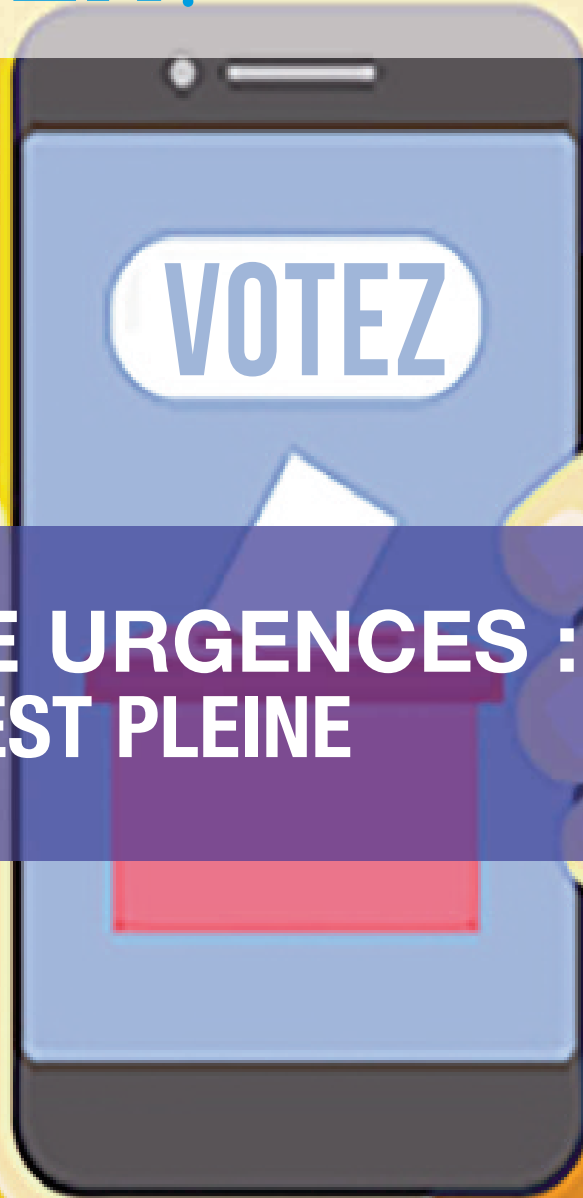


#86

PHARE

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

DOSSIER : ÉLECTIONS PROFESSIONNELLES :
À VOUS DE CLIQUER !



**ENQUÊTE URGENCES :
LA COUPE EST PLEINE**

JURIDIQUE : Cour de Cassation pour une collègue
anesthésiste-réanimateur

Dr Anne GEFROY-WERNET - Présidente Centre Hospitalier de Perpignan anne.wernet@snphare.fr	Commission régionale paritaire Occitanie - Commission spécialisée d'organisation des soins Occitanie (COSOS Occitanie) - Commission régionale de la santé de de l'autonomie (CRSA) - Communication - Revue PHARE	Ligne directe : 04 68 61 77 44 Portable : 06 63 83 46 70
Dr Emmanuelle DURAND - Vice-Présidente CHU - Reims emmanuelle.durand@snphare.fr	Conciliation et médiation - Commission régionale paritaire Grand Est - Revue PHARE	Ligne directe : 03 10 73 61 28 Portable : 06 60 55 10 65
Dr Anouar BEN HELLAL - Secrétaire général Hôpital André Mignot - SAMU - Versailles anouar.benhellal@snphare.fr	Veille Syndicale - Relation avec les urgentistes et autres médecins non-AR Revue PHARE	Standard : 01 39 63 88 39 Ligne directe : 01 30 84 96 00 Fax : 01 39 63 86 88
Dr Louise GOUYET - Trésorière Groupe Hospitalier Pellegrin - Bordeaux louise.gouyet@snphare.fr	Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) PH temps partiel Qualité et organisation du bloc	Standard : 05 56 79 56 79 Portable : 06 11 94 77 20
Dr Yves REBUFAT - Trésorier adjoint CHU - Hôpital Laënnec - Nantes yves.rebufat@snphare.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) - Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Site web www.snphare.fr et communication	Ligne Directe : 02 40 16 51 47 Portable : 06 86 87 62 76
Dr Veronique AGAESSE - Secrétaire générale adjointe CHU - Amiens veronique.agaesse@snphare.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) FMC-DPC - CFAR - Commission régionale paritaire Hauts de France Relations avec les délégués hors Ile de France	Standard : 03 22 82 40 00 DECT 36002 Portable : 06 33 63 20 62
Dr Eric LE BIHAN - Secrétaire Général Adjoint CHU Beaujon, Paris eric.lebihan@snphare.fr	Délégation régionale Ile de France Communication Relations avec les délégués d'Ile de France	Ligne directe : 0140875000 BIP 1050
Dr Renaud PÉQUIGNOT - Secrétaire général adjoint 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 Portable : 06 85 28 02 11
Dr Grégory WOOD - Secrétaire Général Adjoint Hôpital Charles Nicolle, CHU Rouen gregory.wood@snphare.fr	Rédacteur en chef de la revue PHARE Site web www.snphare.fr et communication Commission Régionale Paritaire Normandie	Ligne directe : 02 32 88 17 36
Dr Catherine ANTOUN-NICOLAS - Administratrice Groupe Hospitalier Nord Essonne, Longjumeau catherine.antoun@gmail.com	Relations avec le Conseil de l'Ordre des Médecins Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation d'Ile de France	Standard : 01 64 54 33 33 Portable : 06 48 77 73 97
Dr Ségolène ARZALIER-DARET - Administratrice CHU - Caen arzalier-s@chu-caen.fr	Vice-Présidente Commission OSAT CFAR, Présidente de SMART-CFAR Commission régionale paritaire Normandie	Ligne Directe : 02 31 27 24 11 Portable : 06 66 22 38 16
Dr Ezéchiel BANKOLE - Administrateur CHU - Reims bankole.ezechiel@sfr.fr	Permanence des soins Gardes et astreintes	Standard : 03 26 78 78 78 Ligne directe : 03 26 78 88 01
Dr Raphael BRIOT - Administrateur CHU - SAMU 38 - Grenoble raphael.briot@snphar.fr	Retraites - Urgences Représentation des médecins non-anesthésistes Relation avec les Universitaires	Ligne Directe : 04 76 63 42 86 Portable : 06 81 92 31 42 Fax : 04 76 44 77 40
Dr Jullien CROZON - Administrateur Groupement Hospitalier Edouard Herriot, Lyon jullien.crozon@snphare.fr	Veille syndicale - Relation avec les adhérents Revue PHARE	Ligne directe : 04 72 11 09 85 Portable : 06 86 72 32 24
Dr Patrick DASSIER - Administrateur Hôpital européen Georges Pompidou - Paris patrick.dassier@snphare.fr	Contentieux Retraites	Ligne directe : 01 56 09 23 16 Portable : 06 03 69 16 63
Dr Veronique DERAMOUDT - Administratrice Hôpital de Pontchaillou - CHU Rennes veronique.deramoudt@chu-rennes.fr	Délégation régionale Bretagne, FEMS Revue PHARE - Formation continue et recertification Commission Régionale Paritaire Bretagne	Ligne Directe : 02 99 28 41 01 Portable : 06 61 57 24 05
Dr Michel DRU - Administrateur Créteil michel.dru@snphare.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Contentieux - Région parisienne	Portable : 06 73 98 08 52
Dr Laurent HEYER - Administrateur Hôpital 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
Dr Nicole SMOLSKI - Administratrice Lyon nicole.smolski@gmail.com	Déléguée générale de l'intersyndicale Avenir Hospitalier - Présidente d'honneur d'Action Praticiens Hôpital - Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réani- mation) - Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) - Revue PHARE	Portable : 06 88 07 33 14
Francis VUILLEMET - Administrateur Hôpitaux civils de Colmar francis.vuillemet@gmail.com	Permanences des soins - Gardes et astreintes - Risques psychosociaux - Référént des spécialités médicales non anesthésistes-réanimateurs	Standard : 03 89 12 40 00
Dr Jean GARRIC - Administrateur émérite Hôpital Central - Nancy jean.garric@snphare.fr	Textes officiels - Retraites Administrateur CNG	Portable : 06 07 11 50 1
Dr Didier REA - Administrateur émérite Hôpital de la Source - Orléans didier.rea@snphare.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation)	Ligne Directe : 02 38 22 96 08 Fax : 02 38 51 49 50 Portable : 06 75 02 32 23
Dr Claude WETZEL - Chargé de Mission Praticien Honoraire CHU de Strasbourg claudio.wetzel@mac.com	Chargé de mission aux affaires européennes Past-Président de la FEMS	Portable : 06 60 55 56 16

ET MAINTENANT ?

POINT DE VUE DE L'ACTUALITÉ
En marche... forcée.....4

DOSSIER : ELECTIONS
PROFESSIONNELLES
Pourquoi voter Action Praticiens Hôpital6
La médecine hospitalo-universitaire7
Plateforme APH9

LECTURE
La casse du siècle : à lire sans attendre10

INTERVIEW ...
Être chirurgien et syndiqué :
une évidence ?.....11

ENQUÊTE
Enquête urgences : la coupe est pleine 12

DOSSIER JURIDIQUE
Un médecin anesthésiste-réanimateur condamné par la Cour de Cassation
Que s'est-il passé 15
L'avis du sage..... 16
L'avis du SNPHARE 17
L'avis de la SFAR 17
L'avis du SMARNU 18
L'avis du SNARF 18
L'avis du Juriste 19

FICHE PRATIQUE
Congés auxquels le Praticien Hospitalier peut prétendre en cas de naissance, d'adoption ou de maladie d'un enfant20

INTERVIEW ...
LeGranddebatSante.fr : le bilan.....22

PETITES ANNONCES 23

Le Grand Débat est terminé. Les idées ont fusé. Le management, les conditions de travail, la santé des soignants. Notre gouvernement a-t-il entendu et écouté les propositions de nos concitoyens ? Compte-t-il enfin prendre soin de l'Hôpital Public ?

Il y a de quoi s'interroger, quand le démantèlement du statut de Praticien Hospitalier s'organise à bas bruit, et avec lui l'affaiblissement de l'indépendance des praticiens de la fonction publique vis-à-vis des instances administratives et politiques.

La nomination nationale menace d'être factice, laissant libre cours au danger d'une nomination locale et partielle, faisant le pendant public au contrat de droit privé. La contractualisation *larga manu* met de façon insidieuse le ver dans le fruit, grignotant inlassablement la fonction publique hospitalière.

La mise en concurrence des praticiens sur un seul poste ou sur un GHT ne garantit pas la revalorisation salariale. Preuve en est les différences de rémunérations soumises aux « accords locaux » que l'on constate déjà au sein des hôpitaux et qui créent un *dumping* social et un sentiment d'injustice.

On ne redonne pas du sens à une mission de service public en la précarisant.

À l'heure où les médecins veulent pouvoir profiter de leur vie personnelle sans se désengager de leur vie professionnelle, il est plus judicieux de consolider le statut. La volonté de permettre de s'investir dans des activités connexes telles que l'enseignement, les nouvelles technologies, le management n'est pas incompatible avec un statut protecteur.

Il y a de quoi s'interroger, quand le temps de travail des praticiens hospitaliers n'est toujours pas reconnu malgré les injonctions européennes. Notre gouvernement veut un hôpital rentable ? Rien n'est plus rentable que des heures de travail non comptabilisées !

Le SNPHARE défend depuis toujours le statut de praticien hospitalier. À l'heure des concertations sur la modernisation de ce statut, ses idées sont défendues par notre intersyndicale Avenir Hospitalier / Action Praticiens Hôpital.

Les élections professionnelles auront lieu du 25 Juin au 2 Juillet 2019. On entrevoit un espace de dialogue social. Ne nous laissons pas voler le droit de nous exprimer auprès des instances nationales. Soutenez les candidats SNPHARE dans les listes Action Praticiens Hôpital – Jeunes Médecins.

Le couple Médecin/Patient est le socle sur lequel doit s'appuyer l'Hôpital. Rien ne saurait être plus efficient. D'ailleurs pendant les travaux gouvernementaux, l'Hôpital reste ouvert.

Emmanuelle Durand, Vice-Présidente du SNPHARE



ISSN : 1285-7254

Président du comité de rédaction :

Anne Geffroy-Wernet

Rédacteur en chef :

Grégory Wood

Comité de rédaction : Anouar Ben Hellal - Jullien Crozon - Véronique Deramoudt - Emmanuelle Durand - Nicole Smolski

Éditeur : Ektopic

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

Rédaction : S. Sargentini

Directeur de publication : C. Mura

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

Impression : Imprimerie Imprimatur

Crédits photos : istock photos

En marche... forcée !

Nous voici soumis aux calendriers des ministères : réunions de « concertation » pour l'application de la loi Ma Santé 2022, réforme des autorisations et gradation des soins dans toutes les spécialités concernées par l'anesthésie-réanimation (écriture d'un décret) et élections professionnelles. Cette marche en avant (ou pas...) à cadence forcée ressemble parfois plus à de la précipitation qu'à une réponse à l'urgence...

UN STATUT MODERNE POUR LES PH ?

Les réunions dites de concertation sur la modernisation du statut de PH se passent mal. Après avoir renoncé, par la pression que nous avons mise, à supprimer la nomination nationale des praticiens hospitaliers, voilà qu'au cours des réunions, on nous parle de nomination loco-nationale, où les PH seraient nommés par le CNG après demande du directeur de l'établissement et validation par le GHT : le CNG ne serait là que pour mettre un tampon national. On se moque de nous. 10 % d'échec au concours de PH, ce sont des praticiens qui sont de compétence insuffisante et/ou incapables de se fondre dans l'hôpital public. Hors de question de valider cette idée, qui de plus instaure un lien d'intérêt entre le « candidat PH » et sa direction locale. Nous parlons attractivité, on nous répond que les mesures financières ne sont pas au programme, et on se noie dans des détails du statut. Pourtant, la quasi-totalité des PH plébiscite une revalorisation salariale (nous avons perdu 30 % de pouvoir d'achat en 35 ans !), une revalorisation de la permanence des soins, en cohérence avec nos compétences, nos responsabilités et la pénibilité - et non un « bon pour aller se faire du beurre à la clinique » - mais aussi un meilleur respect de l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle : la révision du temps de travail des médecins n'est toujours pas abordée. Bref, vous l'avez compris : à l'heure où nous écrivons, nous ne sommes pas contents, et l'intersyndicale qui nous représente (Avenir Hospitalier / Action Praticiens Hôpital) l'a bien fait savoir par voie de presse.

