

#87

PHARE

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

WARNING

« Postures et Impostures »
L'Hôpital Public implose par ses
Urgences

FOCUS

LE SNPHARE S'ENGAGE POUR LA PERTINENCE
DES SOINS

« AMBULATOIRE : LE SNPHARE À
L'ASSEMBLÉE NATIONALE

DOSSIER

RÉSULTATS DES ÉLECTIONS
PROFESSIONNELLES

Dr Anne GEFROY-WERNET - Présidente Centre Hospitalier de Perpignan anne.wernet@snphare.fr	CSPM - CSN (AR) - 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	CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR) - 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	Conseil de discipline (médecine) - 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	CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR) 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	CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR) 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	CSN (AR - Conseil de Discipline (AR) 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	CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR) - 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 CSPM - CSN (médecine) - 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	CSN (AR) - 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	CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR) 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 Ezéchiél 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@snphare.fr	CSPM - CSN (HU médecine) - 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	CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR) -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	Conseil de Discipline (AR) - 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	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 - CSN (AR) Conseil de Discipline (AR) 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 - 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 - Référent 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		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

UNE RENTRÉE MOUVEMENTÉE. HÔPITAL PUBLIC : « DES DIFFICULTÉS QUI S'ACUTISENT. »

POINT DE VUE DE L'ACTUALITÉ
Dérèglement climatique à l'hôpital public :
l'ambiance est caniculaire !4

DOSSIER : ELECTIONS
PROFESSIONNELLES
APH-JM première union syndicale de
praticiens hospitaliers de France !6
Les élus de la liste APH-JM7
« Il fallait que le CSPM voie le jour et
que nous y soyons présents ! »8

FICHE PRATIQUE
À quoi sert ma cotisation ? 10

FOCUS
Le SNPHARE s'engage pour la pertinence
des soins :
nos propositions doivent être entendues ! ...11

FOCUS
Vous avez dit ambulatoire ?
Le SNPHARE à l'assemblée nationale 14

ENQUÊTE
La vie et le travail des femmes médecins
en Europe : facilités et obstacles.16

INTERVIEW
CFAR : l'interview de la présidente de la
Commission SMART20

WARNING ...
« Postures et Impostures »
L'Hôpital Public impose par ses Urgences. ...20

LE POINT SUR
La « commission vie hospitalière » :
une instance à défendre et à inventer22

AGENDA24

PETITES ANNONCES 25

L'été fut caniculaire avec ses deux vagues de chaleur et ne fut pas un long fleuve tranquille, loin de là.

Tout a commencé par les élections professionnelles début juillet avec un taux de participation inférieur à 25 %, en baisse de 3 % par rapport au scrutin de 2011. On ne peut que déplorer cette baisse de la participation des praticiens à l'heure où l'Hôpital Public est en difficulté dans son ensemble. Pour mémoire le taux de participation en 2005 était de 48 %. Néanmoins, on peut se réjouir des résultats de notre union syndicale APH-Jeunes Médecins qui a su bouleverser les équilibres syndicaux et obtenir de nombreux sièges dans toutes les commissions où nous avons des candidats. Désormais, loin de tout triomphalisme, notre union syndicale est la première force syndicale représentative des praticiens titulaires et contractuels et fait une entrée remarquée en obtenant des sièges avec nos candidats hospitalo-universitaires. La tâche est âpre et ardue mais notre engagement est total et sans concession pour défendre les conditions d'exercice, le temps de travail et la rémunération des praticiens.

Dans les actualités de cet été, la grève dans les services d'urgence n'en finit pas de s'étendre avec plus de deux cents services en grève. Aux urgences, les soignants grévistes expriment une souffrance jamais atteinte en dénonçant un sous-effectif permanent qui met en danger les patients. Le SNPHARE soutient ce mouvement qui dépasse le seul cadre des urgences, et englobe l'Hôpital Public dans son ensemble. Les revendications portent sur le manque d'effectif, les rémunérations et le manque de lits d'hospitalisation pour faire face à la hausse régulière des passages aux urgences. En cette rentrée mouvementée, la Ministre de la santé a fait des annonces pour les urgences faisant suite au rapport Flash élaboré durant l'été, mais nous en parlerons plus longuement dans ce numéro. Nous reviendrons également dans ce numéro plus en détail sur les dernières élections professionnelles. Nous vous présenterons l'aspect « féminisation du métier » de l'enquête APH « Equilibres vie privée – vie professionnelle » et nous ferons un focus sur « l'ambulatoire et la pertinence des soins ».

Plus que jamais, à l'heure de cette rentrée très mouvementée, la mobilisation des praticiens est capitale. Se résigner, c'est accepter de dégrader les soins que nous donnons quotidiennement aux patients.

Perdre de vue la qualité des soins et la sécurité de nos patients, c'est renier notre engagement. Le SNPHARE travaille sans répit, se mobilise, dénonce et propose afin que chaque praticien puisse avoir des conditions de travail dignes, à la hauteur de son engagement fidèle et constant aux valeurs du service public.

Bonne lecture.

Anouar Ben Hellal, Secrétaire Général 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

11 bis av Mal de Lattre de Tassigny • 94000 Créteil • 06 71 67 15 72

Rédaction : S. Sargentini

Directeur de publication : C. Mura

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

Impression : Imprimerie Imprimatur

Crédits photos : istock photos

Dérèglement climatique à l'hôpital public : l'ambiance est caniculaire !

ELECTIONS PROFESSIONNELLES

Le début de l'été a été marqué syndicalement par les élections professionnelles. Malgré une énorme désorganisation du vote électronique, et de nombreuses entraves à la diffusion des campagnes électorales, nous avons réussi pour la première fois, grâce à vous, à devenir la première organisation intersyndicale représentative de praticiens hospitaliers (lire l'article dans ce numéro). Le nouveau Conseil Supérieur des Professions Médicales, Pharmaceutiques et Odontologiques (CSPM) a été « installé » le 18 juillet au Ministère. Les premiers travaux, prévus pour cet automne, devraient concerner les moyens syndicaux et la modernisation des statuts de médecins hospitaliers.

LOI « SANTÉ » : ÇA C'EST (TROP VITE ?) FAIT

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé est parue au Journal Officiel le 24 Juillet 2019. Rappelons que l'État s'est donné le droit de légiférer par ordonnance dans un délai de quelques mois après la publication de la loi. Cela lui permet d'avancer très vite dans ses décisions et donc de shunter au maximum le débat parlementaire. Certes il y a urgence pour la santé en France, et notamment pour l'hôpital public. Mais il y a danger à aller trop vite pour corriger une situation installée depuis de nombreuses mandatures gouvernementales : l'urgence ne doit pas devenir précipitation.

D'ailleurs, les articles de loi concernant l'hôpital public et les médecins hospitaliers (actuels et futurs) sont peu nombreux : suppression du numerus clausus et des épreuves classantes nationales (ECN) respectivement dès cette année et dans un an, disparition du concours de praticien hospitalier, développement d'une re certification des médecins tout au long de leur carrière, facilitation / incitation à la contractualisation plutôt qu'à la titularisation, réaffirmation des GHT, création des hôpitaux de proximité... Nous avons déjà largement commenté le projet de loi (cf. PHARE 85). Quelques remarques cependant :

● le refus de notre Ministre de repeupler les zones à faible densité médicale par des mesures coercitives, contrairement à ce qui a été proposé par les parle-

mentaires – espérons que cette opposition perdurera.

● la possibilité dérogatoire de réaliser des actes d'anesthésie sans plateau technique (maternité, bloc opératoire) : malgré plusieurs injonctions de l'ensemble des professionnels d'anesthésie-réanimation*, la pratique de « petite chirurgie avec anesthésie » dans les hôpitaux pourrait se faire de manière dérogatoire. Ce n'est ni l'intérêt des patients, ni celui des professionnels, opérateurs et anesthésistes-réanimateurs. La proximité n'est gage de qualité et de sécurité que si les moyens humains sont présents, et le SNPHARE ne cessera de le répéter.

D'ailleurs, « comme par hasard », l'été a accentué la pénurie des médecins dans des maternités et des services d'urgences/SMUR, non totalement compensée par l'interim, à tarif parfois exorbitant. La sécurité des soins n'est plus assurée sur certains territoires, obligeant des urgentistes à fermer des lignes de gardes y compris dans des zones très touristiques, et ayant même conduit à des fermetures de maternité en urgence. Quand le politique est obligé de quitter des discours électoralistes devant le constat de la triste réalité...

LOI DE TRANSFORMATION DE LA FONCTION PUBLIQUE

La loi de transformation de la fonction publique est parue au Journal Officiel le 7 août 2019.

Plusieurs points attirent notre attention

- ① le dialogue social : la création des comités spécialisés d'établissement (CSE) qui remplacent les actuels CHSCT ; il s'agit d'une grande victoire syndicale, car ces CSE donneront enfin une place aux médecins comme aux personnels paramédicaux et incluront des « formations spécialisées en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail » ; cette mesure s'accompagne de la création au sein des ARS d'un comité d'agence et des conditions de travail
- ② la facilitation de la contractualisation transforme petit à petit la mission de fonction publique en fonction publique de missions. Elle remet en cause l'indépendance et l'autonomie des agents de service public vis-à-vis de leur employeur, et nuit à la stabilité d'une équipe.
- ③ la reconnaissance de la performance professionnelle :

*<https://snphare.fr/fr/blog/posts/pas-danesthesie-sur-un-coin-de-table-> et <https://snphare.fr/fr/blog/posts/pas-danesthesie-sur-un-coin-de-table-bis>

espérons que le mot reconnaissance prévale sur le mot performance, qui renvoie à efficacité, productivité voire soumission. L'idée d'un intéressement financier collectif lié aux services rendus par les personnels a été adoptée, il s'agira de le décliner dans tous nos services.

