

Et à Monsieur Simon Raout, Directeur des affaires médicales.

- [sraout@chu-reims.fr](mailto:sraout@chu-reims.fr) ou
- Secrétariat ☎ 03 26 78 74 44



Le Centre Hospitalier de Lavour (situé à 30 minutes de Toulouse) Recherche

## Un Médecin Anesthésiste-Réanimateur

Tous statuts confondus

Le poste est à pourvoir immédiatement

### Personne à contacter

Monsieur le Docteur VANTAUX Philippe - Président de la Commission Médicale d'Établissement  
au 05 63 58 80 95 ou au 05 63 58 89 28

ou

Madame GUTIERREZ-VALLEIN Francisca - Directrice des Ressources Humaines, des Affaires Médicales  
et de la Formation Continue au 05 63 58 80 07

Email : [affairesmedicales.drh@ch-lavour.fr](mailto:affairesmedicales.drh@ch-lavour.fr)



La Cité Sanitaire nazairienne recrute **Un MAR H/F**  
En contrat à durée indéterminée.



La Cité sanitaire permet une offre de soins complète sur Saint-Nazaire et son territoire. Depuis 2012, elle réunit sur le même site géographique, le Centre Hospitalier de Saint-Nazaire et la Clinique Mutualiste de l'Estuaire. Cela représente 800 lits et places pour répondre aux besoins de santé de la population (250 000 à 750 000 habitants selon la saison sont concernés). La zone d'influence de la Cité Sanitaire s'étend de la presqu'île Guérandaise (dont La Baule et Pornichet à 10 mn par la Route Bleue) au Pays de Retz (Pornic, Saint Brévin les Pins).

Le bloc opératoire commun de la Cité Sanitaire de Saint-Nazaire est composé de 16 salles.

Les spécialités sont : Orthopédie, Vasculaire et thoracique, Urologie-andrologie, Gynécologie, Obstétrique, Ophtalmologie, ORL, Chirurgie maxillo-faciale, Viscérale, Hépatogastro-entérologie, Chirurgie de l'obésité, Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique.

Il comprend également des salles d'explorations fonctionnelles. Crèche hospitalière.



### Profil recherché :

- Poste temps plein.
- Rémunération selon profil.

Poste disponible  
immédiatement

### Pour candidater par voie postale ou mail :

A.C. BRIEND - DRH - Clinique Mutualiste de l'Estuaire - 11, boulevard Georges Charpak - 44606 Saint-Nazaire Cedex CS 20252 - [anne-cecile.briend@mla.fr](mailto:anne-cecile.briend@mla.fr)

C. PELLIGAND - Directrice des Affaires Médicales - Centre Hospitalier - 11, boulevard Georges Charpak - 44606 SAINT-NAZAIRE Cedex BP 414

[c.pelligand@ch-saintnazaire.fr](mailto:c.pelligand@ch-saintnazaire.fr)

Informations établissements sur les sites internet : [www.clinique-mutualiste-estuaire.fr](http://www.clinique-mutualiste-estuaire.fr) - [www.hopital-saintnazaire.fr](http://www.hopital-saintnazaire.fr)



Le Centre Hospitalier de Basse-Terre  
en Guadeloupe recherche

**Deux Assistants** ou  
**Deux Praticiens Hospitaliers.**

**Temps Plein.** en anesthésie-réanimation,  
pour renforcer son équipe de 8 MAR.

Activité polyvalente : Orthopédie, Viscérale dont la chirurgie bariatrique, Gynécologie, Ophtalmologie, Endoscopie, Maternité, Réanimation de 5 lits et 6 salles d'opération.

Émoluments : Assistant ou Praticien Hospitalier temps plein + 20% de vie chère + garde : Une ligne de garde.

Congés statutaires : 25 CA + 19 RTT + 15 CF : Budget de 900 € + prise en charge d'un billet d'avion en Métropole/an.