Concernant la gouvernance et le management au sein des GHT, la méthode de travail permet une discussion très ouverte, mais nous ne savons pas trop ce qu'il en sortira. Espérons que nous ne tombons pas dans l'excès inverse...

LES TRAVAUX DU CNP-AR

Les chantiers de la DGOS concernant la réforme des autorisations et la gradation des soins avancent également, au prix d'un calendrier de réunions exigeant : les décrets doivent être écrits pour juillet pour la plupart des disciplines. Là aussi, des inconnues, la ministre de la Santé et le Président de la République faisant des annonces en marge du travail réalisé par les professionnels de santé au Ministère. La vigilance s'impose.

ENFIN !

Du côté du ministère de la Fonction Publique, on s'occupe aussi de nous dans le cadre de la loi de transformation de la Fonction Publique. Avec une victoire syndicale en vue : la représentation des praticiens hospitaliers au sein des ex-CHSCT/CTE, qui s'appelleront conseil social d'établissement (CSE), précisément dans une sous-instance de ce CSE nommée « formation spécialisée ». C'est enfin la prise de conscience des conditions de travail des médecins, de la nécessité de pouvoir non seulement dépister mais prévenir la souffrance au travail dans chaque établissement.

ANESTHÉSIE, RÉANIMATION, JUSTICE

L'actualité des anesthésistes-réanimateurs est marquée par deux drames, rappelant que nous faisons une spécialité difficile, pour laquelle il faut exiger un professionnalisme très strict. D'une part, l'affaire de Besançon, de l'ordre de l'impensable, et où, « même si... », la présomption d'innocence doit être respectée. D'autre part, l'arrêt de la Cour de Cassation concernant le décès par anoxie cérébrale d'une jeune femme au cours d'une chirurgie bénigne, suite à un défaut de surveillance d'une de nos collègues. L'anesthésie-réanimation, spécialité à haut risque assumé, fait l'objet d'un grand dossier dans cette revue.

IL Y A URGENGE POUR LES URGENCES

L'enquête à laquelle vous avez participé en janvier 2019 le montre extrêmement bien (cf. article page 11) : temps de travail exorbitant et non-respect de la circulaire urgentiste, TTA auto-contraint, pénibilité, absence de lits d'aval, fermetures successives de lignes de garde et de services d'urgences : chaque urgentiste a désormais peur qu'il y ait une mort « évi-



table » pendant sa garde. Les conflits s'enkystent, les soignants font grève dans leurs établissements. SUdF et le SNPHARE ont décidé de travailler de concert en interpellant la ministre de la Santé et le Président de la République à plusieurs reprises, et continueront à le faire.

REPORT DES CONGÉS EN CAS D'ARRÊT MALADIE : C'EST PRESQUE FAIT

Le recours du SNPHARE concernant le report des congés en cas d'arrêt maladie est en voie d'être réglé. Pour mémoire, il s'agit de pouvoir reporter au-delà d'un an des congés en cas d'arrêt maladie. Notre recours est passé en Conseil d'Etat, et contraint le Premier Ministre à abroger la circulaire relative à ce report. C'est déjà une demi-victoire, car nous nous retrouvons devant un vide juridique : le SNPHARE va maintenant demander l'écriture d'un décret.

LES HEURES SUP'

Les médecins seront bien concernés par la défiscalisation et la désocialisation des heures supplémentaires – qui s'appellent « temps de travail additionnel » pour les médecins hospitaliers. Cela implique, pour les établissements, de tenir à jour un décompte strict des heures réalisées au-delà des obligations de service exigibles.

POUR ÊTRE REPRÉSENTÉ, JE VOTE !

Nous vivons une période exceptionnelle, celle des

élections professionnelles : comme en 2012, il va falloir voter pour une intersyndicale nous représentant au Ministère. Nous avons créé Avenir Hospitalier. Puis Avenir Hospitalier s'est associé à la Confédération des Praticiens Hospitaliers (CPH) pour créer l'union syndicale « Action Praticiens Hôpital », nos revendications étant communes de longue date. Enfin, les jeunes praticiens au travers de leur intersyndicale « Jeunes Médecins » se sont associés à APH.

Nous faisons des propositions réfléchies pour les praticiens hospitaliers, et offrons aux hospitalo-universitaires une tribune novatrice pour avancer sur leurs problématiques spécifiques. Ces propositions, largement inspirées de la réflexion du SNPHARE, sont à lire dans ce numéro.

Le SNPHARE est présent sur les listes de médecine et d'anesthésie-réanimation, pour les PH et les HU. Le vote de chacun d'entre vous est extrêmement important, c'est lui qui nous permettra d'être qualifiés d'intersyndicale représentative des praticiens hospitaliers, des praticiens enseignants et hospitaliers, et d'être présents dans les commissions statutaires, dans le conseil de discipline, dans le conseil supérieur des professions médicales, et donc d'être présents massivement pour les négociations avec le Ministère et l'examen des textes législatifs nous concernant. Pour être représentés, nous vous appelons à voter « APH-JM » pour ces 3 votes (2 pour les HU) : le vote en ligne sera possible du 25 juin au 2 juillet !

Anne Geffroy-Wernet, Présidente du SNPHARE

* NDLR : Compte-tenu des délais d'impression, cet article a été écrit avant le Congrès de la SFMU.

DU 25 JUIN AU 2 JUILLET

JE VOTE



&



JEUNES
MEDECINS FR



**POUR ÊTRE ENTENDUS ET DÉFENDUS :
VOTEZ POUR LA LISTE APH ET JM !
LE SNPHARE FAIT PARTIE DE L'INTERSYNDICALE APH**

LES ÉLECTIONS PROFESSIONNELLES PERMETTENT D'ÉLIRE DES REPRÉSENTANTS POUR VOUS DÉFENDRE ET FAIRE ENTENDRE VOTRE VOIX, AU SEIN DE TROIS INSTANCES :

- la CSN (la commission statutaire nationale qui tranche en cas de conflit, durant la période probatoire), le CD (le conseil de discipline qui règle les cas où un PH est accusé de faute sérieuse justifiant une réaction institutionnelle).
- le CSPM (conseil supérieur des personnels médicaux, instance officielle qui débat de tous les textes touchant le statut des PH).

LE SNPHARE ET SON CONSEIL D'ADMINISTRATION RAPPELLENT QU'IL EST PRIMORDIAL DE VOTER POUR DES COLLÈGUES QUI SAURONT PORTER VOS REVENDICATIONS FACE AUX POUVOIRS PUBLICS, POUR L'EXERCICE ET LA DÉFENSE DE NOS MÉTIERS, ET LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS.



« APH et le SNPHARE agissent en synergie et entretiennent des relations en osmose permanente pour renforcer la voix et l'action syndicales »

Annie Wernet, présidente du SNPHARE ».

« Le SNPHARE est le syndicat le plus important numériquement et en termes de productivité au sein d'APH. L'intégration intersyndicale est une idée logique pour ce syndicat qui s'est élargi à l'ensemble des PH depuis de longues années. »

Renaud Pèquignot, Vice président d'APH



La médecine hospitalo-universitaire, le SNPHARE et APH : des valeurs partagées, des engagements en commun

Héritage de la réforme Debré de 1958, ayant permis la création des CHU grâce à la création du temps plein hospitalier et à la réforme des études médicales, la médecine hospitalo-universitaire avec ses trois casquettes (clinique, recherche et enseignement) a permis un essor hospitalier extraordinaire.

Pour autant, beaucoup de choses ont changé en 60 ans, que ce soit au niveau sociétal ou au sein de l'hôpital :

- L'arrivée des femmes médecins, les aspirations des jeunes à un meilleur équilibre vie privée vie professionnelle, les progrès de la science nécessitant une hyperspécialisation de plus en plus poussée, l'arrivée en grand nombre de praticiens hospitaliers mono-appartenants dans maintenant toutes les spécialités ;
- Les transformations de l'hôpital, de son financement avec la révolution de la T2A et ses conséquences sur certains équilibres, l'apparition d'une bureaucratie gestionnaire avec la perte d'un certain pouvoir médical désormais appelé à collaborer au sein des pôles, unités médico-économiques supplantant les services et en lien direct avec la direction ;

- L'étranglement budgétaire des hôpitaux, via un ONDAM ne compensant pas les augmentations de charge, ayant pour conséquences : fermetures de lits, de service, augmentation des charges de travail de tout le personnel médical et para-médical, conduisant à la crise actuelle, à laquelle aucun gouvernement n'a su répondre.

Plusieurs rapports en 2018 concernent les CHU et la médecine hospitalo-universitaire. Le discours y est souvent très général avec peu d'idées vraiment novatrices. Quelques propositions sont intéressantes comme la contractualisation privilégiant certaines des activités HU à certains moments de la carrière, d'autres sont plus inquiétantes comme la proposition de suppression des postes de PHU voire de MCU-PH. Pour nous, ils ne répondent pas ou mal aux exi-

Dès le 25 juin à 9h00, jusqu'au 2 juillet Élections professionnelles : 1 vote CSN-CD et 1 vote CSPM

Commission statutaire nationale (CSN) et conseil de discipline (CD)



Se connecter sur www.jevoteenligne.fr/cng

Conseil supérieur des personnels médicaux (CSPM)

Se connecter sur www.jevoteenligne.fr/dgos

2 juillet

Dépouillement immédiat et proclamation des résultats sur le site Internet du CNG.



2 juillet

Dépouillement immédiat, procès-verbal et proclamation des résultats sur le site Internet du ministère des Solidarités et de la Santé.

Juillet

Arrêtés fixant la composition des instances et mise en ligne sur le site internet du CNG.



8-12 juillet

Arrêté fixant la liste des membres titulaires et suppléants.
Arrêtés fixant la composition des instances et mise en ligne sur le site internet du CNG.

gences de la médecine hospitalière, pas plus qu'aux aspirations des HU en poste ou qui veulent entrer dans cette carrière.

- Le rapport IGAS / IGAENR intitulé « Les personnels enseignants et hospitaliers, 60 ans après l'ordonnance de 1958 : propositions d'évolution » : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article706>
- Le rapport d'Aurélien Rousseau et Christine D'Autume intitulé « Transformer les conditions d'exercice des métiers de la communauté hospitalière » : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000615-strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante-rapport-final-transformer-les>
- Le rapport de la Cour des comptes sur « Le rôle des CHU dans l'offre de soins » : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-role-des-chu-dans-loffre-de-soins>
- Le rapport des 6 conférences intitulé « CHU de demain » : <https://www.reseau-chu.org/article/chu-de-demain-5-axes-et-23-propositions/>

La médecine hospitalo-universitaire doit évoluer, mais sans perdre son esprit fondateur. Les carrières HU ne séduisent plus autant les jeunes qui trouvent leur part hospitalière moins valorisée que celle des PH mono-appartenants. Elle aspire à un exercice médical serein pour apporter aux patients les soins les plus adaptés, accroître la somme des connaissances, et transmettre aux futures générations savoir et savoir-faire.

Action Praticiens Hôpital, et en son sein tous les hospitalo-universitaires qui nous ont rejoints, vont porter ensemble ces valeurs mais aussi les exigences de réformes nécessaires pour l'hôpital, pour ses acteurs hospitaliers et hospitalo-universitaires, et au delà pour les patients, l'enseignement et la recherche. Elles seront défendues par nos élus au CSPM (Conseil Supérieur des Professions Médicales), dans chacun des trois collèges qui vont fonctionner désormais (collège HU, collège H titulaires, et collège des non titulaires).

Le statut hospitalo-universitaire doit garantir, au sein d'un statut unique, la pluralité et l'indépendance des trois fonctions : clinique, enseignement, recherche, mais aussi son attractivité :

- La réforme annoncée des retraites, la nouvelle loi « Ma Santé 2022 » et les discussions qui s'amorcent doivent permettre, en profitant des propositions de statut unique, de **valoriser les retraites des HU** en les faisant cotiser sur leur part hospitalière. Cette iniquité, datant de 1958, n'est plus acceptable, et les HU ne l'acceptent plus.
- Les propositions dans la future loi d'augmentation des contractualisations doivent être l'occasion de négocier

des **carrières modulées dans le temps**, en toute transparence, tout en sanctuarisant le concept fondamental pour notre exercice d'autonomie professionnelle.

La contractualisation ne doit pas être le moyen d'embaucher des médecins aux ordres de la gouvernance, mais de coller aux aspirations de chacun et chacune.

- L'engagement dans la carrière hospitalière et hospitalo-universitaire doit reposer sur un **examen républicain**, qui donne à l'exercice temps plein (socle d'une médecine hospitalière de qualité depuis 1958) les moyens d'un **exercice attractif**, tout en permettant un exercice à temps partiel pour ceux qui le désirent.
- Les HU doivent eux aussi bénéficier d'un compte épargne temps et de jours de RTT.

Un hôpital dynamique doit avoir les moyens de travailler et d'accueillir les patients, il doit sortir des exigences de rentabilité financière pour promouvoir le meilleur soin au meilleur coût, et promouvoir la qualité de vie au travail comme une exigence véritable et pas un gadget managérial.

- **Sortir du concept de l'hôpital-entreprise.**
- **Donner à l'hôpital les moyens financiers de travailler et de se développer, pour une médecine spécialisée et de qualité, en lien avec la ville, où les projets ambitieux soient réalisables.**
- **Promouvoir un management participatif, rééquilibrer le pouvoir gestionnaire par un président de CME aux pouvoirs étendus, élu par une CME sans membre de droit sauf le doyen de la faculté. Les chefs de pôle et de service doivent être nommés directement par le président de CME après avis de leurs collègues du pôle ou du service qu'ils dirigent, et de la CME.**
- **Redonner du sens au service, ou à l'unité fonctionnelle**, avec double casquette médicale et cadre de santé, avec un lien fonctionnel.

Pour un enseignement universitaire de qualité, qui ne soit pas le parent pauvre de la mission HU.

- Revalorisation de la formation des enseignants et des moyens financiers et humains nécessaires.
- Reconnaissance de l'engagement pédagogique (temps consacré, et prérequis de nomination des CNU ou dans l'évolution des carrières).