MÉDIATION

Le dernier texte de l'été était le plus attendu : le décret sur les médiations nationales et régionales est ENFIN sorti au Journal Officiel le 28 août. C'est l'instance ultime de résolution des conflits intrahospitaliers, après l'échec d'une conciliation locale et régionale (commissions paritaires régionales « CRP » où vos délégués syndicaux vous représentent).

Malgré nos demandes, les représentants syndicaux sont exclus de la composition des médiations. Nous sommes pourtant les mieux placés pour gérer ces conflits, pour lesquels nous sommes sollicités au quotidien par les praticiens, quand ce n'est pas pour les défendre dans les commissions statutaires ou de discipline. Cette expertise n'a pas été reconnue. Comble du comble, il suffit de se désengager d'une responsabilité syndicale pour pouvoir intégrer une médiation.

Toujours est-il que cette nouvelle modalité de résolution des conflits va probablement se révéler régulièrement utile, en tout cas, c'est ce que nous souhaitons.

GRÈVE DES URGENCES, SYMPTÔME DE LA MALADIE DE L'HÔPITAL PUBLIC

Le mouvement de grève des services d'urgence n'aura cessé de croître depuis le début de l'été. 241 services d'urgence en grève lors de la rédaction de cet article ! Qu'attend Madame la Ministre ? Les propositions distillées au compte-goutte dans l'été et depuis cette rentrée sont des pansements sur des jambes de bois. Absence de budget et de personnel supplémentaire, fermetures insensées des lits d'aval manquant cruellement aux urgences comme aux services eux-mêmes, désorganisation par du matériel obsolète et des locaux inadaptés mettent en danger les patients et les soignants : la gangrène des urgences ronge l'hôpital tout entier. Il faut agir et vite. La solution ne peut passer que par le desserrement de l'étau budgétaire dans lequel est l'hôpital public, et une gouvernance assouplie et plus respectueuse des professionnels de santé. Le SNPHARE a commencé à déposer, sur demande des praticiens, des préavis de grèves dans plusieurs services d'urgences ; ce mouvement du SNPHARE/Action Praticiens Hôpital rejoint aujourd'hui le front des paramédicaux : il devient évident que seule l'union de tous les corps de métier de santé à l'hôpital pourra être décisive.

Par ailleurs, nous attendons toujours une date d'audition par les experts Pierre Carli et Thomas Mesnier chargés de faire un énième rapport sur les urgences...

L'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION : LE SNPHARE, LA SFAR ET LE CFAR

Comme l'an dernier, le SNPHARE a été invité par le bureau de la SFAR pour une rencontre informelle. Nous avons échangé au sujet de la seniorisation des internes (travail en cours au sein du Conseil National Professionnel d'Anesthésie-Réanimation, à la suite de l'enquête SNPHARE), de la place de la médecine périopératoire dans notre exercice d'anesthésiste-réanimateur, de la place de l'IADE et du serpent de mer « Combien de salles pour un MAR ? ».

Outre notre traditionnel stand, les travaux du SNPHARE ont fait l'objet de trois présentations, issues de l'enquête CONTRAMAR et de l'enquête « urgentistes ».

Le SNPHARE a présenté des candidats aux élections du CFAR ainsi qu'aux différentes commissions du CFAR. Les représentants des PH au CFAR sont des membres du SNPHARE.

Le SNPHARE a été auditionné à l'Assemblée Nationale au sujet du virage ambulatoire ! Plus de détails dans ce numéro.

LA RÉFORME DES RETRAITES

C'est un des gros chantiers de la rentrée qui nous attend : la retraite, ça n'arrive pas qu'aux autres ! Sortons de cette idée que « les plus jeunes n'auront rien », car nos retraites IRCANTEC sont assurées pour les 30 années à venir au moins. Nous comptons sur vous pour nous soutenir dans la défense des intérêts des praticiens hospitaliers, notamment pour faire enfin reconnaître la pénibilité de la permanence des soins et du travail posté : la bataille n'est pas gagnée, et nous concerne tous !

« SAVE THE DATE ! » ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SNPHARE

Notre assemblée générale aura lieu le vendredi 17 janvier 2020, à Paris.

Outre les incontournables rapports moral et financier, nous préparons des exposés sur des sujets sensibles et des tables rondes avec des invités de marque. Inscrivez déjà cette date sur vos agendas (« temps syndical » sur votre planning professionnel) : nous vous attendons nombreux !

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

APH-JM :

Première union syndicale de PH

Cette victoire, c'est votre victoire ! Les élections professionnelles, qui ont lieu eu lieu en juin dernier, ont fait de l'union APH-JM la première union syndicale médicale de France . Merci de la confiance que vous nous avez témoignée. Vos votes nous permettront aujourd'hui de porter les valeurs que nous défendons depuis toujours.

Voici un récapitulatif des résultats obtenus par la liste APH-JM.

● Le Conseil Supérieur des Professions Médicales, pharmaceutiques et odontologiques

APH-JM récupère 3 sièges sur 5 chez les PH : ainsi le SNPHARE sera présent au CSPM *via* votre présidente Anne Geffroy-Wernet ainsi que Renaud Péquignot, président d'Avenir Hospitalier ; chez les HU, nous obtenons un siège (dont la suppléance sera assurée par Raphaël Briot, SNPHARE), ce qui est déjà un bon début et chez les contractuels, trois sièges.

● Les commissions statutaires nationales

APH-JM fait carton plein chez les PH en anesthésie-réanimation, et récupère 3 sièges sur les 6 chez les hospitalo-universitaires, alors que c'est la première fois que nous présentions des candidats HU. Dans la plupart des autres spécialités pour lesquelles nous avons des listes, APH-JM arrive également en première position.

● Le Conseil de discipline

Là aussi, APH-JM fait carton plein chez les PH en anesthésie-réanimation, 4 sièges sur 6 en biologie, 3 sièges sur 6 en chirurgie, médecine et psychiatrie et un siège sur 6 en pharmacie.

Anne Geffroy-Wernet, présidente du SNPHARE

LE MOT DE LA PRÉSIDENTE

Vous pouvez compter sur notre énergie et notre investissement afin de défendre l'anesthésie-réanimation et toutes les spécialités médico-chirurgicales hospitalières, les statuts des praticiens à l'hôpital public, le renouvellement de la gouvernance et du management... Nous sommes déjà au travail depuis des mois, des années, et nous allons continuer, avec encore plus de force. Notre victoire, c'est votre victoire, et c'est la chance de l'hôpital public et de ses praticiens.

	Titulaires	Suppléants
CONSEILS SUPÉRIEURS DES PROFESSIONS MÉDICALES, PHARMACEUTIQUES ET ODONTOLOGIQUES (CSPM)		
Hospitalo-universitaires (HU)	Dr Gisèle Apter	Dr Raphaël Briot  Dr Adrien Bouglé
Praticiens Hospitaliers (PH)	Dr Jacques Trévidic Dr Renaud Péquignot  Dr Anne Wernet 	Dr Marie-José Cortès, Dr François Bart, Dr Pascale Le Pors, Dr Jean-François Cibien, Dr Carole Poupon, Dr Anne Gervais
Praticiens contractuels	Dr Emanuel Loeb Dr Franck Verdonk Dr Israël Nisand	Dr Elodie Lebredonchel Dr Marguerite Hureauux Dr Anaïs Codorniu Dr Elise Mamimoué Dr Lamia Kerdjana Dr Anne-Cécile Petit

	Titulaires	Suppléants
COMMISSIONS STATUTAIRES NATIONALES (CSN)		
HU Médecine	Pr Marie-Astrid Piquet Dr Raphaël Briot 	Pr Eléna Paillaud Pr Jeannot Schmidt
HU Chirurgie	Dr Philippe Rosset Dr Mickaël Lesurtel Pr Jean-Alexandre Long	Dr Philine De Vries Pr Patrick Feugier Pr Jean-Yves Mabrut
HU Anesthésie-réanimation	Pr Jean-Michel Constantin Dr Philippe Guerci Pr Isabelle Constant	Pr Olivier Mimoz Pr Dan Benhamou Pr Marc Leone
PH Médecine	Dr Anne Gervais Dr Renaud Péquignot 	Dr Jean-François Cibien Dr Anne David-Bréard
PH Chirurgie	Dr Pascale Le Pors Dr Jean-Marie Leleu Dr Olivier Duffas	Dr Cynthia Garrignon Dr Hubert Parmentier Dr Emmanuel Garron
PH Anesthésie-réanimation	Dr Anne Wernet  Dr Emmanuelle Durand  Dr François Bart Dr Denis Cazaban Dr Véronique Agaësse  Dr Eric Le Bihan 	Dr Louise Gouyet  Dr Gérard Géhan Dr Paer Selim Abback Dr Grégory Wood  Dr Jullien Crozon  Dr Ségolène Arzalier-Daret 
PH Biologie	Dr Xavier Palette Dr Sylvie Chassepoux Dr Eric Guiheneuf Dr Marie-Hélène Sendrier-Tournoys	Dr Jean-Marie Delarbre Dr Sophie Brovedani Dr David Guéret Dr Carole Poupon
PH Psychiatrie	Dr Marc Betrémieux Dr Delphine Huet-Glachant Dr Alexis Lepetit	Dr Isabelle Montet Dr Jean-Pierre Salvarelli Dr Marie-José Cortès
PH Pharmacie	Dr Jacques Trévidic	Dr Anne François de Maisonneuve
CONSEILS DE DISCIPLINE (CD)		
PH Médecine	Dr Jean-François Cibien Dr Anne Gervais Dr Stéphanie Faugaret	Dr Arnaud Patenotte Dr Pascale Longuet Dr Anouar Ben Hellal 
PH Chirurgie	Dr Jean-Marie Leleu Dr Olivier Duffas Dr Philippe Lebaud	Dr Pascale Le Pors Dr Pascal Poli Dr Emmanuel Garron
PH Anesthésie-réanimation	Dr Yves Rébufat  Dr Véronique Agaësse  Dr Claire Debes Dr Pierre-Antoine Dautre Dr Laurent Heyer  Dr Jullien Crozon 	Dr François Bart Dr Emmanuelle Durand  Dr Pierre Perucho Dr Ségolène Arzalier-Daret  Dr Véronique Deramoudt  Dr Eric Le Bihan 
PH Biologie	Dr Xavier Palette Dr Sylvie Chassepoux Dr Eric Guiheneuf Dr Marie-Hélène Sendrier-Tournoys	Dr Jean-Marie Delarbre Dr Sophie Brovedani Dr David Guéret Dr Carole Poupon
PH Psychiatrie	Dr Isabelle Montet Dr Claire Gekiere Dr Marc Betrémieux	Dr Marie-José Cortès Dr Monique d'Amore Dr Alexis Lepetit
PH Pharmacie	Titulaire : Dr Eric Branger	Suppléant : Dr Françoise Berthet