Prise en charge du transport en classe économique (avion Métropole/Guadeloupe).

Prise en charge de l'hébergement le 1<sup>er</sup> mois et remboursement des frais de location de voiture le 1<sup>er</sup> mois.

Très bonne ambiance, dans un cadre de vie idéal aux Caraïbes en bord de mer, pour une expérience unique en post internat de deux années.



Candidature à adresser au  
Dr G. Boulesteix  
[gilles.boulesteix@ch-labasseferre.fr](mailto:gilles.boulesteix@ch-labasseferre.fr)





Centre  
Hospitalier  
de DOUAI

*Le Centre Hospitalier de Douai, situé à proximité de Lille, dans le Nord.*

*Est l'établissement support du GHT du Douaisis sur un secteur de 260 000 habitants.*

*Etablissement de référence sur sa zone de proximité comptant plus de 250 000 habitants*

**RECRUTE, DÈS QUE POSSIBLE :**

# **4 MÉDECINS URGENTISTES ET GÉNÉRALISTES À TEMPS PLEIN**

## **Présentation de l'établissement**

Situé à 45 km de Lille, le Centre Hospitalier de Douai dispose d'une architecture moderne et récente ainsi que d'une offre de soins médicale et chirurgicale diversifiée en :

- Chirurgie traumatologique, générale, digestive, urologique, vasculaire, pédiatrique et gynécologique.
- Gynécologie, obstétrique, maternité, orthogénie.
- Hépatogastro-entérologie.
- Cardiologie etUSIC.
- Médecine interne et polyvalente, neurologie, rhumatologie, gériatrie.
- Néphrologie et hémodialyse.
- Diabétologie, endocrinologie, nutrition, dermatologie.
- Oncologie, soins palliatifs, soins de support.
- Pédiatrie, néonatalogie, surveillance continue pédiatrique.
- Pneumologie, allergologie, sommeil.

2 scanners dont un dédié à l'urgence, 1 IRM, radiographie standard, réanimation de 8 lits, SC médicale et chirurgicale de 6 lits,USIC, de 8 lits.

## **Statuts proposés :**

Assistants, Praticiens Contractuels, Praticiens Hospitaliers.

**Nous proposons également parmi ces postes un poste d'assistant au sein de l'établissement en alternance 3 mois/3 mois en Réanimation USC et les Urgences, DESC de Médecin d'urgence ou en cours, avec à terme perspective de nomination au sein du service des urgences.**

## **CV et Lettre de motivation à adresser soit par voie postale :**

Centre Hospitalier de Douai - Direction des Affaires Médicales  
Route de Cambrai - BP 10740 - 59507 Douai Cedex - Soit par courriel : [diram@ch-douai.fr](mailto:diram@ch-douai.fr)

Mme BULCKE - Responsable des Affaires Médicales  
au 063 27 94 73 95 ou par email : [diram@ch-douai.fr](mailto:diram@ch-douai.fr)

Docteur LACRAMPE - Médecin Chef du Pôle Urgences  
au 03 27 94 75 02 ou par email : [bruno.lacrampe@ch-douai.fr](mailto:bruno.lacrampe@ch-douai.fr)

## **Le profil souhaité**

Assistants ou praticiens hospitaliers urgentistes.

## **Organisation du service des urgences**

- 68000 passages.
- 3000 sorties SMUR par an.
- 1 garde de pédiatre.
- 1 garde cardiologue.
- 1 garde de réanimateur.
- 1 garde de radiologue.
- 2 gardes urgences soins.
- 1 garde urgences SMUR.
- 2 demi-gardes ambulatoires soins.

## **Plateau technique**

- 2 scanners dont un dédié à l'urgence.
- 1 IRM, radiographie standard.
- Réanimation de 8 lits.
- SC médicale et chirurgicale de 6 lits.
- USIC de 8 lits.

Réseau Télurges (neurochirurgie), réseau téléAVC.