Pour une recherche financée, valorisée et reconnue, portée par les acteurs et pas étouffée par la culture de l'évaluation à court terme : fonds de recherche pérennes, sortir de la course aux appels à projets, sécurisation des financements publics. Stop à la course aux points SIGAPS, pour privilégier une évaluation scientifique et visionnaire des projets et de leurs résultats.

Pascale le Pors, Nicole Smolski



La plateforme APH & JM

L'hémorragie actuelle des Praticiens Hospitaliers, qui a des conséquences dramatiques dans certains établissements malgré nos alertes et propositions depuis 20 ans, a des causes parfaitement identifiées : cette plateforme répond aux enjeux de responsabilités, de rémunérations et de statut qui permettra de faire revenir les médecins et pharmaciens à l'Hôpital, pour un exercice valorisé et sécurisé, avec reconnaissance des investissements de chacun.

La politique du « seul patron à l'Hôpital » incarné par le directeur est un échec. Seule la codirection médico-administrative permettra d'améliorer les soins en contenant les coûts.

La plateforme d'Action Praticiens Hôpital & Jeunes Médecins est portée lors de toutes les négociations avec la DGOS. Elle concerne notamment le statut - qu'il s'agisse des conditions d'exercices, des rémunérations ou des garanties sociales - et la gouvernance, des hôpitaux comme des GH.

LE STATUT

① NOMINATION :

Seule la **nomination nationale des PH**, à partir d'une liste d'aptitude nationale constituée après un examen devant ses pairs, permet de garder notre indépendance professionnelle et la qualité des professionnels. Nous refusons fermement toute déclinaison a minima de ce principe, nous ne voulons pas être inféodés à une gouvernance locale ni voir se dégrader la qualité des recrutements de praticiens hospitaliers.

② CONDITIONS D'EXERCICE :

- Un statut unique de Praticien Hospitalier titulaire et contractuel, incluant 39 heures de travail hebdomadaires, avec création de valences : recherche, enseignement (avec tutelle par le ministère de l'enseignement supérieur selon le profil du PH), management, santé publique, clinique (lorsque le temps clinique dépasse 39 H hebdomadaires), ou syndicale.
- Pas de période probatoire après avoir exercé 1 an ou plus dans le service si le PH a donné satisfaction.
- Modulation de l'activité en fonction du moment de la carrière (nombre de gardes, responsabilités, activités d'intérêt général, enseignement, recherche).
- Une durée de travail équitable : 24H valent 5 demi-journées, soit la moitié du temps de travail hebdomadaire maximal quel que soit le mode de décompte du temps de travail.
- Décompte horaire pour les équipes qui le souhaitent.

③ RÉMUNÉRATIONS : EXIGENCE DE NÉGOCIATIONS SALARIALES IMMÉDIATES.

- Pas de début de carrière en dessous de 5 000 € bruts mensuel, progression plus linéaire avec un échelon de 500 € tous les 3 ans jusqu'à 10 000 € en fin de carrière (11 échelons).
- Indemnité d'engagement de service public exclusif correspondant à 20 % du salaire de base.
- Revalorisation immédiate des gardes à 650 € pour tous les statuts, avec inclusion dans le temps de travail pour tous, H et HU.

- Reconnaissance des valences, financière ou par compensation du temps clinique, qui sera contractualisée avec le directeur ou la faculté, selon son type.
- RTT et CET pour tous les statuts, valorisés sur la base du salaire de base + 25 % puisque ce sont des heures supplémentaires.
- Cotisations retraites sur toutes les rémunérations H et HU, dont la valorisation des CET.

④ GARANTIES SOCIALES :

- Interdiction de toute mobilité forcée (pas de praticiens nomades sans volontariat)
- Reconnaissance du temps syndical comme pour toutes les professions du secteur public
- Représentation des personnels médicaux au sein des formations spécialisées (FS) en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail avec désignation des membres par les organisations syndicales de praticiens représentées dans les Commissions régionales paritaires (CRP).
- Les CRP doivent voir leur rôle affirmé comme recours dans la résolution des conflits impliquant des praticiens, en cas d'échec de la conciliation locale.

LA GOUVERNANCE : ELLE DOIT ÊTRE REMÉDICALISÉE ET DÉMOCRATISÉE

Nous n'en finissons pas de subir les conséquences de la loi HPST et de l'instauration d'une gestion bureaucratique sur des objectifs financiers plutôt qu'humains et médicaux.

- Un directeur n'a pas de compétence médicale et les décisions stratégiques ne doivent pas mettre en difficulté la qualité de notre exercice médical. Pour cela, la CME doit avoir de vrais pouvoirs décisionnaires pour tout ce qui concerne la stratégie médicale, l'organisation et la qualité des soins, la gestion des personnels médicaux, la nomination des chefs de service et de pôle, et le budget à attribuer aux services de soins. La CME doit pour ça être composée entièrement d'élus, sans membres de droit. Le cas échéant, ils ne doivent pas avoir le droit de vote.
- Le temps médical dévolu à la gouvernance et aux institutions doit être compensé dans les services.
- L'entité importante pour le fonctionnement médical est le Service – seul reconnu par l'Université – et pas le pôle, qui doit rester une entité de gestion financière.
- La nomination des chefs de service et de pôle doit être faite conjointement par le directeur et le PCME après avis des praticiens du service puis de la CME.
- L'articulation CME et CMG doit respecter les CME, le projet médical d'établissement et la gestion des ressources humaines médicales ; aux CMG échoit ce qui concerne la stratégie et le projet médical de territoire, ainsi que l'articulation avec les communautés professionnelles territoriales de santé.
- Le dialogue avec les ARS doit être l'œuvre du binôme Directeur-PCME, notamment les aspects budgétaires qui doivent prendre en compte les critères de pertinence et d'efficacité médicale.

L'Hôpital va mal, le constat est hélas partagé par tous. Il ne peut pas se passer de médecins, et un choc d'attractivité doit avoir lieu au plus vite : seules les Intersyndicales s'étant clairement exprimés contre la loi HPST, c'est à dire AH, CPH et les Jeunes Médecins, regroupées en APH & JM, ont la légitimité pour contraindre les tutelles à conduire cette mutation.

Être chirurgien et syndiqué : une évidence ?

PHARE a interrogé Pascale Le Pors, gynécologue-obstétricienne à Saint-Malo, pour qu'elle nous parle de son engagement syndical et de la relation qu'ont les chirurgiens avec le syndicalisme.

SNPHARE : Comment a démarré votre démarche syndicale ?

Pascale Le Pors : Au départ, comme la plupart des chirurgiens, je me suis engagée dans ma spécialité. Puis en 2010 j'ai eu la chance de rencontrer Nicole Smolski présidente du SNPHARE, un syndicat efficace et actif, porté initialement par les anesthésistes puis élargi aux autres spécialités. La cohérence d'une union syndicale avec les anesthésistes, nos partenaires au quotidien dans les blocs opératoires, a été une évidence. Par la suite, le SNPHARE, le SYNGOF et d'autres syndicats... ont fondé l'intersyndicale Avenir Hospitalier, ce qui a permis, grâce à la représentativité acquise, de porter haut et fort nos problématiques au-delà des couloirs de blocs !

SNPHARE : Les chirurgiens ont-ils la fibre syndicale ? À votre avis, pourquoi ?

Pascale Le Pors : L'enquête d'Avenir Hospitalier en 2016 auprès des chirurgiens révélait l'absence de syndicalisation de 71 % des chirurgiens alors qu'une immense majorité soulignait la détérioration des conditions d'exercice. L'amour du métier de chirurgien, comme celui de la spécialité, sont intacts, mais cette non reconnaissance – tant en termes humains que financiers - d'un très fort investissement est toujours très présente. D'autre part, la large disponibilité conditionnant le recrutement de chirurgie froide, les astreintes fréquentes, encore mal rémunérées et difficilement récupérées malgré les avancées récentes, le manque d'écoute dans les choix de matériel nécessaire aux évolutions techniques sont autant de sujets qui nécessiteraient que les chirurgiens se syndiquent.

Paradoxalement, les revendications sont importantes mais le poids du quotidien conduit les chirurgiens -et ils ne sont pas les seuls – à décliner un travail supplémentaire syndical, une activité si peu reconnue pour les PH...

C'est une sorte d'impasse car la pénibilité est bien réelle bien que sociologiquement masquée par l'image du chirurgien fort comme un roc (effectivement, il ne fléchit pas, mais malheureusement il rompt et beaucoup de drames surviennent). Les autorités jouent souvent sur l'absence de syndicalisation, l'absence de mobilisation en cas de grève, la conscience professionnelle etc... Pourtant, force est de constater que la chirurgie hospitalière est ainsi de moins en moins attractive, et qu'il est plus que temps de la défendre !

SNPHARE : Les problèmes des chirurgiens sont-ils spécifiques à leur spécialité ?

Pascale Le Pors : La revalorisation de carrière ou le manque de reconnaissance envers les PH sont des problèmes qui touchent toutes les spécialités... plus ou moins durement selon leur niveau de valorisation T2A, du management financier et des dérives déontologiquement inacceptables. La chirurgie froide est un secteur concurrentiel avec le privé, alors que l'activité d'urgence pèse très lourd sur le secteur public... ainsi les écarts de revenus donnent à réfléchir...

SNPHARE : Qu'est-ce qui est le plus dur : être une femme ou être un chirurgien ? ou être une femme chirurgien ?

Pascale Le Pors : La chirurgie est un choix, une vraie vocation, toutes les enquêtes montrent que dès l'internat personne ne s'y trompe, et les modes de vie sont différents : c'est super d'être une femme, c'est passionnant d'être chirurgien, et désormais 30 % des chirurgiens hospitaliers sont des femmes .

Homme ou femme pour les usagers, ce n'est pas le problème ! À chacun(e) de gérer lucidement son équilibre privé/professionnel, et aux syndicats de porter une attention particulière aux conditions d'exercice ! Contrairement à ce que nous pensions, l'enquête récente d'APH auprès des jeunes médecins, hommes et femmes, montre que les femmes restent beaucoup plus impliquées dans l'entretien du foyer et plus globalement dans les tâches parentales que les hommes.

Rien de neuf finalement... Il me semble que chaque personne, chaque couple doit trouver son équilibre.

Pour finir, je tiens à souligner un point particulier : obtenir la possibilité d'arrêter la garde à partir de la fin du 1^{er} trimestre de grossesse est une avancée parfaitement justifiée et incontestable, mais c'est d'une hypocrisie sans nom de la part de l'Etat qui s'en est glorifié sans prévoir un sou pour compenser la permanence des soignants au sein de l'équipe concernée, praticiens hommes et femmes multipliant ainsi les jours de garde ! Cela relève du "diviser pour mieux régner", et ne facilite ni la vie des femmes, ni celle des hommes.

Il est urgent que les chirurgiens hospitaliers toutes spécialités confondues s'impliquent dans l'action syndicale et contribuent à la restauration de l'attractivité de l'exercice hospitalier !

La casse du siècle, à lire sans attendre

Dans *La Casse du Siècle* (éditions Raison d'Agir) Pierre-André Juven (chargé de recherche au CNRS et membre du CERMES), Fanny Vincent (« Un temps qui compte. Une sociologie ethnographique du travail en 12 heures à l'Hôpital public ») et Frédéric Pierru (Docteur en Sciences politiques, chargé de recherche au CNRS, membre de l'IRISSO) développent leur analyse des réformes successives de l'Hôpital Public qui ont conduit à la situation de crise que l'on connaît aujourd'hui et donnent leur vision de l'Hôpital de demain bien moins catastrophiste que celle que l'on nous assène chaque jour dans les médias.

Ils font tout d'abord l'historique de l'Hôpital et de son financement jusqu'aux ordonnances de 1958 (Ordonnances Debré) qui partagent l'activité publique et l'activité libérale dans le paysage médical français. Avec la loi HPST le regard se pose sur la rentabilité et l'efficacité de l'Hôpital avec la mise en place d'un « patron » puissant dans la personne du Directeur et des méthodes de New Public Management. Les médecins sont impliqués dans la rationalisation gestionnaire par l'intermédiaire

des pôles ce qui dégrade leur pouvoir décisionnaire au profit des performances financières. L'industrialisation du vocabulaire entre jusque dans les paroles des soignants. Les acteurs de la santé deviennent des producteurs de soins, interchangeable, à l'emploi du temps flexible, avec des cadences de travail augmentées, préférant paradoxalement parfois des rythmes de travail délétères pour leur santé (cas du travail en 12h).

LA DETTE ET SES CONSÉQUENCES

Par ailleurs la chute de la démographie et la désorganisation qu'elle engendre associées aux indicateurs de performance toujours plus nombreux à renseigner poussent les médecins eux-mêmes à accepter des protocolisations pour se protéger du manque de temps passé avec leurs patients. Bien sûr ce discours de crise économique pèse chaque jour plus lourd dans l'esprit des soignants, favorisant leur mal être et même leur fuite pour ne pas cautionner une politique de santé publique avec laquelle ils ne sont pas d'accord. Ensuite, les auteurs nous montrent comment la dette des Hôpitaux est savamment orchestrée par leur autonomisation financière qui les rend responsables de leur propre faillite : reconstruire le parc hospitalier en leur faisant porter le coût et en les obligeant à contracter des emprunts toxiques ou à engager des partenariats public/privé souvent délétères. L'innovation devient alors le mot d'ordre quitte à remplacer la recherche fondamentalement liée aux CHU par l'inté-

gration des start-up créatrices au sein même de l'Hôpital ou accepter une aide financière en échange d'un nombre d'actes minimum.

PROGRÈS ET ESSENCE

Finalement se dévoile un rapport à la technologie qui va à l'encontre de la substantifique moelle du métier de soignant dans ce qu'il a de sensoriel et de relationnel. Or si l'innovation peut être utile, sera-t-elle la solution au déficit financier de la santé ? Le nombre d'entrées aux urgences n'est-il pas proportionnel à l'augmentation des inégalités et de la pauvreté ? La technologie est-elle la solution à la dépendance et aux maladies chroniques ou permettra-t-elle simplement de se passer de former et d'embaucher des médecins et du personnel soignant ?

Pourtant ce livre n'est pas contre le progrès et l'innovation technologique qui gardent une valeur quand il s'agit de progrès pour soigner. Il n'est pas contre l'usage responsable de l'argent public. Il met en valeur l'importance de l'aval et de l'amont de l'Hôpital pour être au plus près du patient. Historiquement la lutte syndicale est forte à l'Hôpital mais a longtemps souffert de la divergence des luttes entre les médecins et le personnel soignant sur lesquels ont pesé les premières réformes. Mais aujourd'hui ce qui meut l'Hôpital dans son ensemble c'est sa mission de service public et le soin optimal à donner au patient dans les meilleures conditions pour tous.