« Il fallait que le CSPM voie le jour et que nous y soyons présents ! »

La naissance de cette nouvelle instance sera-t-elle décisive en termes d'avancées syndicales ? Le Conseil Supérieur des Professions Médicales, Pharmaceutiques et Odontologiques (CSPM) a été mis en place cet été alors pour la rentrée, la rédaction a décidé de questionner un de ses nouveaux membres, Raphaël Briot, afin qu'il nous éclaire sur ce conseil supérieur et ce qu'il nous « réserve » pour l'avenir !



représentés qu'à la Commission Statutaire Nationale et à la Commission Disciplinaire qui géraient uniquement les cas particuliers concernant la carrière de certains collègues (problèmes de nomination ou bien problèmes disciplinaires).

Le conseil supérieur est lui, chargé de l'examen des projets de textes, des questions relatives à la prévention des risques professionnels, à la santé au travail et à la qualité de vie au travail des personnels médicaux, des questions relatives à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences... C'est très vaste.

PHARE : Pour rappel, qui va siéger au CSPM et qui en est membre ?

Raphaël Briot : Les membres du CSPM sont élus au sein de trois collèges : Hospitalo-universitaires titulaires, PH titulaires et Contractuels (5 titulaires et 10 suppléants par collège). Ils sont élus à la proportionnelle des voix obtenues par chaque intersyndicale. Cette représentativité au CSPM est importante car elle fixe (jusqu'aux prochaines élections) le poids respectif des différentes organisations au sein du paysage syndical. La répartition d'éventuels moyens syndicaux pourrait être ventilée selon les résultats de ce scrutin !

PHARE : Quels sont les rôles attribués à cette nouvelle instance représentative ?

Raphaël Briot : Le CSPM est une instance nationale sous compétence de la DGOS qui sera consultée sur les projets de loi ou de décrets portant sur l'exercice hospitalier et les statuts. Auparavant nous n'étions

PHARE : Quel sera l'apport supplémentaire du CSPM en termes de représentativité des personnels médicaux ? Comble-t-il un vide à ce niveau ?

Raphaël Briot : Nous étions un des derniers corps de métiers qui n'avait pas d'instance représentative à un niveau tel que le CSPM.

Auparavant, on pouvait « sortir des décrets » mais il n'y avait pas ce « filtre » obligatoire. Les autres instances (Commission statutaire nationale et Conseil de discipline) n'étaient pas vraiment des lieux de réflexion sur le mode de fonctionnement de l'hôpital.

Un vide juridique sera comblé mais ce ne sera pas forcément un lieu de décision. Le CSPM oblige le gouvernement à présenter tous les textes et décrets avant qu'ils soient votés ou mis en place.

Sans l'existence d'un rapport de force, il n'y aura pas d'avancées syndicales ! Néanmoins, il fallait que le CSPM voie le jour et que nous y soyons présents même si c'est une instance uniquement consultative.

PHARE : Alors Le CSPM est-il une réelle opportunité ou une énième couche au « mille-feuille » du dialogue social ?

Raphaël Briot : Disons que c'est une énième couche qui se devait d'exister ! Désormais, on ne peut plus nous cacher des décisions prises « à la va vite » en haut lieu et c'est notre travail de veille syndicale qui en est simplifié ! Tout sera présenté par ce canal là, ce qui permettra d'en discuter officiellement. Enfin, les médecins, pharmaciens et dentistes hospitaliers publics vont disposer, quel que soit leur statut et à l'instar des autres agents publics, d'une instance nationale élue démocratiquement qui les représentera officiellement auprès des pouvoirs publics. Le droit syndical leur est enfin pleinement reconnu, même si d'autres combats restent à mener notamment en ce qui concerne les moyens matériels d'exercer ce droit et la représentation locale des syndicats médicaux.

PHARE : Quel sera le rythme des réunions, un calendrier est-il déjà établi ?

Raphaël Briot : Aucun calendrier précis n'a été établi pour le moment, on parle de 2 à 5 réunions par an

“ Désormais on ne peut plus nous cacher des décisions prises « à la va vite » en haut lieu !

”

mais tout va évoluer en fonction de l'actualité évidemment !

PHARE : Pensez-vous qu'à travers le CSPM, des leviers pour améliorer l'attractivité des carrières médicales hospitalières pourront être trouvés et surtout mis en œuvre concrètement ?

Raphaël Briot : C'est un espace de dialogue et de concertation. Je suis élu HU suppléant, le dossier chaud de la rentrée c'est la retraite pour nous HU ; le montage est scandaleux ! On ne cotise que pour la moitié de notre salaire. S'ils veulent que l'on soit facilitateurs sur le sujet ils vont devoir accepter de mettre ce sujet sur la table ! Il faut que ce soit un lieu d'échange et de confrontation d'idées. Quitte à ce que les négociations syndicales pures et dures, avec les conseillers ministériels se passent ailleurs. J'espère juste qu'ils n'en feront pas une simple chambre d'enregistrement ou les papiers passent sans discussion ni débat. On ne veut pas que ce soit de la bureaucratie qui ne serve à rien. On le dénoncera si c'est le cas et ce CSPM ne vivra pas.

Propos recueillis par Saveria Sargentini

ET LE CSPM FUT !

Pour des raisons d'urgence de calendrier, le CSPM a été « installé » en plein été, le 18 juillet 2019, au Ministère. Cette installation, sans ordre du jour, a permis aux membres de droits et aux élus (deux forces syndicales en présences : l'alliance de circonstance INPH-Convergences, SNAM-HP et la nôtre : Action Praticiens Hôpital (Avenir Hospitalier + la CPH) - Jeunes Médecins de mettre en avant quelques points importants :

- La nécessité absolue de revoir le système des élections professionnelles, compte tenu de la très faible participation au vote : un debriefing est à faire, ces élections électroniques devaient obtenir une participation bien plus importante que les précédentes (2012) et ce ne fut pas le cas malgré tous nos efforts pour pallier l'insuffisance des organisateurs...
- Ce qui prouve l'importance pour les médecins d'avoir des moyens syndicaux à l'instar des personnels paramédicaux et des directeurs d'hôpitaux : cela permettrait d'être visible et plus efficace dans les établissements.
- L'urgence d'avoir des solutions pour l'hôpital public : les ordonnances qui découlent de « Ma Santé 2022 » doivent être en accord avec ce que nous demandons depuis longtemps : attractivité des carrières médicales pour éviter la fuite vers le privé ; il s'agit bien de parler de reconnaissance de l'activité clinique et non clinique, des trajectoires de carrières, de prise en compte de la pénibilité, de rémunération à la hauteur des compétences et des responsabilités.

En somme, une réunion formelle pour une discussion informelle. Maintenant, au travail !

Anne Wernet , présidente du SNPHARE

À quoi sert ma cotisation ?