Pierre-André Juven, Fanny Vincent et Frédéric Pierru, nous éclairent une fois de plus grâce à une vision disruptive de l'Hôpital du futur bien moins axée sur les mécanismes de financement qui le remettront à flot que sur les moyens que nous voulons mettre dans la Santé.

Emmanuelle Durand, Vice-Présidente du SNPHARE

La casse du siècle - À propos des réformes de l'hôpital public. Pierre-André Juven, Frédéric Pierru, Fanny Vincent - RAISONS D'AGIR EDS

Enquête Urgences : la coupe est pleine !

La tension dans les structures d'urgences ne cesse de croître. La suractivité des structures d'urgences, le sous-effectif médical et paramédical patent ainsi que le manque de surface criant des urgences sont des facteurs à l'origine des derniers drames. Le SNPHARE et Samu et Urgences de France ont réagi conjointement au rapport de la mission d'enquête interne suite au décès aux urgences de Lariboisière, en lançant dès janvier 2019, une enquête nationale dont l'objectif était de faire un focus sur les conditions d'exercice des médecins urgentistes à l'Hôpital Public.

Il s'agit d'une enquête descriptive sur l'organisation du travail, les données d'activité et les conditions de travail des praticiens.

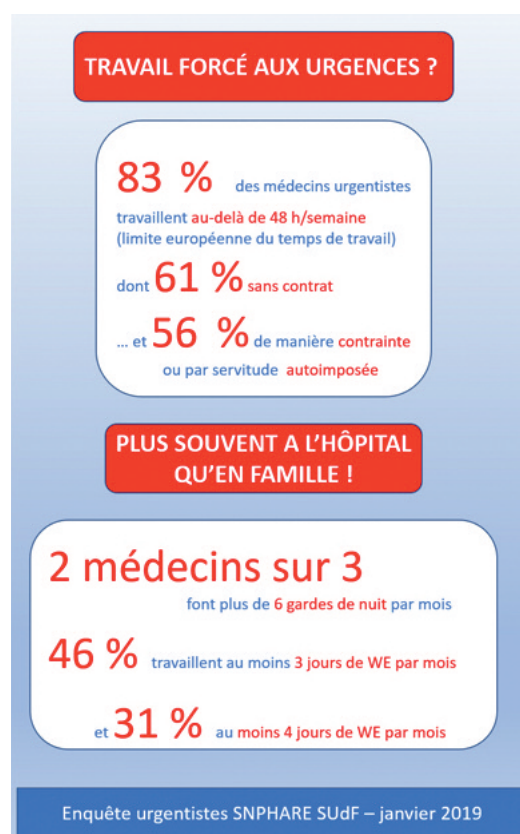
LES CONSTATS

1092 urgentistes de toute la France métropolitaine, ainsi que des DOM ont répondu à 77 questions :

Premier constat, les équipes médicales des structures d'urgences (Service d'Accueil des Urgences, SAMU et SMUR) sont sous dimensionnées au regard de leurs activités. En effet, les équipes sont incomplètes dans 85 % des cas avec une différence entre les effectifs médicaux en place et l'effectif cible souhaitée supérieure à 30 % chez la moitié des praticiens. Le temps non posté servant aux différentes réunions (réunions sur les organisations par exemple ou les staffs bibliographie etc.) est minoritaire et n'est présent que dans 16 % des cas. 34 % des médecins urgentistes déclarent plus de 30 % de départs de collègues durant les trois dernières années. La pénurie médicale des structures d'urgences de l'Hôpital Public s'accroît.

Deuxième constat, le travail hebdomadaire est important générant fréquemment du temps de travail au-delà des obligations de service. 83 % des médecins urgentistes font du Temps de Travail Additionnel. 61 % d'entre eux, en font sans contractualisation alors que la Loi l'exige. 56 % précisent qu'ils aimeraient ne pas faire du temps additionnel mais se sentent obligés vis-à-vis des collègues et de la permanence des soins.

Troisième constat, la pénibilité est accrue notamment aux horaires de la permanence des soins avec une charge de travail significative la nuit et très marquée les weekends. Le nombre de gardes mensuelles est supérieur à six gardes ou plus chez 62 % des médecins. À la pénibilité du travail de nuit s'ajoute le travail de weekend : 3 jours par mois chez 46 % des urgentistes, voire supérieur à quatre dans



31 % des cas. Le travail est souvent mutualisé entre le SAU et le Smur chez 88 % des praticiens. Dans 30 % des cas leur activité est même sur plusieurs sites.

Quatrième constat, le recours à l'intérim est fréquent mais ne diminue pas la charge de travail des praticiens. Le recours aux médecins intérimaires intervient dans 62 % des équipes.

Cinquième constat, les difficultés chroniques persistent comme la recherche de lits d'aval ou le fait de dégager du temps non posté pour les tâches non cliniques. Le nombre de passages au SAU par an est supérieur à 50 000 chez 40 % des médecins travaillant dans des SAU. Il existe en effet des difficultés chroniques avec chez 67 % des sondés, une recherche quotidienne de lits d'aval. Chaque matin en

arrivant au SAU, 59 % des praticiens constatent entre 5 à 20 patients en attente. De plus, 37 % des médecins déclarent ne pas avoir de service de brancardage. Concernant le Samu, le nombre de médecins régulateurs est insuffisant dans 65% des cas. Chez 50 % des praticiens, il n'y a qu'un seul médecin régulateur par nuit. Le nombre d'assistants de régulation médicale au vu de l'activité est insuffisant dans un tiers des cas et leur temps de formation continue est inférieur à 10 h par an.

Sixième et dernier constat, quatre ans après la mise en place de la circulaire urgence qui régleme[n]te normalement le temps de travail des urgentistes, un tiers des équipes ne l'applique pas.

LES PROPOSITIONS DU SNPHARE

Le SNPHARE fait des propositions pour une régulation médicale, des SMUR et des services d'accueil d'urgences, performants et modernes, répondant tous à des critères de qualité :

- 1 - **Le SNPHARE demande la mise en place et l'application du référentiel sur « les ressources médicales et non médicales** nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgences » daté 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'urgences ». Ce référentiel existe depuis novembre 2011 et il doit être appliqué à toutes les structures d'urgences SAMU, SMUR et SAU.
- 2 - **Le SNPHARE dénonce « le travail forcé aux urgences »** avec le non-respect du temps de travail. La majorité des médecins urgentistes travaille au-delà des 48 heures hebdomadaires (limite maximale européenne du temps de travail) et la circulaire urgence qui régleme[n]te le temps de travail n'est pas appliquée de manière homogène sur l'ensemble du territoire. **Le SNPHARE ne cesse d'appeler à un plan d'attractivité pour les praticiens hospitaliers : la reconnaissance du temps de travail effectivement réalisé en est un pilier essentiel.**
- 3 - **L'arrêt immédiat de la fermeture de lits** notamment des lits de soins critiques mais aussi une réorganisation de l'hôpital afin de faciliter l'aval des urgences. **Les surfaces des structures d'urgences doivent être adaptées à l'activité** afin de garantir des soins en toute sécurité avec des organisations adaptées.
- 4 - **Systématiser une démarche assurance-qualité et de gestion des risques** : compléter et actualiser toutes les procédures de traitement des appels au 15 et de prise en charge des patients au SAU et au SMUR, mettre en place des revues de morbi-mortalité et des staffs d'évaluation des pratiques professionnelles, déclarer les événements indésirables graves.
- 5 - **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).
- 6 - **La mise en place au plus tôt d'une formation initiale obligatoire et standardisée** pour les Assistants de Régulation Médicale (ARM) valorisée par un diplôme d'État qualifiant.
- 7 - **Une formation continue, avec un temps dédié identifié et un volume horaire annuel défini** 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.
- 8 - **La mise en place obligatoire de superviseurs**, au sein des SAMU Centre 15, afin de répondre aux besoins de pilotage, d'encadrement en salle de régulation et d'accompagnement des ARM.
- 9 - L'ouverture anticipée, transitoire et adaptée d'unités d'hospitalisation adossées aux urgences dans les périodes à forte pression.
- 10- **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.
- 11- Développer des projets de **coopération entre les SAU et la médecine de ville** du même territoire en dehors des temps de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) comme aux horaires de la PDSA.
- 12- Le SNPHARE propose qu'au niveau de chaque territoire un plan « Hôpital sous tension » soit élaboré par les structures hospitalières publiques et privées et coordonné par le SAMU. Ce plan doit pouvoir proposer des organisations nouvelles capables d'apporter des solutions aux patients lorsqu'une structure est saturée.
- 13- Le SNPHARE demande l'arrêt des transformations de services d'urgences en centres de soins non programmés. En effet, il s'agit d'un coup porté au maillage médical indispensable de notre territoire national avec une atteinte péjorative sur l'offre de soins, pourtant déjà réduite dans de nombreux territoires.
- 14- Développer la télémédecine entre les EPHAD, les SAU et le SAMU dans tous les GHT pour un soin efficient.

15- Une coordination entre les ARS, les directions hospitalières et les structures d'urgences plus proches du terrain à l'échelle du territoire avec une prise de décisions décentralisée.

LE SNPHARE TIRE UNE NOUVELLE FOIS LA SONNETTE D'ALARME !

Les chiffres de l'enquête objectivent le malaise insupportable dans les structures d'urgences. Les équipes n'ont pas les moyens adéquats en rapport avec leurs activités. Les praticiens et les patients vivent au quotidien une véritable crise sanitaire. On ne cesse de demander aux structures d'urgences de tout faire, avec

un contexte économique contraint. Le financement des urgences est déconnecté avec la réalité de l'évolution des soins. Les propositions du SNPHARE pour les structures d'urgences ont pour objectif l'amélioration des prises en charge des patients au quotidien. La qualité des soins et la sécurité des patients sont le fil conducteur de nos propositions. Le SNPHARE reste mobilisé et disponible pour travailler dans ce sens, dans l'intérêt des patients et des soignants. Il est temps que le ministère de la Santé prenne ses responsabilités et apporte des réponses à nos propositions, au risque de voir la situation s'aggraver en entraînant avec elle une multitude de drames à venir.

Anouar Ben-Hellal, secrétaire général du SNPHARE

L'ENQUÊTE EN BREF

MATÉRIEL ET MÉTHODES : L'enquête s'est déroulée du 18 décembre 2018 au 3 février 2019. Un questionnaire en ligne (Google Form®) a été adressé aux médecins urgentistes (MU). Les réponses ont été anonymisées pour l'analyse des résultats. Données recueillies (77 questions) : description des répondants, activité (mutualisation des activités, travail sur différents sites), le temps de travail (TT) clinique et non clinique, l'organisation des Samu-Smur et des Services d'accueil des urgences (SAU), les conditions d'exercice, le décompte du TT, le TT additionnel (TTA), l'application de la circulaire urgence, l'activité et la formation des assistants de régulation médicale au Samu-Centre 15.

RÉSULTATS ET DISCUSSION: 1092 urgentistes ont répondu au questionnaire. 57 % sont des hommes (âge médian : 44 ans). Ils sont titulaires de la Capacité de médecine d'urgence (55 %) ou du DESC de médecine d'urgence (44 %) et sont principalement praticiens hospitaliers (62 %). 85 % exercent à temps plein.

TEMPS DE TRAVAIL : La circulaire de 2015 organisant à 39h le temps posté n'est pas appliquée pour 33 % des médecins. Le temps non posté est minoritaire (16 % des cas). 83 % des médecins urgentistes font du TTA et chez 61 % d'entre eux, ce TTA n'est pas contractualisé comme la législation le prévoit. 56 % des MU aimeraient ne pas faire du TTA mais se sentent obligés vis à vis des collègues et de la permanence des soins. Le nombre de gardes mensuelles est supérieur à six gardes chez 62 % des médecins. Le travail de week-end et jours fériés représente 3 jours par mois chez 46 % des MU avec 31 % des MU réalisant plus de 4 jours par mois.

SAU / SMUR : Le travail est mutualisé entre le SAU et le Smur chez 88% des praticiens. Dans 30% des cas l'activité est multi-site. 34 % des MU déclarent plus de 30 % de départs de collègues durant les trois dernières années. Les équipes sont incomplètes dans 85% des cas : la différence entre les effectifs médicaux en place vs l'effectif cible est supérieure à 30% dans la moitié des services. Le recours aux médecins intérimaires intervient dans 62 % des équipes. SAU : le nombre de passage au SAU par an est supérieur à 50 000 pour 40 % des interrogés. 59 % des praticiens constatent 5 à 20 patients en attente chaque matin. Des difficultés quotidiennes récurrentes pour trouver des lits d'aval sont déclarées par 67 % des MU. 37 % des MU déclarent ne pas avoir de service de brancardage.

SAMU : Le nombre de médecins régulateurs est insuffisant dans 65 % des cas. Chez 50 % des praticiens, il n'y a qu'un seul médecin régulateur par nuit. Le nombre d'assistants de régulation médicale au vu de l'activité est insuffisant dans un tiers des cas et leur temps de formation continue est inférieur à 10 h par an.

CONCLUSIONS : Les difficultés des MU se retrouvent sur l'ensemble du territoire national. Quatre ans après la mise en place de la circulaire sur l'organisation du TT, un tiers des directions hospitalières ne l'applique pas et un autre tiers n'a pas mis en place la contractualisation du TTA. La plupart des équipes médicales sont en pénurie. Les praticiens ont une charge de soins élevée (volumes horaires, nuits, week-ends). La pénibilité est accrue par le manque de lits d'aval disponibles, l'absence de temps non clinique et un travail clinique à flux toujours plus tendu couplé à une pénurie de moyens hospitaliers humains et matériels.

Un médecin anesthésiste-réanimateur condamné par la Cour de Cassation

Une collègue médecin anesthésiste-réanimateur a été condamnée par la Cour de Cassation. Ce dossier donne la parole au SNPHARE et aux différents syndicats ou société savante touchés par cette affaire.

Que s'est-il passé ?

Pourquoi cette collègue MAR a-t-elle été condamnée par la Cour de Cassation ? Dans quelles circonstances s'est produit l'incident ? Pour comprendre ce qu'il s'est passé nous vous proposons un récapitulatif aussi précis que possible.