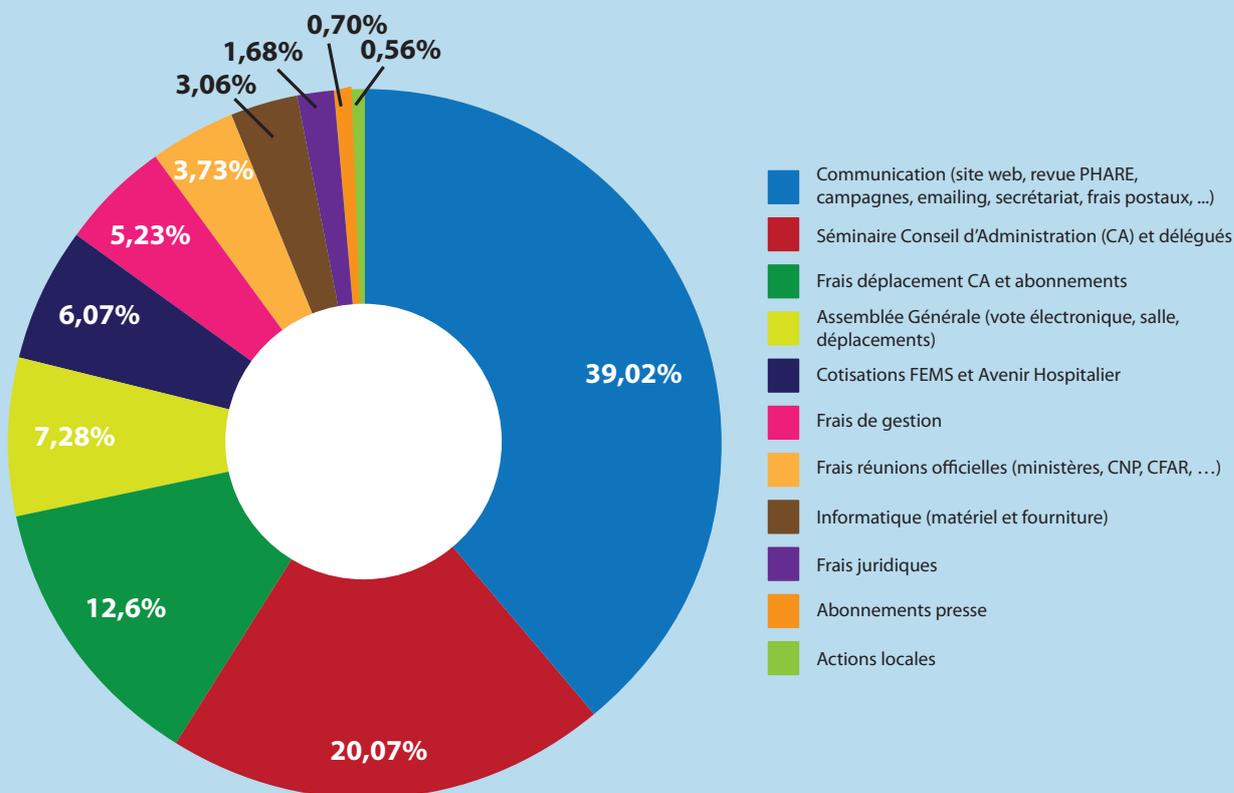
Merci à tous les adhérents du SNPHARE. Grâce à eux, nous percevons environ 200 000 euros de cotisations. Cela peut sembler beaucoup, mais c'est ce dont nous avons besoin pour faire fonctionner la « machine » SNPHARE qui est dans le peloton de tête des syndicats de médecins hospitaliers. Et nous comptons bien y rester le plus longtemps possible.

Avant toute chose, vous devez savoir que nous sommes tous bénévoles et pratiquons cette activité sur notre temps libre sans aucune contrepartie financière. Nous n'avons ni locaux, ni salariés mais travaillons avec des sociétés diverses, pour la communication notamment.

Le graphique montre la répartition annuelle de nos dépenses en 2018 mais c'est généralement la même répartition chaque année.

Tous les ans, nous présentons notre rapport financier et la certification de nos comptes à l'assemblée générale du mois de janvier à laquelle tous nos adhérents sont conviés.

Vous pouvez donc y venir et nous interroger, si le coeur vous en dit. Nous vous répondrons en toute transparence.



Le SNPHARE s'engage pour la pertinence des soins : nos propositions doivent être entendues !



La santé 2022 fait de la qualité et de la pertinence des soins le fil rouge de la transformation (du système de santé français) » lit-on sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé. La pertinence des soins est en effet un sujet à la fois primordial et très épineux à évaluer. Le SNPHARE a mené une réflexion, aboutissant à des propositions.

LE JUSTE SOIN

La pertinence, terme pratique et non théorique est « la qualité de ce qui est approprié à son objet » (Litré). Un soin est donc pertinent lorsqu'il est dispensé en adéquation avec les besoins du patient et conforme aux données de la science telles qu'elles ont été définies par nos sociétés savantes tant nationales qu'internationales, mais aussi aux recommandations de la Haute Autorité en Santé (HAS).

C'est une notion évolutive : un soin pertinent hier peut ne plus l'être aujourd'hui du fait de l'évolution des connaissances, des techniques et de l'organisation des soins.

La pertinence des soins comprend la pertinence des prescriptions (médicamenteuses, examens de biologie ...), la pertinence des actes (prise en charge médicale, chirurgicale ...), la pertinence des prestations (modalités d'hospitalisation, parcours de soins ...).

AU CŒUR DES DÉBATS

Il existe trois acteurs majeurs qui peuvent aller à l'encontre de cette pertinence :

- **Le système de santé** : production d'actes privilégiée, actes plus valorisés que la pertinence des décisions, valorisation insuffisante du temps médical consacré à la décision partagée (RCP, discussion entre médecins...)
- **Le patient** : attente légitime de qualité et de sécurité, demande accrue de bilans
- **Les médecins et étudiants** : non maîtrise de l'examen clinique, insuffisance du raisonnement clinique, sur-prescription, risque médicolégal...

Un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé sur les systèmes de santé, datant de 2010, estime que les états gaspillent entre 20 à 40 % de leurs dépenses de santé. De la même façon, une enquête de la Fédération Hospitalière Française souligne que 9 médecins sur 10 déclarent avoir fait au moins une fois des actes non pertinents et que 30 % des prati-

ciens pensent qu'ils font des actes non pertinents [1]. Le système de santé étant au bord de la rupture (inflation continue des dépenses de santé et déficit financier constant de l'assurance maladie) la question de la pertinence des soins se pose de façon prégnante. Ainsi, en 2018, lors des discussions sur la stratégie de transformation du système de santé, le chantier n° 1 était la qualité et la pertinence des soins.

DES OUTILS PERTINENTS ?

En 2013, l'académie de médecine rendait un rapport pour améliorer le service rendu au patient en permettant de trouver des ressources pour l'innovation [2]. Il retenait des actions à court terme (sensibilisation de la profession et du public) et à long terme (réforme de l'enseignement et structuration des filières de soin) en émettant 5 recommandations :

1. **Réforme du 2^{ème} cycle des études médicales :** renforcement de l'enseignement clinique, réforme de l'ECN, développement et amélioration de la Formation Médicale Continue (FMC)
2. **Développement des recommandations de bonne pratique clinique (BPC) et de leur opposabilité**
3. **Meilleure organisation des soins et des parcours de soins et de leur contrôle**

4. **Financement :** privilégier l'acte « intellectuel », réforme de la T2A

5. **Formation et information des patients.**

Différentes pistes existent déjà pour développer la pertinence des soins : amélioration de la formation, *Evidence Based Medicine* embarquant le Développement Professionnel Continu (DPC) et la recertification, développement des RMM et des décisions pluridisciplinaires, référentiels avec recommandations et guides de bonnes pratiques cliniques, contrôles avec nécessité d'indicateurs pertinents... Mais ces outils sont connus depuis longtemps et ont produit peu de changements...

Jullien Crozon, Administrateur du SNPHARE

[1] : Étude ODOXA pour la FHF sur la pertinence des actes et examens médicaux parue en 2017 (<http://www.odoxa.fr/sondage/francais-professionnels-de-sante-demandent-actes-utiles-lutter-contre-actes-medicaux-inutiles/>)

[2] : Rapport de l'académie nationale de médecine du 8 avril 2013 « Améliorer la pertinence des stratégies médicales » Pr René Morvex (<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/07/2-Rapport-Pertinence-des-strat%C3%A9gies-m%C3%A9dicales-27-mars1.pdf>)

TOUJOURS PLUS PERTINENTS ?

LISTE DES DIFFÉRENTS DISPOSITIFS ACTUELS VISANT À AMÉLIORER LA PERTINENCE DES SOINS :

- Programme de travail de la HAS dans le cadre de l'appui à l'amélioration des pratiques professionnelles
- Certification des établissements de santé avec intégration de la thématique pertinence des soins
- Accréditation des professionnels de santé avec pour objectif de valoriser les pratiques exemplaires
- Intégration de la pertinence des soins dans les orientations nationales du développement professionnel continu
- Démarche de mise sous accord préalable (MSAP) de l'assurance mobilisée par la CNAMTS (caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés) pour améliorer la pertinence de certains modes de prise en charge
- Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens : État-ARS et ARS-établissement
- Programme national de pertinence de l'HAS : fiches par spécialité
- Recommandations sur les examens pré-interventionnels : SFAR, HAS - Outils nationaux par thématiques : 33 priorités nationales (endoscopies digestives, césariennes à terme...)

LES FONDAMENTAUX :

Un acte pertinent est un acte approprié qui respecte les quatre principes fondamentaux de l'éthique médicale :

- La bienfaisance, l'efficacité et l'utilité
- La non-malfaisance : ne pas nuire
- L'autonomie du patient, l'information et la participation à la décision
- L'équité, la justice sociale, que ce que l'on donne aux uns n'enlève rien aux autres, et que les dépenses de santé restent soutenables

Pertinence des soins : les 10 propositions du SNPHARE

On ne peut qu'être en accord avec la volonté de développement de la pertinence des soins pour les patients et pour la société. Mais les dispositifs actuels et les recommandations appellent quelques remarques et propositions du SNPHARE pour l'avenir :

- I) Les praticiens hospitaliers (PH) doivent être présents dans toutes les étapes de discussion sur la pertinence des soins, et en particulier au niveau du chantier de la stratégie de transformation du système de santé. Dans ce cadre, les syndicats professionnels médicaux ont un rôle primordial et doivent être invités et entendus.
- II) Les PH étant la cheville ouvrière de l'hôpital, ils participent à la formation des étudiants et des internes. Il faut donc que du temps médical de PH soit dédié à la formation clinique (par exemple 1 à 2 demi-journées par semaine) sous forme de valence. La formation initiale et continue ne doit pas être l'apanage des universitaires.
- III) Le temps de la FMC doit être sanctuarisé pour les PH et la FMC correctement financée.
- IV) L'élaboration des recommandations et BPC doit se faire avec l'aide des PH de spécialités.
- V) Les contrôles, les référentiels et l'ensemble des dispositifs ne doivent pas obérer la liberté des professionnels de santé au sens de leur indépendance par rapport aux tutelles financières et ne doivent pas entraver l'autonomie des professionnels de santé.
- VI) Tous les dispositifs doivent respecter l'autonomie des professionnels de santé
- VII) La pertinence des soins ne doit pas mener à la déprofessionnalisation des métiers de la santé en transférant des actes ou des activités de soins à des personnels non médicaux.
- VIII) Les indicateurs doivent être pertinents pour pouvoir être opposables.
- IX) Les actes jugés non pertinents par rapport aux référentiels doivent être justifiés dans les dossiers par les praticiens.
- X) Une réforme de la tarification à l'activité (T2A) doit être mise en place pour permettre de privilégier l'acte « intellectuel » par rapport à l'acte « technique ».

PENSEZ À SUIVRE L'ACTUALITÉ SUR LE SITE du SNPHARE

<https://www.snphare.fr>



Suivez nous sur facebook :
<https://www.facebook.com/SNPHARElargi/>



Suivez nous sur Twitter
<https://twitter.com/SNPHARE>

Vous avez dit ambulatoire ? Le SNPHARE à l'Assemblée Nationale

Le SNPHARE a été sollicité, avec le Syndicat National des Anesthésistes-Réanimateurs Français (libéraux) et le Syndicat National des IADE lors d'une audition par une commission de l'Assemblée Nationale, le 11 juin 2019. La rédaction a donc interrogé Laurent Heyer, administrateur du SNPHARE et président du CNP-AR, qui représentait le SNPHARE pour connaître la teneur de cette audition et la position du SNPHARE.



PHARE : Vous avez représenté le SNPHARE durant cette séance, comment cela s'est-il passé ?

Laurent Heyer : Les trois syndicats ont été auditionnés dans la même séance. Les auditeurs étaient deux députés (LR, LREM), tous deux médecins généralistes. Nous avons reçu au préalable la trame des questions qui nous seraient posées.

PHARE : Quelle était la position du SNPHARE ?

Laurent Heyer : Le SNPHARE a exprimé la position des MAR hospitaliers. Outre l'audition, nous avons

remis un document issu de la réflexion menée en amont au Conseil d'Administration*.

PHARE : Quel est le rôle des médecins anesthésistes-réanimateurs dans l'ambulatoire ?

“ Nous appelons à un développement raisonné de l'ambulatoire, à l'écoute des professionnels, dans l'intérêt des patients. ”

Laurent Heyer : Nous avons réaffirmé que ce sont les médecins anesthésistes-réanimateurs qui sont les garants de la sécurité et de la qualité du parcours anesthésique du patient, que ce soit dans le cadre de l'ambulatoire, de la RAAC (Récupération Améliorée Après Chirurgie), de l'hospitalisation programmée ou en urgence, et quelle que soit la

* Le document remis à l'Assemblée Nationale est consultable sur le site : <https://snphare.fr/fr/blog/posts/le-snphare-auditionne-a-lassemblee-nationale>

complexité du terrain (comorbidités, score ASA**...) ou de l'intervention. Notre connaissance des périodes pré-, per- et post-opératoires nous permet de contribuer à la pertinence de l'allocation des patients sur ces différents parcours. L'objectif de 70 % d'ambulatoire est un objectif contraignant, ne prenant pas forcément en compte la spécificité de certains établissements publics de santé.

PHARE : Quelles sont les difficultés pour atteindre cet objectif ?

Laurent Heyer : Il y a quatre grands freins, qui sont liés aux engagements ou aux missions des établissements publics de santé, lesquels se retrouvent au milieu d'injonctions paradoxales :

- Le volume de la part d'interventions non programmées, particulièrement élevé dans les structures publiques : lorsque cette part (dont les urgences) dépasse régulièrement 30 %, il n'est mathématiquement pas possible d'atteindre 70 % d'ambulatoire, sauf à avoir une organisation H24 7 jours sur 7 de l'ambulatoire.
- L'absence de séparation des flux « interventions non programmées » et « interventions programmées ». Les premiers sont source de désorganisation, ou imposent la préservation d'une flexibilité de l'organisation, limitant la place et les ressources disponibles pour le développement de l'ambulatoire.
- Les objectifs des médecins opérateurs : s'ils ont choisi l'hôpital public - universitaire ou non -, c'est souvent pour développer des activités complexes et novatrices, peu en phase avec les activités cibles privilégiées de l'ambulatoire. De plus, la disqualification des commissions médicales d'établissements (CME) comme acteur du pilotage de la stratégie médicale - merci HPST ! - entrave la dynamique de projets qui pourraient être portés par les professionnels.
- Le virage ambulatoire est un enjeu de changement de l'offre de soins. Il s'agit donc d'innover, et de financer ces innovations. Or, à l'hôpital public, on peine à débloquer des ressources pour ces innovations : les injonctions de développement de l'ambulatoire par les directions sont perçues unique-

“
**Seuls les médecins
 anesthésistes-
 réanimateurs sont les
 garants de la sécurité et
 de la qualité du parcours
 anesthésique du patient.**
 ”

ment pour un bénéfice économique : c'est avant tout un outil pour fermer des lits, réduire le personnel... et in fine limiter l'offre de soins des hôpitaux publics. Quid de la place des urgences, quid de la prise en charge des patients qui ne peuvent accéder à l'ambulatoire, du fait de leur état de santé, de leur environnement (éloignement de la structure en zone rurale, patients vivant seuls) ou de leur simple opposition à ce parcours ?

PHARE : En définitive, le SNPHARE est pour ou contre l'objectif de 70 % d'ambulatoire ?

Laurent Heyer : Nous pensons qu'un objectif chiffré, ne prenant pas en compte la spécificité des établissements de soins, est un objectif contraignant qui n'a pas de sens. Il ne s'agit pas de remplir des tableaux Excel ou de faire des concours de pourcentages, et encore moins de faire des économies sur le dos des patients. Le virage ambulatoire remet en cause nos pratiques, dans une perspective d'amélioration de

la prise en charge du patient, et c'est une évolution nécessaire de nos métiers. Nous appelons donc de nos vœux un développement raisonné de l'ambulatoire, à l'écoute des professionnels, dans l'intérêt des patients.

PHARE : Votre impression à l'issue de cette audition ?

Laurent Heyer : C'est parce que le SNPHARE est un syndicat de poids pour l'anesthésie-réanimation hospitalière que nous avons été auditionnés. J'ai le sentiment que nous avons été entendus et compris.

*Anne Geffroy-Wernet, présidente du SNPHARE
 Yves Rébufat, trésorier adjoint du SNPHARE*

**Score ASA : Il est utilisé en médecine pour exprimer l'état de santé pré-opératoire d'un patient.

La vie et le travail des femmes médecins en Europe : facilités et obstacles

L'enquête organisée par le syndicat italien ANAAO/ASSOMED* en collaboration avec l'AARO/EMAC** (anesthésistes-réanimateurs) et le SNR (radiologues), parmi les membres de la Fédération Européenne des Médecins Salariés (FEMS), visait à mieux connaître les conditions de travail des femmes médecins en Europe.



Les données recueillies, exposées par le Dr Alessandra Spedicato de l'ANAAO, lors de la Conférence organisée la veille de l'Assemblée Générale FEMS à Naples, le 30 Mai 2019, nous donnent un aperçu de 11 des 17 pays membres de la FEMS ayant réalisé l'enquête en mars 2019 selon le format défini par l'ANAAO : Italie, Pays-Bas, Espagne, Portugal, Roumanie, Bulgarie, Turquie, République tchèque, Chypre du Nord, Croatie et Slovénie. Pour la France, une enquête plus complète sur les mêmes sujets avait déjà été réalisée en février 2019 par les syndicats APH, AH, CPH et Jeunes Médecins. Elle a été présentée à part par le Dr Claude Wetzel du SNPHARE. Pour l'Autriche, la Belgique, la Pologne, la Slovaquie et la Hongrie l'enquête n'a pu être réalisée dans le délai imparti.

LA ROUMANIE : PREMIÈRE DE LA CLASSE

Les soins de santé en Europe sont de plus en plus féminins et la Roumanie peut se vanter du titre de nouvel Eden pour les femmes médecins. C'est là

qu'elles sont les plus nombreuses (69 % du corps médical hospitalier), les plus satisfaites de leur salaire et de leur carrière. Cela vient sûrement de l'importante augmentation de salaire (doublement de la rémunération !) obtenue par les médecins roumains en février 2018, grâce à une manifestation organisée par les syndicats où les médecins ont participé en masse à une grève des services de santé publics. Seules 19% ont été victimes de discrimination fondée sur le sexe et leur indice de satisfaction à l'égard de l'organisation du travail atteint 89 %. Les données de deux autres pays de l'Est sont également positives : la République tchèque avec 55 % de femmes médecins satisfaites et la Croatie qui se distingue par une égalité des sexes dans la gestion et la gouvernance des soins de santé ainsi qu'un degré de satisfaction élevé quant aux perspectives de carrière, à égalité avec les Pays-Bas. L'Italie arrive en fin de peloton, les femmes se plaignant de discrimination, de mécontentement économique et de l'absence de perspective de carrière, sans parler du manque d'accès à des postes de direction. La dernière place revient à la Bulgarie où les femmes ont abandonné le métier. Le seul point

*Associazione Medicie Dirigenti del SSN, **Associazione Anestesiisti Rianimatori Ospedalieri Italiani - Emergenza Area Critica

commun entre toutes les femmes médecins interrogées est leur connaissance limitée des garanties juridiques et contractuelles de la profession médicale.