DE LOURDES CONSÉQUENCES

Une patiente de 23 ans a été victime d'une anoxie prolongée après déconnexion de la sonde endotrachéale du respirateur. L'anoxie prolongée est à l'origine de séquelles neurologiques extrêmement graves, l'incapacité permanente partielle étant évaluée à 99 %. La patiente est en coma végétatif. L'incident a eu lieu durant une intervention en deux temps, consistant en une biopsie utérine par curetage suivie d'une cœlioscopie, pour poser un diagnostic sur des douleurs pelviennes.

COUPABLE ?

La déconnexion s'est produite alors que l'anesthésiste-réanimateur s'était absente du bloc pour se rendre au chevet d'une autre patiente, en détresse vitale. Seule une IBODE était présente, l'opérateur s'étant absenté pour se stériliser les mains en donnant pour instruction de préparer la patiente pour la cœlioscopie et l'aide-soignante était allée chercher du matériel. L'alarme s'est déclenchée lorsque, pour une raison indéterminée, le tube du respirateur artificiel s'est débranché mais l'IBODE était occupée à préparer les instruments nécessaires à la cœlioscopie, elle ne l'a donc pas prise en compte...

POURSUITES ET JUGEMENTS

La famille a donc engagé des poursuites pénales à l'encontre de l'anesthésiste-réanimateur qui a été relaxée en première instance. En appel en revanche, elle est condamnée pour blessures involontaires. Elle se pourvoit en cassation après l'arrêt de la Cour d'appel. Par un arrêt du 15 janvier 2019 la Cour de Cassation, confirme sa condamnation à six mois d'emprisonnement avec sursis.



ORGANISATION ET RESPONSABILITÉ

Pour sa défense, l'anesthésiste-réanimateur a signalé une mauvaise organisation du service, celle-ci ayant été contrainte de suivre plusieurs anesthésies en même temps, dans plusieurs salles. Elle avait quitté le bloc en cours d'anesthésie pour se rendre au chevet d'une autre patiente en détresse vitale.

Les juges ont reconnu que l'organisation du service était imparfaite, en précisant que cela ne peut être regardé comme la cause exclusive du dommage. Les juges ajoutent que par son comportement, cette collègue a contribué de façon certaine à créer la situation ayant permis la réalisation du dommage, et a donc engagé sa responsabilité pénale, sur le fondement de l'article 121-3 du code pénal.

L'avis du « Sage »

Au cours des jeux olympiques dans la Grèce antique, le jet du javelot d'un concurrent très athlétique dépasse un jour les limites des tribunes et blesse (ou tue ?) un spectateur. La question fut posée aux juristes de l'époque : qui est le responsable ?

- l'athlète, dont le geste est la cause directe de la blessure ?
- le blessé lui-même qui n'a pas prévu de se mettre à l'abri ?
- le concepteur du javelot, trop performant ?
- l'architecte du stade, aux dimensions trop restreintes ?
- l'organisateur des jeux, oublieux de la sécurité des spectateurs et de la protection des athlètes ?

Je ne sais quelle fut la teneur du débat des sages hellènes. Mais la dramatique affaire, dans laquelle est impliquée notre consœur Mme Y..., nous questionne de la même façon sur les responsabilités de chacun. Appelée pour une urgence vitale auprès d'une autre malade sous anesthésie, elle quitte la salle où une première patiente est toujours endormie, en présence de la seule IBODE. Pendant son absence, la canule du respirateur s'est débranchée ; les séquelles de l'anoxie qui s'en suivront seront terribles.

La collègue MAR sera déclarée coupable en cour de cassation, qui dans les attendus¹ de son arrêt dira :

- « *l'anesthésie générale est par nature un acte exigeant une surveillance continue et qualifiée.*
- *Mme Y ne s'est pas assurée de ce qu'un personnel suffisamment qualifié prenne en charge la surveillance de Mme B..., puisque seule une infirmière de bloc opératoire et non une infirmière anesthésique était restée sur place. »*

La Cour de Cassation, par cet arrêt définitif et inaliénable entérine une fois pour toutes la **nécessité absolue de la présence d'un professionnel de l'anesthésie-réanimation auprès d'un patient sous anesthésie**. C'est l'aboutissement sur le plan juridique d'une position maintes fois réitérée auprès des pouvoirs publics par le SNPHARE, relayée par la société savante la SFAR, notamment quand il a été question de la pratique de l'anesthésie sur plusieurs salles : elle n'est possible



qu'avec la présence, dans chaque salle, d'au moins un professionnel de l'anesthésie-réanimation, MAR ou IADE.

N'empêche que notre collègue a été condamnée. Le fait d'avoir été appelée pour une urgence ne l'a pas dédouanée de sa faute, bien que : « *il n'est pas contestable que Mme X..., épouse Y..., a légitimement dû quitter la salle d'opération entre les deux actes opératoires, appelée pour une urgence vitale chez une autre patiente sous anesthésie générale.* »

On note pourtant ensuite dans l'arrêt de la Cour de Cassation :

« ... il est regrettable qu'une mauvaise organisation du service ait obligé le médecin anesthésiste à suivre plusieurs patients simultanément, mais cette situation n'est pas imputable à Mme X. »

À qui est-elle donc imputable, l'organisation du service ? Y avait-il dans cet établissement un médecin responsable de l'organisation, en fonction des moyens humains et matériels mis à sa disposition par la direction de l'établissement et de son directeur ? Quand les moyens humains et matériels disponibles ne sont pas compatibles avec la nécessité de sécurité des patients endormis selon les recommandations édictées par la SFAR, c'est-à-dire un professionnel par salle, n'est-ce pas, pour les responsables de l'organisation, risquer la **mise en danger de la vie d'autrui**, en dehors de toute survenue d'accident, et faire tomber l'établissement en tant que personne morale sous le coup de l'article 223-1 du code pénal ? Dans quelle mesure un professionnel de l'anesthésie doit-il accepter de travailler en connaissance des défauts d'organisation, en violation d'obligation de sécurité ? S'il doit y déroger pour des raisons qui lui appartiennent, ne doit-il pas signaler les insuffisances organisationnelles, par courrier recommandé, aux collègues, à la direction, ainsi qu'aux instances, dont l'ARH ?

Est-il besoin de rappeler que dans la Constitution, texte de la plus haute autorité juridique dans notre pays, figure le principe de précaution... ?

Richard Torrielli

1) Cour de cassation, chambre criminelle, Audience publique du mardi 15 janvier 2019 N° de pourvoi: 17-86461

L'avis du SNPHARE

Qui n'a pas un jour, suite à un incident ou presque incident finalement sans gravité (et heureusement extrêmement rare), discuté de la possibilité d'être condamné en cas d'issue péjorative voire dramatique ? Qui n'a pas à ce moment là, entendu quelqu'un évoquer la « faute détachable du service » ou le « défaut d'organisation », brandis comme des talismans immunisant par magie le médecin contre toute condamnation ou presque ? Certains collègues, (très) mal informés, se cachent même derrière ces notions pour justifier de ne pas prendre d'assurance professionnelle individuelle. Un comble...

L'arrêt de la Cour de Cassation en date du 15 janvier 2019 est clair, très clair même. Ni cette trop fameuse « faute détachable du service », ni le défaut d'organisation ne peuvent empêcher la condamnation d'un médecin au pénal, quand bien même celui-ci ait agi en toute bonne foi (dans l'exemple qui nous intéresse ici : laisser un patient sous anesthésie générale en compagnie d'une IBODE pour se rendre auprès d'un patient en détresse vitale).

Cette histoire dramatique est malheureusement la parfaite illustration **que jamais un médecin anesthésiste-réanimateur (MAR) ne doit se laisser dicter des conditions de travail incompatibles avec les impératifs de sécurité inhérents à son métier.** Jamais, pour quelle que raison que ce soit. Le SNPHARE n'a cessé de le répéter, de le marteler depuis de nombreuses années, s'attirant parfois les foudres voire les moqueries à peine déguisées de certains, accusé parfois de dramatiser à outrance le débat



autour des conditions d'exercice des MAR.

À l'heure où enfilet les actes comme des perles est de loin le moyen principal pour un établissement public de santé de générer des recettes, nombreux sont parmi nous celles et ceux qui ont entendu leur administration, ou pire, leurs responsables médicaux, leur demander de gérer un nombre inapproprié de salles en termes de sécurité. Tout aussi nombreux sont celles et ceux qui ont dû à la fois gérer un « petit » bloc tout en assurant une « petite » visite ou une « petite » consultation. Tout cela, tous ces bricolages et autres combines, que des MAR plus ou moins consentants/contraints, sont amenés à appliquer, n'est pas acceptable et ne l'a jamais été. Le SNPHARE l'a toujours rappelé voire rabâché au risque, parfaitement assumé celui-là, de passer pour le rabat-joie de service.

Arrêt de la chambre criminelle de la Cour de Cassation du 15 janvier 2019 : que devons-nous comprendre ? Le point de vue de la SFAR

En rejetant un pourvoi en cassation, la Cour de Cassation a confirmé un arrêt de la Cour d'appel condamnant pénalement un médecin anesthésiste réanimateur pour blessure involontaire (anoxie cérébrale par déconnexion accidentelle du respirateur lors de la mobilisation d'une patiente sous anesthésie générale). La Cour a considéré le maintien d'une patiente sous AG, sans surveillance par un personnel habilité, comme une faute pénale caractérisée, relevant l'absence de qualification spécifique en anesthésie du personnel présent en salle d'intervention (IBODE, aide-soignant) et l'absence de consignes précises de surveillance à suivre pendant l'absence du MAR. La Cour a également considéré que l'IBODE présente en salle d'intervention n'a pas entendu les alarmes, car occupée à une tâche rentrant directement dans son attribution.

Sans rejouer l'histoire, cette affaire nous rappelle l'exigence de sécurité que nous devons à nos patients et la nécessité que chacun d'eux bénéficie de la surveillance d'une personne qualifiée en anesthésie (MAR ou IADE), durant toute la durée de l'anesthésie, et ce quel que soit le nombre de salles d'intervention, et même si la sortie de salle du médecin est justifiée. Il incombe à chaque structure de soins de s'organiser afin de pouvoir faire face à une situation d'urgence requérant la mobilisation de moyens supplémentaires. De même, la mobilisation d'un patient sous anesthésie générale doit être effectuée en présence d'une personne qualifiée en anesthésie.

Pierre Trouiller (Président du Comité Analyse et Maîtrise du Risque de la SFAR), Alexandre Theissen (Secrétaire du Comité Analyse et Maîtrise du Risque de la SFAR), Hervé Bouaziz (1er Vice Président de la SFAR), Xavier Capdevila (Président de la SFAR)

C'est donc ici, une énième occasion de le redire... Un MAR qui délègue la surveillance d'une anesthésie à un IADE ou même un interne séniorisé reste pleinement responsable de la dite anesthésie quelles que soient les conditions d'exercice.

Prendre en charge une seule salle d'opération pourrait être l'exercice idéal pour un MAR qui doit, dans ce cas, pouvoir être assisté s'il le juge nécessaire par un autre MAR ou un IADE lors des étapes critiques de l'anesthésie.

Mais avec un Conseil d'Administration composé de médecins « de terrain », le SNPHARE est au fait des réalités. Bien sûr la prise en charge de patients sur plusieurs salles d'intervention est une pratique répandue y compris dans les établissements publics de santé. Il y a cependant un niveau requis de sécurité pour ce faire. C'est à dire qu'en

cas d'exercice sur deux salles, un IADE doit être présent en permanence dans chaque salle pendant toute la durée de l'intervention jusqu'à l'arrivée du patient en salle de surveillance post-interventionnelle. **Concernant l'exercice sur plus de deux salles, il est clairement à proscrire.** Les assureurs recommandent par ailleurs de ne pas dépasser la limite de deux salles.

Nous recommandons à nos mandants de rester intranquillants sur les questions de sécurité, ceci dans leur intérêt et surtout des patients. Nous vous incitons par ailleurs chaleureusement à rédiger une charte de bloc sans ambiguïté à ce sujet.

En espérant ne jamais avoir à réécrire sur un tel sujet dans les pages de PHARE...

Gregory Wood

Qu'en pense le syndicat des médecins anesthésistes réanimateurs non universitaires (SMARNU) ?

Un arrêt récent de la Cour de Cassation a confirmé la condamnation d'un médecin anesthésiste-réanimateur pour blessure involontaire liée à un défaut de surveillance.

Il a été retenu à l'encontre du collègue impliqué qu'un médecin anesthésiste qui s'absente d'une salle quel que soit le motif doit faire en sorte de s'assurer que la continuité de la surveillance de patient soit assurée par une personne habilitée MAR ou IADE.

Il ne peut donc la confier à un tiers, en l'occurrence à une IBODE.

Le fait de l'existence d'un défaut d'organisation dans cet établissement contraignant ce médecin à assurer la prise en charge simultanée de plusieurs anesthésies n'a pas été considérée comme la cause exclusive du dommage ; sachant qu'en l'espèce il avait été contraint de quitter la salle pour s'occuper d'une urgence vitale dans une autre salle.

Nous ne pouvons en conséquence que rappeler les recommandations de la société savante qui préconisent qu'un MAR ne peut être responsable de plus deux salles simultanément, avec la présence d'un IADE par salle. En ayant à l'esprit que le minimum requis étant un MAR dans une salle.

Et aussi que dans les petites et moyennes structures où nous exerçons les médecins en salle ont également la responsabilité des patients de SSPI, où ils sont susceptibles d'intervenir à tout moment.

Et que le respect de ces règles passe par l'implication des médecins anesthésistes-réanimateurs dans les systèmes permettant de prévenir ces défauts d'organisations : Conseil de bloc, charte de bloc ou règlement intérieur, validation des programmes qui doivent prendre en compte les contraintes anesthésiques.

En résumé, la pression de production ne doit faire accepter les modes de fonctionnement potentiellement dangereux en termes de santé du patient, sinon gare au juge en cas de problème.

Dr Denis Cazaban, Président du SMARNU

et le syndicat national des anesthésistes réanimateurs de France (SNARF) ?

Si les recommandations de la SFAR prévoient dans certains cas particuliers, en fonction des risques prévisibles, que le médecin anesthésiste réanimateur doit être assisté d'un IADE, notamment au moment de l'induction anesthésique et de l'intubation, cela ne veut évidemment pas dire que la présence d'un IADE aux côtés du médecin anesthésiste réanimateur est requise de manière générale.

Il en est de même pour la possibilité de faire appel à un renfort anesthésique en cas d'incident grave.