L'élément commun est le taux de féminisation de la profession médicale hospitalière, supérieur ou égal à 58-60 % dans tous les pays européens ayant répondu, avec un pic de 69 % en Roumanie (52 % en France). Le groupe d'âge ayant le plus répondu est celui des femmes âgées de 36 à 49 ans, suivi du groupe le plus jeune. En France, ce sont les femmes de plus de 44 ans qui ont le plus répondu. La seule exception est la Bulgarie où, ces dernières années, la tendance s'est inversée : maintenant, après trois décennies au cours desquelles les femmes médecins étaient plus nombreuses que les hommes, la majorité des étudiants en médecine sont des hommes. Ce phénomène, comme nous le verrons plus loin, est lié au faible taux de satisfaction concernant la reconnaissance des réalisations professionnelles et des perspectives de carrière.

DES QUOTIDIENS FÉMININS ET EUROPÉENS !

À la question « **Vous êtes-vous déjà senti victime de discrimination en tant que femme au travail ?** » une femme médecin italienne sur deux rapporte des épisodes de discrimination, principalement de la part de ses supérieurs ou de ses patients. En France, 43 % des femmes se disent victimes de discrimination aussi bien de la part de leurs collègues, de la hiérarchie que des patients. Le pourcentage de plaintes est légèrement inférieur aux Pays-Bas, en Turquie, en République tchèque, en Slovénie, au Portugal et en Espagne où la discrimination provient des patients. Il est intéressant de noter que dans les deux pays de la péninsule ibérique, ce sont principalement les patients qui discriminent (en Espagne, 60 % des femmes interrogées s'en plaignent) et que la nécessité de résoudre le problème d'un point de vue culturel est mise en évidence, pour éviter les éventuels phénomènes de violence à l'égard des femmes médecins. En Roumanie, seulement 19 % des femmes médecins ont été victimes de discrimination, 28 % dans la partie nord de Chypre. D'autre part, 3 personnes interrogées sur 4 en Slovénie font état de discrimination, principalement de la part de leurs supérieurs. La Croatie est le pays de la FEMS avec le plus grand nombre de femmes aux postes de direction, avec des pics de 54,4 % dans les hôpitaux publics.

« **Que pensez-vous de l'équilibre entre travail et vie privée dans l'organisation de votre travail ?** »

100 % des femmes médecins françaises et 68 % des italiennes ont répondu qu'elles n'étaient pas satisfaites car elles devaient oublier leur carrière ou leur famille pour concilier vie privée et vie professionnelle. La situation est nettement meilleure dans les 10 autres pays : en Roumanie, jusqu'à 86 % sont complètement satisfaites ou assez satisfaites et aucune des personnes interrogées n'a déclaré être insatisfaite. En Espagne, seules 28 % des répondantes ne sont pas du tout satisfaites, en Croatie jusqu'à 58 % des répondantes sont satisfaites de leur carrière. En République tchèque, 55 % des personnes interrogées sont très ou assez satisfaites et seulement 5 % se disent totalement insatisfaites. En Turquie, l'enquête a montré une répartition égale entre satisfaction et insatisfaction, malgré la situation politique difficile dans laquelle les collègues turcs travaillent, ce qui a entraîné l'arrestation de certains membres de l'Association médicale turque.

Les réponses à la question « **Que changeriez-vous dans votre travail pour obtenir un équilibre plus satisfaisant entre travail et vie personnelle ?** » sont très intéressantes. Dans tous les pays, la réponse la plus courante était « une gestion du temps de travail différente », en particulier en ce qui concerne le travail à temps partiel et le service de garde et astreintes, avec des pourcentages allant de 44 % en France, 40 % aux Pays-Bas où les répondantes demandent une redistribution de la charge de travail, à 60 % en Italie et à 77 % en Slovénie. Un pourcentage très élevé de femmes médecins souhaitent une meilleure gestion des congés et des vacances (Roumanie 42 %, Portugal 44 %, Espagne 50 %, Pays-Bas 29 %). En France, 34 % des femmes souhaitent pouvoir accéder aux crèches hospitalières pour leurs enfants. Il est intéressant de noter que les femmes médecins en Europe ne considèrent pas l'amélioration de la rémunération comme une priorité (43 % en France), à l'exception de la Bulgarie, où cette proportion est de 64 % et de la République tchèque (74 %). N'oublions pas que la Bulgarie est le seul pays où la tendance à la féminisation s'est inversée.

Vraisemblablement, ces données ont trait à un concept différent, en particulier parmi les générations émergentes, de l'équilibre travail-vie personnelle et du bien-être social et économique. En outre, peu de professionnelles ont exprimé le souhait de voir leurs rôles de leadership accrus (15 %), même si les données suggèrent une pénurie de femmes aux postes de direction. La Bulgarie fait à nouveau figure d'exception, 45,5 % des personnes interrogées demandant plus d'opportunités pour gravir les échelons de leur carrière (44 % en France). La raison pour laquelle

les femmes médecins ne cherchent pas de postes à responsabilités est peut-être un nouveau concept de bien-être, mais il est également possible que les rôles de gouvernance soient perçus comme trop pénalisants ou pire, inaccessibles.



La question « **Êtes-vous satisfaite de votre carrière professionnelle ?** » a révélé que les femmes médecins les plus satisfaites parmi les 11 pays participants vivent en Roumanie (86 %, dont 22 % disent que cela s'est fait au détriment de leur vie de famille), aux Pays-Bas (70 %) et en République tchèque (56 %). En Italie, 16 % seulement des personnes interrogées sont satisfaites de leur carrière. Dans les autres pays, le taux de satisfaction est plus élevé, mais implique à nouveau le sacrifice de la vie personnelle (100 % en France). Il convient de noter qu'en Italie, 16 % des personnes interrogées déclarent s'être vu refuser des opportunités parce qu'elles sont des femmes, alors que dans les autres pays FEMS répondants, ce pourcentage est inférieur.

DES CONSTATS ALARMANTS

En Italie le bilan est également négatif en ce qui concerne la question « **Selon vous, au travail, les femmes sont-elles également présentes aux postes de management et de direction ?** ». Parmi les femmes italiennes médecins interrogées, 42 % ont répondu non, mais 42 % d'autres italiennes et 100% de françaises ont déclaré être optimistes en raison de l'attention croissante portée à la question. Seulement 5 % des femmes néerlandaises ont répondu non ; dans la plupart des autres pays, le pourcentage est plus élevé, mais pas très proche du degré de désillusion des femmes médecins italiennes. Les femmes médecins en République tchèque (51 %) pensent qu'il n'y a pas d'égalité des chances dans l'accès à la carrière, mais elles se déclarent en même temps satisfaites du point de vue professionnel. Au Portugal, 53 % pensent qu'il existe une égale participation des femmes aux postes de direction, mais dans le même temps, seules 20 % sont satisfaites de leur carrière.

La dernière question donne à réfléchir du point de vue politique et syndical. Quand on lui a demandé « **Connaissez-vous des lois ou des accords syndicaux qui, selon vous, aident à équilibrer votre vie personnelle et professionnelle ?** » un pourcentage très élevé de personnes

interrogées (100 % en Bulgarie et en France, 80 % en Turquie, 78 % au Nord de Chypre, 77 % en République tchèque, 71 % en Slovénie, 66 % en Espagne, 60 % en Italie, 58 % au Portugal, 50 % aux Pays-Bas) ont déclaré qu'elles ne connaissaient pas ou ne pouvaient pas citer de telles lois. Ces réponses révèlent les faiblesses du système juridique et le manque de sensibilisation des femmes médecins au cadre législatif dans lequel elles travaillent et vivent. Les syndicats doivent assumer le rôle fondamental de pédagogie, étant donné que la protection des travailleurs dépend également de la sensibilisation aux droits en vigueur.

Le scénario en Bulgarie est alarmant, la répartition par sexe dans la profession médicale indiquant une tendance opposée à celle d'autres pays et un mécontentement total des femmes médecins. Aux vertueux Pays-Bas, leader traditionnel du classement Euro Health Consumer Index, et en France (40 %) les femmes se plaignent d'un système de protection sociale dans lequel le congé parental est trop court et l'accès au temps partiel limité. L'Italie en bas de classement, subit de graves contrariétés par rapport aux autres pays interrogés : les femmes médecins en Italie continuent d'être déçues, elles souhaitent plus de reconnaissance professionnelle (mais le même pourcentage ne demande pas de rémunération plus élevée). Elles sont mécontentes de leur carrière et, bien que bien informées sur les lois qui pourraient les aider à mieux concilier vie professionnelle et vie privée, elles affirment que les lois ne sont souvent pas appliquées. Au Portugal, les femmes médecins soulignent également l'existence de règles de protection inapplicables et la difficulté de concilier la profession médicale avec une monoparentalité.