Tout cela reste dans le quotidien des anesthésistes réanimateurs.

Un médecin anesthésiste réanimateur dans une salle, un IADE dans l'autre sous sa responsabilité, restent toujours la norme lors des visites de certifications des établissements, l'HAS ayant d'ailleurs repris comme référence l'article des avocats du SNARF intitulé « un médecin anesthésiste réanimateur, deux salles : vous avez dit pas de textes ? »

Il sera rappelé que l'impossibilité pour un médecin anesthésiste réanimateur de prendre plus de deux salles repose sur le fait qu'au-delà, il se met dans une situation à risque car il doit toujours être en mesure d'intervenir immédiatement à l'appel de l'IADE, s'il y en a un, cela peut se concevoir, s'il y en a plusieurs, cela devient mission impossible...

La vraie protection du médecin anesthésiste réanimateur réside donc plus que jamais dans le respect des règles de sécurité anesthésique, des recommandations de la SFAR qui contribuent à la définition des règles de l'art et dans l'élaboration et la traçabilité des protocoles et des consignes de surveillance, ce qui a une importance également dans les suites pour la surveillance en SSPI à propos de laquelle nous reviendrons dans un prochain article.

Dr Christian-Michel Arnaud (Président du SNARF)

L'avis du juriste

Si l'arrêt rendu par la chambre criminelle le 15 janvier 2019 (N° de pourvoi : 17-86461) a suscité l'émotion dans le monde de l'anesthésiologie, il convient de noter que la haute juridiction ne semble pas lui accorder une importance démesurée puisqu'il n'est pas destiné à recevoir les honneurs d'une publication au Bulletin. Il n'en demeure pas moins sources de légitimes interrogations et préoccupations, sur le plan des conséquences civiles notamment.

Une attention particulière doit être apportée par les praticiens lorsqu'est envisagée, comme dans cette tragique affaire, une intervention en deux temps.

Comme le soulignait en son temps Planiol, la faute consiste en un manquement à une obligation préexistante.

QUELS SONT LES MANQUEMENTS REPROCHÉS À L'ANESTHÉSISTE ?

Il s'agit, tout d'abord, d'avoir négligé de donner des consignes claires et précises, dans le contexte délicat d'une succession d'interventions pouvant occasionner une diminution de l'attention, qui plus est alors que la patiente devait être mobilisée pour permettre la seconde intervention. Il s'agit, ensuite, de ne pas s'être assurée de ce qu'un personnel suffisamment qualifié (confrère anesthésiste ou IADE) assure la surveillance de la patiente à ce moment critique.

Il apparaît que l'anesthésiste ne s'est pas clairement souciée de la présence d'un confrère anesthésiste ou d'un IADE. Or, il appert, des recommandations de la SFAR notamment, que lorsque le patient demeure sous AG, il incombe à l'anesthésiste d'en assumer la surveillance ou de s'assurer qu'un personnel habilité se substitue à lui. En laissant, en connaissance de cause, la patiente sans surveillance qualifiée, le praticien a manqué à ses obligations préexistantes et engagé sa responsabilité, pénale comme civile. Vainement l'anesthésiste argue d'un défaut d'organisation de l'établissement (dont la juridiction n'est pas saisie), qui pour être avéré, ne saurait être considéré comme la cause exclusive du dommage subi par la patiente.

LA COUR APPORTE AUSSI UNE UTILE PRÉCISION QUANT AU PRÉJUDICE SUBI.

Refusant d'entrer dans le débat distinguant coma artificiel/état végétatif, la haute juridiction souligne que l'état végétatif chronique de la victime d'un accident ne permet d'exclure aucun chef d'indemnisation, le préjudice doit être réparé dans tous ses éléments.

Rappelons, à toutes fins utiles, que si l'anesthésiste demeure responsable du fait anesthésique, le chirurgien n'est pas toujours préservé de toute responsabilité (C. cass., ass. Plén. 30 mai 1986 n° 85-91432 : « Attendu cependant, que

si la surveillance postopératoire incombe au médecin anesthésiste pour ce qui concerne sa spécialité, le chirurgien n'en demeure pas moins tenu à cet égard, d'une obligation générale de prudence et de diligence ; qu'en s'abstenant de rechercher si, en raison des conditions dans lesquelles il avait quitté la clinique, le docteur L... n'aurait pas dû s'assurer que Le malade restait sous la surveillance d'une personne qualifiée, la cour d'appel n'a pas donné de base légale à sa décision » ; Crim. 12 juillet 2016, n° 15-84.035, Faute caractérisée : mais où est donc passé l'anesthésiste ? Revue de science criminelle et de droit pénal comparé - N° 2). L'arrêt conduit surtout à s'interroger sur les pratiques quotidiennes et « l'oubli », conscient ou non, de règles élémentaires de prudence, de sécurité et de bon sens, garanties procédurales édictées pour protéger le patient, bien évidemment, mais aussi le praticien.

L'INFORMATION DES PROCHES DOIT PORTER SUR LES CAUSES, MAIS ÉGALEMENT SUR LES CIRCONSTANCES DU DOMMAGE

Enfin, un élément peu relevé mérite pourtant que l'on y prête attention. Que dire aux proches du patient, comment le dire, faut-il choisir la transparence ou l'opacité dans l'information de « l'évènement indésirable » ? Les dispositions de l'article L.1142-4 sont claires, l'information dispensée par le professionnel et/ou l'établissement de santé porte « sur les circonstances et les causes de ce dommage ». Énoncer, avec empathie voire compassion, les causes « techniques » de « l'évènement » ne suffit pas, c'est la vérité qui est due (notamment, ici, l'absence de personnel qualifié auprès de la patiente). À l'inverse des exigences légales une certaine opacité semble avoir été de mise lorsque le compagnon de la patiente et ses parents ont été reçus par la directrice de la clinique, l'anesthésiste en cause et un confrère. C'est, en effet, par « deux courriers anonymes [...] adressés le 21 janvier 2008, simultanément à la famille de Mme B. et au centre hospitalier de Dunkerque » que les explications données par l'anesthésiste, ont été remises en causes, ces courriers « indiquant en particulier, que Mme B. avait été victime d'une anoxie prolongée après déconnexion de la sonde endotrachéale alors que l'anesthésiste était absente de la salle de soins ». Nul ne sait si la transparence aurait conduit à éviter le contentieux (pénal), mais il est certain que l'opacité révélée y a directement conduit.

François VIALLA - Professeur des universités - Directeur du Centre Européen d'Etudes et de Recherche Droit&Santé, UMR5815 université de Montpellier

Congés auxquels le Praticien Hospitalier peut prétendre en cas de naissance, d'adoption ou de maladie d'un enfant

Etat des lieux :

1. Congé maternité, paternité et adoption :

Le décret 2017-161 du 09/02/2017 crée un article R 6152-819 CSP qui uniformise les droits en matière de congé maternité, paternité et accueil ou adoption de tous les praticiens titulaires et non titulaires (praticiens contractuels, praticiens attachés et assistants spécialistes).

- Le praticien perçoit la totalité de ses émoluments pendant son congé de maternité ou d'adoption, dont la durée est égale à celle prévue par la législation sur la Sécurité Sociale, qu'il ait ou non une activité libérale. Le congé d'adoption peut être pris par l'un ou par l'autre des parents, ou encore partagé entre les deux parents qui bénéficient alors de 11 jours de congés supplémentaires, ou de 18 jours à partir du 3^{ème} enfant à charge ou en cas d'adoption de deux enfants ou plus (Cf. schéma).
- Le praticien perçoit la totalité de ses émoluments pendant son congé de paternité. Sa durée est de :
 - 11 jours consécutifs pour une naissance simple.
 - 18 jours consécutifs en cas de naissances multiples.

À la demande de l'intéressé, le congé peut être fractionné en deux périodes, dont l'une des deux est au moins égale à sept jours. Ce congé ne concerne pas uniquement le père biologique, mais également le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.

Ce congé doit être pris dans les 4 mois suivant la naissance de l'enfant. Le congé de paternité se conjugue avec le congé de naissance de 3 jours ouvrables. La demande de congé doit être formulée au moins un mois avant la date de début du congé, excepté si l'intéressé établit l'impossibilité de respecter ce délai.

- Le praticien hospitalier, à l'expiration de ces congés, est réaffecté de plein droit dans son ancien emploi. Cependant, s'il est contractuel, le bénéfice de ces congés n'a pas pour effet de reculer la date du terme du contrat.
- Le praticien en congé maternité, d'adoption, de paternité ou de solidarité familiale peut, s'il en fait la demande, bénéficier de plein droit des droits à congés inscrits sur son CET à l'issue du congé dont il bénéficie : article 11 du décret 2012-1481 (cf circulaire d'application de 2013 sur les sites à consulter).

2. Congé parental :

L'article R 6152-45 CSP précise les modalités de ce congé :

- Le praticien hospitalier peut être placé en position de congé parental non rémunéré pour élever son enfant. Il n'acquiert pas de droit à la retraite, mais conserve ses droits à l'avancement d'échelon, réduits de moitié.
- Il est accordé de droit à la mère après un congé de maternité ou au père après une naissance, et ce jusqu'au 3^{ème} anniversaire

de l'enfant. En cas d'adoption d'un enfant âgé de moins de trois ans, l'un ou l'autre des parents peut en bénéficier après le congé d'adoption, et ce pendant les trois ans qui suivent l'adoption. Si l'enfant adopté a plus de trois ans lors de son arrivée au foyer, mais n'a pas encore atteint l'âge de fin de l'obligation scolaire, le congé parental accordé ne peut excéder une année à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer.

- Le praticien hospitalier est réintégré de plein droit à la fin du congé parental dans son établissement d'origine, éventuellement en surnombre. Il doit formuler la demande un mois au moins avant la date à laquelle il souhaite être réintégré.
- Le congé parental est attribué par le DGEPS par période de six mois renouvelable par tacite reconduction.
 - Il doit comporter l'engagement du praticien à consacrer effectivement le congé à élever son enfant (un contrôle de la réalité de cet engagement peut être réalisé à l'initiative du Directeur de l'établissement).
 - La demande de congé parental doit être présentée un mois avant le début du congé. Son interruption doit aussi être demandée un mois avant l'expiration de la période en cours. Un congé interrompu ne peut être repris ultérieurement
 - Le congé parental peut être écourté pour motif grave (diminution des revenus du ménage ou nouvelle grossesse par exemple).
 - Si une nouvelle naissance ou une nouvelle adoption se produit au cours du congé parental, le praticien a droit à un nouveau congé parental. L'autre parent doit présenter sa demande au moins un mois à l'avance. Il est placé en position de congé parental, au plus tôt, à compter du jour de la reprise d'activité du bénéficiaire.
 - Si le père et la mère sont praticiens hospitaliers, le parent bénéficiaire du congé parental peut y renoncer au bénéfice de son conjoint pour la période restant à courir jusqu'à l'expiration du droit.
 - Le congé parental cesse de plein droit en cas de retrait de l'enfant placé en vue de son adoption.
 - En cas de décès de la mère au cours de la période entre la naissance de l'enfant et la fin de l'indemnisation prévue par son régime d'assurance maternité, le père bénéficie, s'il est régi par les dispositions de l'article R6152-819, d'un droit à congé pour la durée restant à courir entre la date du décès de la mère et la fin de la période d'indemnisation dont elle aurait bénéficié. Il peut demander le report de tout ou partie de ce congé dans les conditions fixées par la législation sur la sécurité sociale. Lorsque le père de l'enfant ne demande pas à bénéficier de ce droit à congé, il est accordé au conjoint de la mère s'il est régi par le présent chapitre, ou au praticien lié à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.

Le praticien attaché a les mêmes droits (article R 6152-617 CSP),

de même que le praticien contractuel (article R 6152-418-1 CSP, modifié par décret 2017-161 du 9 février 2017) et les assistants des hôpitaux (article R 6152-520 CSP, modifié par décret 2017-161 du 9 février 2017).

Le congé parental n'est pas rémunéré mais il peut donner lieu au versement d'une allocation (cf sites à consulter) par la CAF : c'est la PreParE, Prestation Partagée d'Education de l'enfant laquelle – versée sans condition de ressource – est au maximum de 397,20 € mensuels nets, avec des durées de versements variables selon le nombre d'enfants et la situation du parent bénéficiaire (isolé ou en couple).

La PreParE majorée de 647,31 € mensuels nets est versée pour une durée plus courte uniquement s'il y a au moins trois enfants, dont l'un âgé de moins d'un an.

Le congé parental peut être pris à temps partiel. La rémunération est versée au prorata de l'activité et la PreParE est alors diminuée (256,78 € pour un temps partiel à 50 % et 148,12 € pour un temps partiel compris entre 50 et 80 %).

Le praticien hospitalier peut également opter pour une activité hebdomadaire réduite selon les dispositions de l'article R 6152-46, à la place de l'octroi d'un congé parental dans les mêmes conditions. Cette activité hebdomadaire réduite est alors de droit (article R 6152-47). Cette disposition est accessible au praticien hospitalier en période probatoire et cette activité est alors réputée accomplie à temps plein : article R 6152-13 modifié par le décret 2017-161 du 9 février 2017.

3 - Congé de présence parentale :

Ce congé est accordé dans les conditions prévues par le code du travail et par le code de la sécurité sociale, pour donner des soins à un enfant à charge handicapé, accidenté ou malade (nécessité de justifier de la gravité particulière de la maladie, de l'accident ou du handicap de l'enfant, d'une présence soutenue nécessaire auprès de l'enfant et des soins contraignants). Sa durée est de 310 jours ouvrés au maximum, renouvelée par période de six mois, pour un même enfant et pour la même pathologie. Il n'est pas rémunéré mais le praticien peut percevoir l'allocation journalière de présence parentale (AJPP).