*Dr Claude WETZEL, Chargé de mission Affaires Européennes
FEMS Past-president (2006-2012)*

CE QU'IL FAUT RETENIR DE L'ENQUÊTE VIE PRIVÉE/ VIE PROFESSIONNELLE

enquête Action Praticiens Hôpital - février 2019

(<http://www.avenir-hospitalier.fr/index.php/%202-non-categorise/504>)

CHIFFRES : LES FEMMES MÉDECINS ET LA GROSSESSE

1. -Six pour cent des jeunes femmes médecins ne prennent pas leur congé maternité, la moitié (52 %) pour des problèmes de carrière et 16 % n'ont pas osé.
2. L'arrêt du travail de nuit au 3ème mois est un dispositif légal qui n'est pas respecté chez près de 6 jeunes femmes sur 10 (58 %). (Pas osé, ou pas pu pour problèmes financiers)
3. Pas de visite de médecine du travail après un arrêt pour grossesse pour 8 jeunes femmes sur 10.
4. Volonté de poursuivre l'allaitement après la reprise du travail (une femme sur 3 l'a fait, mais aucun aménagement en termes de locaux ou de pause).

DE L'ÉQUILIBRE VIE PRIVÉE/PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS À LA FÉMINISATION DE LA PROFESSION

L'équilibre vie privée/vie professionnelle est difficile à atteindre à l'hôpital. C'est le cas pour les hommes ET pour les femmes, mais encore plus pour les femmes. 66 % des 3500 PH à avoir répondu à l'enquête sont des femmes ! On comprend très vite en voyant les chiffres, qu'à l'hôpital comme ailleurs, les femmes sont perdantes quand il s'agit d'équilibre vie privée/vie professionnelle.

POURQUOI EST-CE PLUS COMPLIQUÉ POUR LES FEMMES ?

La répartition des tâches domestiques et ménagères est très asymétrique, le niveau élevé d'études et le fort investissement professionnel ne changent pas les mentalités, et ce même pour les jeunes de moins de 45 ans ! Les mentalités et les codes ne changent que très peu voire pas du tout.

Ainsi, si elles avaient moins de contraintes familiales, les femmes aimeraient travailler plus que les hommes.

Elles se formeraient davantage (49 % vs 33 %) et s'investiraient plus dans des missions transversales. Près d'une femme sur 2 se sent coupable d'avoir jugé sa carrière très importante, notamment vis-à-vis de ses enfants.

UN CONSTAT « SOMBRE » MAIS DES PERSPECTIVES MALGRÉ TOUT

L'enquête se penche également sur les améliorations susceptibles d'aider les médecins et l'univers hospitalier en général en termes d'équilibre vie privée/vie professionnelle. 49 % des répondants pensent qu'une meilleure rémunération faciliterait l'acceptation de ce déséquilibre. 41 % d'entre eux plébiscitent la possibilité de moduler leur carrière selon les moments de leur vie sans que ça ne les pénalise. Un temps de travail hebdomadaire réduit occupe la 3^{ème} place avec 40 % de répondants. D'autres sujets sont évidemment mis sur la table : des structures de gardes d'enfants au sein de l'hôpital adaptées aux horaires, des remplacements possibles en cas de congé maternité, des sanctions en cas d'intimidation ou discriminations (27 %).

Saveria Sargentini

CFAR : l'interview de la présidente de la Commission SMART

Ségolène Arzalier-Daret est présidente de la commission SMART, qui existe depuis 2009, au sein du CFAR (collège français des anesthésistes-réanimateurs). Elle a accepté de nous parler de son rôle au sein du CFAR ainsi que du fonctionnement de la commission Santé du Médecin Anesthésiste-Réanimateur au Travail (SMART) et des thèmes prioritaires de la rentrée.

PHARE : Le CFAR à quoi ça sert ?

Ségolène Arzalier-Daret : C'est un regroupement des différents représentants de la discipline : SFAR, Collège national des enseignants en Anesthésie réanimation, SNARF, SMARNU, SNPHARE, qui sont les 5 composantes fondatrices retrouvées sur le logo du CFAR. Le rôle du CFAR est de promouvoir et assurer la qualité de la formation en lien avec les recommandations de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) et les besoins des anesthésistes-réanimateurs. Ceci inclus l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles, dans le cadre de l'accréditation et

du développement professionnel continu. De ce fait, le CFAR est un organisme d'accréditation et de promotion de la gestion des risques.

La commission SMART a été créée en rapport avec l'émergence des risques psychosociaux et leurs répercussions sur la santé des médecins et la qualité des soins portés aux patients.

“ Un membre du SNPHARE au sein du CFAR = une meilleure communication entre le SNPHARE et le CFAR ! ”

PHARE : Suite aux élections du directoire au mois de juillet dernier, pouvez-vous nous en dire un peu plus sur les commissions et ce qui va changer ?

Ségolène Arzalier-Daret : Le directoire du CFAR regroupe 6 membres élus (deux par collèges : universitaire, PH, Privé) et

Administrateurs syndicat PH	Directoire CFAR	Bureau CFAR	Commissions CFAR
Laurent Heyer (SNPHARE)	Membre de droit (représentant SNPHARE)	Vice-président du CFAR	Vice-président de la Commission DPC
Emmanuelle Durand (vice-présidente du SNPHARE)	Membre élue PH	Trésorière adjointe	Vice-présidente de la Commission SMART
Ségolène Arzalier-Daret (SNPHARE)	Membre élue PH		Présidente de la Commission SMART
Véronique Agaësse (SNPHARE)			Membre de la Commission DPC
Ezéchie Bankolé (SNPHARE)			Membre de la Commission DPC
Denis Cazaban (SMARNU)	Membre de droit (représentant SMARNU)		
Gérard Géhan (SMARNU)	Suppléant PH		
Lamia Kerjana (SNJAR)	Membre de droit		

6 membres de droit (les 5 présidents ou leur représentant des composantes fondatrices + le SNJAR). Le bureau du CFAR, plus restreint, comporte 8 membres issus du directoire et les présidents des différentes commissions : DPC-FMC, accréditation, SMART. Le directoire se réunit deux fois par an pour valider les décisions stratégiques du bureau. Le résultat des élections a été communiqué lors de l'assemblée générale du CFAR le 20 septembre au congrès de la SFAR, le SNPHARE a raflé les 2 postes de PH à pourvoir au directoire, merci aux adhérents du SNPHARE, membres du CFAR, pour leur vote. C'est grâce à la bi-appartenance de ces adhérents que nous avons pu accéder à cette instance importante de notre spécialité.

PHARE : Que peut apporter un membre du SNPHARE au sein du CFAR ?

Ségolène Arzalier-Daret : Une meilleure communication entre le SNPHARE et le CFAR avant tout ! Les réunions du bureau et du directoire sont l'occasion d'échanges et de discussions entre les composantes de l'anesthésie-réanimation. Cela permet au SNPHARE d'être au fait des enjeux concernant la spécialité et de participer pleinement aux décisions stratégiques puisque chaque membre du directoire dispose d'une voix. Outre le directoire, la participation des membres du SNPHARE à la vie du collège, à l'organisation de la formation continue ou de l'accréditation des médecins via le travail des commissions permet une prise en compte des besoins, demandes et difficultés des PH sur ces thématiques. Le SNPHARE encourage ses adhérents anesthésistes-réanimateurs à intégrer l'une des trois commissions du CFAR (contact@cfar.org).

PHARE : Pouvez-vous nous en dire plus sur la commission SMART et sur son fonctionnement ?

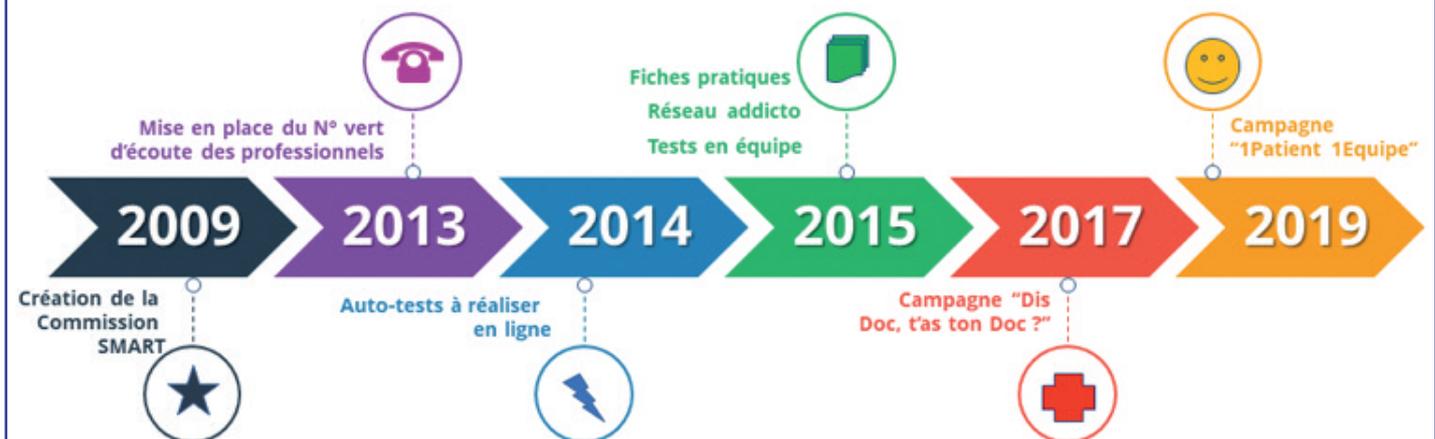
Ségolène Arzalier-Daret : La commission SMART est composée de plusieurs membres anesthésistes-réanimateurs issus du public et du privé et aussi d'infirmiers anesthésistes, car nous sommes en équipe pluriprofessionnelle au bloc opératoire et qu'il est important de réfléchir collectivement à ces problématiques. Les membres se réunissent environ 5 fois par an. Nous menons une réflexion sur la question de la souffrance au travail en lien avec nos conditions d'exercice et élaborons des outils pour aider les professionnels de l'anesthésie-réanimation. Nous avons aussi lancé deux campagnes d'envergure. La commission SMART consiste aussi en un lieu d'échange et de partage d'expérience à travers le vécu de professionnels ou l'expertise d'invités reconnu dans cette thématique. Les travaux de la commission sont disponibles sur le site www.cfar.org. Cette année est une année spéciale car la commission SMART fête ses 10 ans d'existence !