Sites à consulter :

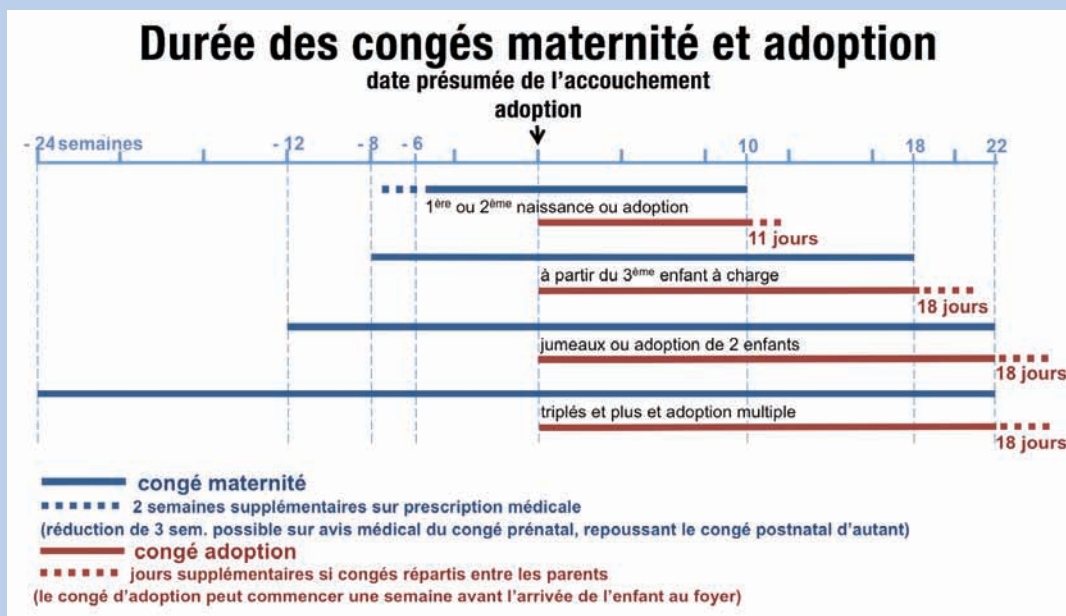
http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/03/cir_36696.pdf

<https://www.previssima.fr/dossier/quelle-remuneration-pour-un-conge-parental.html>

<http://www.caf.fr/allocataires/droits-et-prestations/s-informer-sur-les-aides/petite-enfance/la-prestation-partagee-d-education-de-l-enfant-prepare>

Propositions du SNPHARE

- Pour les congés de maternité, s'aligner sur les conventions collectives du secteur privé, beaucoup plus favorables.
- Exemple : convention collective de la banque (article 51-1).
 - En plus du congé de maternité légal, il est possible de prendre 45 jours supplémentaires rémunérés à 100 %, ou 90 jours rémunérés à 50 %, à condition d'une ancienneté de neuf mois minimum.
 - Un congé allaitement de 45 jours avec plein salaire existe également. Ces congés sont cumulables.
- Rémunérer le congé parental selon le modèle des pays nordiques ou, au minimum, au niveau des Indemnités Journalières (la directive européenne d'avril 2019 sur ce sujet ne parle que « d'un niveau adéquat de rémunération » sans plus de précision pour une durée de 2 mois seulement par parent et les états membres auront 5 ans pour s'y conformer !)
- Attribuer aux PH des congés enfants malades (hors congé présence parentale).
- Attribuer aux PH des places réservées dans les crèches hospitalières et accès à des crèches ouvertes 24h sur 24 pour les temps de garde.
- La déclaration de grossesse < 15 SA, adressée au directeur de l'établissement doit impliquer de façon officielle, l'arrêt des gardes au 3^{ème} mois (document à transmettre au chef de service).
- Visite à la médecine du travail si demande d'aménagement des conditions de travail.
- Congé de droit (3 jours) pour l'intégration dans un nouveau mode de garde d'enfant.
- Remplacement systématique des congés de maternité, paternité ou adoption pour les PH.
- Mesures d'accompagnement pour l'allaitement à la reprise du travail : temps et local dédié et pas d'obligation de gardes pendant la durée de l'allaitement.



LeGranddebatSante.fr : le bilan

Le 2 mars 2019, APH et JM lançaient LeGrandDebatSante.fr, un site participatif où chacun a pu venir voter pour les propositions de notre intersyndicale et faire les siennes pour les soumettre à leur tour aux votes de tous les visiteurs. Une plateforme a été créée, avec 5 grands thèmes comportant initialement trois ou quatre problématiques chacun, et trois propositions pour chacune des problématiques. L'heure du bilan a sonné, PHARE a rencontré Renaud Péquignot, président d'Avenir Hospitalier et vice président d'APH.

PHARE : Quel bilan tirez-vous de ce grand débat Santé.fr ?

Renaud Péquignot : Plus de 8000 votes ont été enregistrés sur cette plateforme ! Ils émanaient de plus de 1 000 votants, dont 48 % de médecins, 17 % d'autres soignants et 37 % de non-soignants. La majorité des propositions a mis tout le monde d'accord indépendamment de son rapport au système de Santé. L'adhésion de toutes les catégories de répondants a été massive sur toutes les propositions : cesser les restrictions, rajouter des soignants et des médecins. Les questions budgétaires ne rebutent personne, chacun semblant très au clair sur le coût engendré par l'amélioration du système de Santé, mais il faut « considérer que la Santé est une nécessité et non un coût », comme le propose un visiteur engrangeant 92 % de votes positifs !

PHARE : Quels sont les sujets les plus abordés par les professionnels de santé de l'hôpital public ?

Renaud Péquignot : La dégradation des conditions de travail est pointée par 97 % des répondants ! Et 100 % d'entre eux martèlent qu'il faut limiter les tâches administratives des soignants. Ce qui ne veut pas dire les écarter de la gouvernance bien au contraire, puisque plus de 92 % souhaitent une gouvernance médico-administrative et 90 % pensent qu'HPST, en imposant le directeur-patron d'entreprise, a démotivé l'ensemble des acteurs de santé tout en éloignant certains directeurs de la réalité du terrain.

PHARE : Qu'a révélé la « boîte à idées » qui devait permettre à l'idée la plus plébiscitée d'être portée en haut lieu ?

Renaud Péquignot : Celle qui arrive en tête est extrêmement spécialisée : il faut un radiopharmacien dans les centres libéraux de médecine nucléaire ! Il semble qu'un syndicat d'une autre intersyndicale, que nous ne nommerons pas, s'est passionné pour le site proposé par APH et a massivement rameuté ses troupes pour appuyer sa proposition !



Ensuite, viennent des propositions de bon sens : **l'amélioration des retraites des médecins**, actuellement peu favorables, **diminuer la charge d'astreintes et de gardes des médecins en fin de carrière**, « repenser la politique vaccinale » : sans qu'il soit très bien explicité par le groupe qui a porté cette proposition le sens dans lequel il faudrait repenser cette politique...

Une proposition de **tenir compte des gardes dans un calcul de pénibilité permettant d'améliorer la pension de retraite** est également bien placée, de même que **l'harmonisation des statuts des universitaires avec ceux des PH**, notamment en ce qui concerne les cotisations de retraite.

Côté conditions de travail, un visiteur a proposé que tous les hôpitaux aient une **crèche pour les enfants du personnel**. Les deux dernières parmi celles qui ont recueilli le plus de suffrages sont **l'introduction des directives anticipées dans la carte vitale** (ou dans le futur DPI ?), et la suppression de l'Ordre des Médecins.

Propos recueillis par Saveria Sargentini

ANNONCES DE RECRUTEMENT



Le Centre Hospitalier de Mantes la Jolie (Yvelines) recherche h/f pour renforcer le service des urgences-SMUR

2 URGENTISTES / SMURISTES (CAMU ou qualification en médecine d'urgence exigée)

• 40 000 passages par an • 1 300 interventions SMUR • 8 lits d'UHCD • Service agréé pour la formation des internes dans les spécialités «médecine générale» et «médecine d'urgence» • Plateau technique complet (IRM, scanner...)

Possibilité d'exercice territorial au sein du Groupement Hospitalier de Territoire Yvelines Nord. Les deux postes sont à pourvoir immédiatement

Adresser lettre de candidature et CV à :

• Monsieur Sylvain GROSEIL, Directeur adjoint chargé des Affaires Médicales - 2 boulevard Sully - 78200 MANTES LA JOLIE

Pour tout renseignement, contacter :

• Madame Marie BONHOMME, Responsable du Bureau des Affaires Médicales - 01.34.97.40.24 - m.bonhomme@ch-mantes-la-jolie.fr

• Monsieur le Docteur ILLE, Chef de service - 01.34.97.40.71 - o.ille@ch-mantes.fr



OFFRE D'EMPLOI

RENSEIGNEMENTS

AFFAIRES MÉDICALES

Guillaume BRAULT

Directeur

03 84 35 60 02

guillaume.brault@hopitaux-jura.fr

Céline GIGANON

Responsable

03 84 35 60 02

celine.giganon@hopitaux-jura.fr

PÔLE URGENCES

RÉANIMATION

Pascale COUZON

Responsable de service par intérim

pascale.couzon@hopitaux-jura.fr

03 84 35 60 00

MÉDECIN URGENTISTE (Responsable de Service)

MISSIONS PRINCIPALES

Le service des urgences du CHJS est un service bi-site :

- Site de Champagnole : activité de SMUR et de Consultations Non Programmées.
- Site de Lons le Saunier, activité répartie en trois secteurs : SAU, UHCD et SMUR.

Le responsable de service assurera l'encadrement des équipes médicales présentes sur les deux sites.

Il organise le fonctionnement du service et propose l'affectation des ressources médicales en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du service, dans le respect de la déontologie de chaque praticien.

Il devra entreprendre la conduite de changement en vue de rendre plus efficaces ses organisations et plus efficaces ses résultats. Il devra élaborer un cadre de bonnes conduites, de valeurs partagées et d'harmonisation des pratiques.

Le responsable de service se doit d'être extrêmement vigilant sur la non qualité et mène les analyses de risques ad hoc.

Il devra en outre s'impliquer dans les missions institutionnelles, et travailler étroitement avec le(s) cadre(s) de santé du service. En lien avec le chef de pôle, il organise la mise en œuvre du contrat de pôle au sein de son service.

APTITUDES REQUISES

- Diplômes et qualifications en Médecine d'Urgence.
- Sens du relationnel et travail en équipe.
- Maîtrise de l'outil informatique et des logiciels.
- Discrétion professionnelle.

HORAIRE DE TRAVAIL

- Horaires de jour, à 10 demi-journées par semaine.

CARACTÉRISTIQUES DU POSTE

Poste ouvert aux Praticiens Hospitaliers ou aux praticiens cliniciens.

Inscription à l'Ordre des médecins indispensable.

Participation à la permanence des soins possible.

Rémunération annuelle brut de 48 à 96 k€.

Poste basé au sein du Centre Hospitalier Jura Sud, siège de GHT, sur le site de Lons le Saunier (<http://hopitaux-jura.fr>)

Pour plus d'informations sur la ville : <http://www.lonslesaulniers.fr>



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

ANESTHÉSISTE

(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

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 ré adaptation.
- ☞ 45 lits de psychiatrie.
- ☞ 550 lits d'hébergement pour personnes âgées et handicapées.
- ☞ 1 300 salariés.

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-FUIERS
Mme Jeanne-Marie MARION-DRUMEZ
Directrice - jmarion-drumez@chmontreuil.fr Mme Laure SPEHNER
Tél. : 03 21 89 38 58 - lspehner@ch-montreuil.fr Dr Mathieu DÉTAVE
Tél. : 03 21 89 35 35 - mdetave@ch-montreuil.fr

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, thermomodulation trans pulmonaire, entropie, fibroscope bronchique, hémofiltration ...
- ☞ Techniques anesthésiques plurielles. Anesthésie sans opioïdes (OFA). Récupération améliorée après chirurgie (RAAC). Accompagnement hypnotique.
- ☞ Equipement radiologique : IRM et 1 scanner.
- ☞ Activité exclusive sur chacune des spécialités (anesthésie ou réanimation) ou conjointe sur les deux disciplines.



Profil

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

Niveau d'expérience

Tous niveaux. Diplôme requis : DESAR, DESARMIR, DURP.
Avantages : reprise d'ancienneté, aide au logement, formation.

LE CENTRE HOSPITALIER DE L'ARRONDISSEMENT DE MONTREUIL-SUR-MER
RECRUTE POUR SES SERVICES DE RÉANIMATION ET SURVEILLANCE CONTINUE RÉANIMATEUR

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.

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 ré adaptation.
- ☞ 45 lits de psychiatrie.
- ☞ 550 lits d'hébergement pour personnes âgées et handicapées.
- ☞ 1 300 salariés.

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-FUIERS
Mme Jeanne-Marie MARION-DRUMEZ
Directrice - jmarion-drumez@chmontreuil.fr
Mme Laure SPEHNER - Tél. : 03 21 89 38 58 - lspehner@ch-montreuil.fr
Dr Mathieu DÉTAVE - Tél. : 03 21 89 35 35 - mdetave@ch-montreuil.fr

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, thermomodulation trans pulmonaire, entropie, fibroscope bronchique, hémofiltration...
- ☞ Techniques anesthésiques plurielles. Anesthésie sans opioïdes (OFA). Récupération améliorée après chirurgie (RAAC). Accompagnement hypnotique.
- ☞ Equipement radiologique : IRM et 1 scanner.
- ☞ Activité exclusive sur chacune des spécialités (anesthésie ou réanimation) ou conjointe sur les deux disciplines.



Profil

- ☞ Statut PH ou PHC, temps plein ou temps partiel.
- ☞ Inscrit au CDOM dans la spécialité de réanimation.
- ☞ Salaire selon profil et expérience.

Niveau d'expérience

Tous niveaux. Diplôme requis : DESAR, DESARMIR, DURP.
Avantages : reprise d'ancienneté, aide au logement, formation.



Le Centre Hospitalier et Universitaire de Poitiers recrute, dès que possible,
DES ANESTHÉSISTES – RÉANIMATEURS,
 dans les secteurs suivants :

- Bloc de Chirurgie Viscérale et Urologique.
- Bloc d'orthopédie-traumatologie, Plastiques et Urgences.
- Bloc de Neurochirurgie, ORL et Ophtalmologie.
- Bloc de Gynéco-Obstétrique.
- Bloc de Pédiatrie.
- Bloc de Cardio-thoracique et vasculaire/ Réanimation Cardio-thoracique.
- Réanimation Chirurgicale.
- Réanimation Neurochirurgicale.
- Gastro-endoscopies.
- SSPI.

Activités

Plus de 26000 anesthésies sont réalisées chaque année. Toutes les spécialités chirurgicales sont prises en charge dont la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, la gastro-entérologie, la radiologie interventionnelle et la curiethérapie.

La maternité de niveau 3 prend en charge 2500 accouchements par an.

Plus de 1000 patients sont pris en charge chaque année dans les 3 unités de réanimations.

Le service d'anesthésie – réanimation participe à la permanence des soins avec 5 gardes sénior sur place et une astreinte opérationnelle. Les listes de gardes concernent la maternité, le bloc des urgences, les 3 unités de réanimations.

S'ajoutent 3 gardes junior sur place : le bloc des urgences, la réanimation chirurgicale et l'unité de soins continus

Direction des Affaires Médicales :

Helene.COSTA@chu-poitiers.fr

AGORA - 1^{er} Etg-Porte 1049

2 rue de la Milétrie - CS 90577

86021 POITIERS Cedex

☎ : 05 49 44 39 77



LE CH DE MONTÉLIMAR RECRUTE URGENTISTES

Suite à une restructuration, le SAU de Montélimar recherche **des médecins spécialistes en médecine d'urgences sur des postes de praticiens hospitaliers actuellement disponibles**. Ce service accueille 50000 premiers passages (polyvalents, adultes et pédiatriques).

Il dispose de trois salles d'urgence vitale, d'une UHCD de 13 lits et d'une ligne de SMUR. Le fonctionnement porte sur l'ensemble des unités.

La réglementation des 39 H est appliquée. Du temps additionnel est possible et rémunéré.

Le service est évolutif avec un projet de création d'une chaîne de décontamination...

L'investissement individuel est encouragé avec délégation de responsabilités.

Le Groupement Hospitalier Portes de Provence est l'établissement support du GHT sud Drôme-Ardèche et de nombreuses spécialités sont en cours de développement ou de renforcement.

Montélimar se situe dans une région agréable à proximité de nombreuses zones touristiques et à égale distance des Alpes et de la Méditerranée.

Service des Urgences en pleine rénovation et extension, les travaux ont commencé en Janvier 2018 fin prévue en 2020.

Renseignements :

Dr BUSSEUIL - Chef de pôle Spécialités Médicales – Urgences

04 75 53 41 93 – catherine.busseuil@gh-portesdeprovence.fr

Mme MAGNETTE - ACH DAM

04 75 53 41 29 – sandrine.magnette@gh-portesdeprovence.fr

Film de présentation de la structure : <https://youtu.be/Y6KMJG0N4Mc>



GROUPEMENT
HOSPITALIER
MONTÉLIMAR - DIEULEFIT
PORTES DE
PROVENCE



GROUPEMENT HOSPITALIER PORTE DE PROVENCE

SITE DE MONTÉLIMAR (2^{ème} VILLE DU DÉPARTEMENT – DRÔME PROVENÇALE) (SITUÉ À 1H30 DE LYON, DE MONTPELLIER ET DE MARSEILLE)

RECHERCHE 2 PRATICIENS ANESTHÉSISTES TEMPS PLEIN

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

Développement soutenu de l'activité médicale et chirurgicale. Près de 1700 accouchements par an.

Unité Médicale de Réanimation : 12 lits et ouverture de 6 lits de soins continus.

En convention avec plusieurs CHU pour le partenariat et la formation médicale.

Nouveau Plateau technique.

Excellente qualité de vie : environnement, organisation de service...

Possibilité de gardes en réanimation si souhaitées.

Ces postes sont à pourvoir par mutation ou contrat.

Logement provisoire possible.

Film de présentation de la structure : <https://youtu.be/Y6KMJG0N4Mc>

Renseignements : **Dr GUIGNAT :** Responsable du service - dominique.guignat@gh-portesdeprovence.fr

S. MAGNETTE (ACH, DAM) : 04 75 53 41 29 - sandrine.magnette@gh-portesdeprovence.fr

Candidatures : **Mr Le Directeur – GHPP - B.P. 249 - 26216 MONTEILIMAR Cedex**

Tél. : 04 75 53 40 02 - direction@gh-portesdeprovence.fr

Site Internet : <http://www.gh-portesdeprovence.fr>



GROUPEMENT
HOSPITALIER
MONTÉLIMAR - DIEULEFIT
PORTES DE
PROVENCE



L'Hôpital du Gier, établissement public de santé de 703 lits et places, dynamique et convivial, situé à Saint-Chamond, zone urbaine dans la vallée du Gier (environ 90 000 habitants), deuxième ville du département. Son positionnement entre Saint-Etienne (15 mn) et Lyon (40 mn) permet une accessibilité aisée à tout le territoire et en Europe par le réseau autoroutier, ferroviaire et aéroportuaire. Région dynamique, environnement universitaire de grande qualité, à 1h30 des Alpes et 2h30 de la mer.



Recrute UN MÉDECIN ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR

*Temps plein ou temps partiel,
contractuel ou titulaire.*

Pour intégrer une équipe soudée de 6 MAR et 1 à 2 internes DES anesthésie-réa par semestre. Il s'agit d'anticiper des départs en retraite sur les 2 prochaines années.

ACTIVITÉ, SPÉCIFICITÉS ET COOPÉRATIONS :

- Toute activité chirurgicale du patient de plus de 2 ans (sauf neurochirurgie, chirurgie cardiaque et vasculaire) avec 60 % de chirurgie ambulatoire.
- Bloc opératoire récent avec équipements modernes, 4 salles polyvalentes et 1 salle d'endoscopie, SSPI avec 8 postes.
- 1 IADE par salle et en SSPI.
- Maternité de niveau 1 avec 750 accouchements en 2017.
- Importante activité d'ALR sous échographie.
- Service de soins continus avec 6 lits, (monitorage standard et échographe permettant fast echo et diagnostic hémodynamique ...).
- Possibilité de travailler dans d'autres établissements du GHT Loire, sur la base du volontariat ; travail collaboratif avec le CHU.
- Paiement ou récupération du temps additionnel.
- Garde sur place.



CONTACT ET RENSEIGNEMENTS :

- **Dr P.-G. DURAND**,
MAR, Président de CME
04 77 31 19 19 - Poste 49.10.41
pg.durand@hopitaldugier.fr
Secrétariat anesthésie/soins continus
04 77 31 19 39
- **Dr J. REYNAUD**,
MAR, Chef du Pôle activités transversales
04 77 31 17 71
j.reynaud@hopitaldugier.fr
- **M. C. COUTRON**, Directeur des
affaires médicales : 04 77 31 19 01
c.coutron@hopitaldugier.fr ou
direction@hopitaldugier.fr



Le service d'anesthésie du pôle de chirurgie orthopédique de l'hôpital Renée Sabran, situé près de Toulon sur la presqu'île de Giens (83 - Var),

Recherche à partir du mois de février 2020

DEUX MÉDECINS ANESTHÉSISTES RÉANIMATEURS

En raison de départs à la retraite. L'établissement fait partie du CHU de Lyon (Hospices civils de Lyon).

Le pôle de chirurgie est un service d'excellence (RAAC, chirurgie mini invasive), spécialisé pour la chirurgie réglée du membre inférieur (1^{er} régional au palmarès du classement du magazine l'Express pour les prothèses de hanche et genou). L'équipe est actuellement formée de 6 MAR et 7 IADE.

CONTRATS POSSIBLES :

PH temps plein, PH contractuel, assistant spécialiste, assistant spécialiste associé, praticien clinicien. Possibilité de logement à proximité du site. Possibilité de participer aux gardes du CHITS et CHH.

CONDITIONS :

Diplôme de Docteur en médecine, diplôme de spécialiste en anesthésie-réanimation.

Pour toute information complémentaire et pour adresser votre CV,

contacter le Docteur Gontier,

Chef de service :

denis.gontier@chu-lyon.fr - 04 94 38 17 00



LE CENTRE HOSPITALIER DE VALENCE RECRUTE des médecins anesthésistes-réanimateurs (temps plein ou partiel)

Le centre hospitalier de valence (Drôme) : Établissement support du GHT Rhône Vercors Vivarais disposant de 750 lits, 78 places employant près de 2 638 personnes.

11 salles de Bloc Opératoire : 10 536 interventions par an.

Double garde sur place d'anesthésie : Bloc central et maternité (28 avec 2 460 accouchements).

Le centre hospitalier de Valence se situe sur l'agglomération valentinoise de 125 000 habitants. Ville dynamique et accueillante entre Vercors et Provence. Située sur un axe géographique central entre Paris (2 h 10 TGV) et Marseille (2 h).

À proximité de Lyon et Grenoble (1 h), à 1h des stations de ski les plus proches et 2h de la mer.



Activité de chirurgie répartie sur 3 plateaux de 30 lits,

1 service de chirurgie ambulatoire :

- Chirurgie viscérale et digestive.
- Chirurgie orthopédique et traumatologique.
- Chirurgie urologique.
- Chirurgie gynécologique et obstétrique.
- Chirurgie pédiatrique.
- Chirurgie ORL et cervico-faciale.
- Ophtalmologique.
- Neurochirurgie.

Participation des anesthésistes aux activités de gastroentérologie, en rythmologie et en radiologie interventionnelle.

Diplômes et compétences demandées :

Inscription à l'Ordre obligatoire - Spécialiste en anesthésie-réanimation.

Rémunération : En fonction du statut médical et de l'ancienneté.

Pour plus de renseignements,

vous pouvez contacter :

Dr Sandie DAURIAC,
Chef de service d'Anesthésiologie,
sdauriac@ch-valence.fr
Mme Stéphanie PIOCH,
Directeur Adjoint des affaires
médicales,
spioch@ch-valence.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE GUINGAMP (22 - CÔTES D'ARMOR)

(Établissement 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.

Postes éligibles à la prime d'engagement de carrière hospitalière (PECH).



www.ch-guingamp.fr

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@armorsante.bzh



LA POLYCLINIQUE DU TREGOR, située à Lannion à proximité de la côte de Granit Rose, est un établissement mutualiste de 84 lits dont 4 en USC. Avec un plateau technique de 5 salles de bloc opératoire, la Polyclinique prend en charge des pathologies médico-chirurgicales (pas de maternité). Notre établissement est certifié ISO 9001 pour la chirurgie ambulatoire (Certification HOSPI GRAND OUEST).

RECRUTE UN ANESTHÉSISTE

Pour son cabinet d'anesthésie, composé actuellement de 3 anesthésistes, l'équipe cherche un médecin anesthésiste temps plein ou temps partiel pour installation et/ou remplacements réguliers en prévision d'un départ en retraite au 1 janvier 2020.

Vous aurez pour mission principale le suivi et la prise en charge des patients en anesthésie aussi bien dans le cadre d'une activité programmée qu'en urgence. Vous participerez à la prise en charge sur les plans diagnostique et thérapeutique, de l'ensemble des patients accueillis pour une intervention chirurgicale.

Les conditions d'exercice sont très intéressantes avec des astreintes calmes à domicile et une activité ambulatoire à 70 %.

Cette annonce vous intéresse ?

Merci de contacter le **Dr LE PENVEN** au **06 38 39 03 24**
ou le **Docteur LECACHEUR** au **06 84 23 55 74** (après 19h00)



Notre établissement appartient au Groupe mutualiste HOSPI GRAND OUEST, un opérateur hospitalier mutualiste au sein des régions Pays de la Loire & Bretagne.

MÉDECIN ANESTHÉSISTE - RÉANIMATEUR AU CHRU DE NANCY

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

LIEU D'EXERCICE

Établissement hospitalo-universitaire de 1791 lits et places, disposant d'un plateau technique récent. Établissement de référence sur la région, au 10^{ème} rang français sur la recherche et à proximité de Paris (1H30 par TGV).

Pôle d'anesthésie-réanimation (sites urbains ou hôpital de Brabois).

ACTIVITÉS CLINIQUES

Selon le profil et projet du candidat :

• Anesthésie orthopédique/traumatologie/chirurgie de la main.

Ou

• Anesthésie pédiatrique.

• Consultation d'anesthésie.

• Participation à la permanence des soins.



Personne à contacter :

Professeur Gerard AUDIBERT

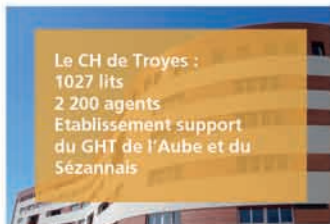
Chef du Pôle Anesthésie-Réanimation
g.audibert@chru-nancy.fr

Yasmine SAMMOUR

Directrice des Affaires Médicales
y.sammour@chru-nancy.fr



Nous cherchons des praticiens prêts à s'investir dans une équipe en pleine expansion afin de pouvoir participer à cette nouvelle dynamique et au développement de nouveaux projets.



Le CH de Troyes :
1027 lits
2 200 agents
Etablissement support
du GHT de l'Aube et du
Sézannais

www.ch-troyes.fr



Un environnement idéal
Ville d'art et d'histoire
Gastronomie - Lacs et forêt
Vie culturelle
Magasins d'usine
Région Champagne
Qualité de vie à 1h30 de Paris

ACTIVITÉ DU SERVICE

- Service mutualisé en 2015
- 25 ETP et recrutements prévus pour les années à venir.
- Par an : 60 000 passages aux urgences, 2 000 sorties au SMUR, 60 000 dossiers au SAMU.
- En pleine évolution : nouvelle organisation des urgences, modernisation du SAMU, progression de l'activité du CESU.

Renseignements : Arnaud DEVILLARD, chefs du pôle urgences, arnaud.devillard@ch-troyes.fr
et Jérémie GOUDOUR, jeremie.goudour@ch-troyes.fr
Candidature détaillée à adresser à : Guillaume PRADALIE, Directeur des Affaires Médicales,
03 25 49 49 56, guillaume.pradalie@ch-troyes.fr



LE GROUPE HOPITALIER EST RÉUNION

Situé dans l'Est de l'île-de-La Réunion, et bénéficiant d'une implantation récente dans des locaux modernes équipés des dernières technologies, le Groupe Hospitalier Est Réunion recrute :

Un ANESTHÉSISTE remplaçant
Poste à pourvoir pour le mois de **JUILLET 2019**

Rémunération très attractive (majoration DOM de 40 %),
Prise en charge du billet d'avion et de l'hébergement, et mise à disposition d'un véhicule.

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

- 27 lits de chirurgie orthopédique/traumatologique et de chirurgie viscérale/digestive en hospitalisation complète.
- 16 places de chirurgie ambulatoire.

Pour tout renseignement,
Merci de contacter la Direction des Affaires Médicales du GHER
Par mail : affaires.medicales@gher.fr



URGENT



Candidature à adresser au
Dr G. Boulesteix
gilles.boulesteix@ch-labasseterre.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^{er} mois et remboursement des frais de location de voiture le 1^{er} 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.