PHARE : Quelles thématiques voulez-vous développer pour la rentrée? Quelles sont les priorités selon vous ?

Ségolène Arzalier-Daret : Nous sommes toujours dans la lignée de la campagne #1patient1équipe. Nous souhaitons mettre en place une formation DPC portant sur la gestion des conflits dans l'équipe, mais aussi de manière plus générale sur les déterminants de la souffrance au travail afin que nos confrères et collègues deviennent des professionnels avertis sur l'impact des organisations de travail sur notre santé.

Propos recueillis par Saveria Sargentini

Les travaux de la commission SMART depuis sa création.



« Postures et Impostures » L'Hôpital Public implose par ses Urgences.

L'association SNPHARE soutient la mobilisation nationale des équipes médicales et soignantes des services d'urgence. Le degré de crise sanitaire est maximal dans de nombreuses structures, des lignes de garde ont été fermées durant tout l'été par manque de médecins et de personnel soignant mettant en danger de manière inacceptable les patients. Pour faire face à cette crise, Madame la Ministre, Agnès Buzyn a présenté le 9 septembre 2019, douze mesures qui constituent un « pacte de refondation des urgences ». La question est de savoir, est-ce que ce énième plan est à la hauteur de la crise sanitaire que les patients et les soignants vivent au quotidien ? Répond-il aux enjeux de santé publique de notre pays ?

UNE CRISE SANS PRÉCÉDENT

Afin de mieux appréhender la situation, il est intéressant de dresser un tableau de l'existant :

- Un sous-effectif permanent des équipes médicales et soignantes avec une mise en danger scandaleuse des patients. Malgré nos alertes incessantes ces dernières années, les mesures d'activité montre une augmentation des appels aux SAMU et une fréquentation aux SAU supérieures à 5 % par an dans chaque structure. Avec plus de 20 millions de passages aux SAU par an et plus de 30 millions d'appels aux SAMU par an, le constat est sans appel, « rien n'a bougé ».
- Un cruel manque de lits d'hospitalisation, en total inadéquation avec la hausse régulière du nombre de passages aux urgences. Pire encore, les fermetures de lits ne cessent de se poursuivre, aggravées par le virage ambulatoire de la politique de santé du Ministère.
- Les médecins urgentistes et les soignants expriment une grande souffrance dans leur travail au quotidien. Les conditions de travail se sont tellement dégradées avec un non-respect du temps de travail et du code du travail. La pénibilité est accrue et est devenue insupportable aux horaires de la permanence des soins.
- L'Hôpital Public dans son ensemble est au bord du gouffre avec un nombre de postes médicaux vacants dépassant les 30 % dans la plupart des spécialités.
- Les drames se multiplient dans les structures d'urgence au grand désarroi des familles et des soignants. Le nombre de suicides au sein du personnel médical et paramédical dans nos hôpitaux, année après année, ne cesse d'augmenter.

LE PLAN « BUZYN »

Face à cette véritable crise sanitaire, Madame la Ministre propose ce nouveau plan en douze mesures, doté de 750 millions d'euros sur trois ans.

LES 12 MESURES

DU « PACTE DE REFONDATION DES URGENCES »

- Mesure 1 :** mettre en place dans tous les territoires un service distant universel pour répondre à toute heure à la demande de soins des Français : le service d'accès aux soins (SAS).
- Mesure 2 :** renforcer l'offre de consultations médicales sans rendez-vous en cabinet, maison et centre de santé.
- Mesure 3 :** donner à la médecine libérale les mêmes leviers de prise en charge que les urgences.
- Mesure 4 :** offrir aux professionnels non-médecins des compétences élargies pour prendre directement en charge les patients.
- Mesure 5 :** fixer un objectif « zéro passage par les urgences » pour les personnes âgées.
- Mesure 6 :** intégrer la télémédecine dans tous les Samu.
- Mesure 7 :** mieux utiliser les compétences médicales et soignantes rares en graduant les services d'urgence et en réformant les transports médicalisés.
- Mesure 8 :** renforcer et reconnaître les compétences des professionnels des urgences.
- Mesure 9 :** lutter plus efficacement contre les dérives de l'intérim médical.
- Mesure 10 :** réformer le financement des urgences.
- Mesure 11 :** renforcer la sécurité des professionnels exerçant aux urgences.
- Mesure 12 :** fluidifier l'aval des urgences grâce à l'engagement de tous en faveur de l'accueil des hospitalisations non programmées.

LE SAS

La mesure phare du programme est la mise en place d'ici l'été 2020, « du Service d'Accès aux Soins », mesure dotée de 340 millions d'euros. Nous sommes très perplexes quant à sa description car c'est un copié-collé de l'activité des SAMU. Nous réinventons l'eau chaude en permanence. Au lieu de renforcer les structures existantes, on ajoute des couches au mille-feuille. Il s'agit d'une structure qui pourra orienter les patients vers une consultation en ville, une téléconsultation ou vers un SAU, éventuellement via l'envoi d'une ambulance. Cette activité est déjà réalisée au quotidien dans les SAMU. Cette mesure est incompréhensible, car la plupart des SAMU ont une régulation de la permanence des soins par des médecins généraliste libéraux qui selon les cas sont présents H24

ou seulement aux horaires de la permanence des soins. Cette mesure phare ressemble plus à une stratégie politique, une main tendue pour contenter la médecine de ville. Une fois encore, les actions et les postures s'éloignent de l'intérêt du patient et de l'intérêt collectif.

“
Le SNPHARE réclame
une réforme d'ampleur,
sans faux semblant,
pour l'organisation des
Urgences
hospitalières !
”

ATTENTION AU RAFISTOLAGE !

Avec le « *Bed Management* », nous faisons du neuf avec du vieux. En effet, depuis 2013, un certain nombre d'établissements se sont dotés de gestionnaires de lits afin de libérer des places nécessaires à l'aval des urgences. Quand 100 % des lits sont occupés dans l'établissement et que les structures avoisinantes sur un territoire sont saturées, les gestionnaires de lits ne font pas de miracles. Les brancards se multiplient par dizaine dans les SAU. On constate régulièrement que certains patients restent sur des brancards au SAU durant plusieurs jours et plusieurs nuits. Ces situations sont devenues chroniques, c'est pour cela que le SNPHARE demande l'arrêt des suppressions de lits et réclame une évaluation objective et indépendante des besoins sur chaque territoire.

ILLUSION

Le renforcement de l'offre de consultations médicales sans rendez-vous au cabinet, maison et centre de santé est une bonne idée mais il se heurte aux organisations actuelles et aux réserves des médecins de ville. Dans le paysage actuel, où la médecine de ville est saturée et ne fonctionne plus que sur rendez-vous, il paraît illusoire de mobiliser les praticiens de ville à court terme, notamment sans la revalorisation de leurs consultations.

PILOTÉ PAR QUI ?

On parle d'élargir les compétences des pharmaciens, des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes. Il est particulièrement étrange que la médecine soit la seule profession où il soit possible d'être remplacé sans dégrader la qualité des soins, ni la sécurité des patients. Demandez aux passagers d'un avion d'oublier le pilote, et si l'idée d'élargir les compétences au personnel navigant est pertinente ?

Anouar Ben Hellal, Secrétaire Général du SNPHARE

LE SNPHARE DÉPLORE LA DÉGRADATION DES CONDITIONS D'ACCUEIL DES PATIENTS ET DEMANDE À MADAME LA MINISTRE DE REVOIR SA COPIE

- Plus de lits d'hospitalisation. Le SNPHARE réclame un arrêt de la fermeture de lits et demande la mise en place d'une mission nationale indépendante d'évaluation des besoins en nombre de lits d'hospitalisation par territoire.
- Une augmentation du nombre de médecins et de soignants pour faire face à la suractivité, par des mesures qui favorisent l'attractivité et les embauches.
- Une augmentation des salaires. La non revalorisation des indemnités de garde pour les praticiens de l'hôpital depuis 2003 est un véritable scandale. Des négociations sont nécessaires pour revoir au plus vite les grilles salariales des praticiens et des soignants.
- Un plan d'action global sur l'amont et l'aval des Urgences et pour l'Hôpital Public dans son ensemble. Les urgences ne peuvent pas être l'unique porte d'entrée de tout l'hôpital, la filiarisation des patients est un axe essentiel.
- Des moyens financiers conséquents venant soutenir des actions ciblées et pertinentes doivent être mis sur la table face à cette crise sanitaire. L'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie Hospitalier doit être augmenté de manière significative pour 2020.

Le SNPHARE dresse un constat sans ambiguïté sur la situation des structures d'urgence : les équipes sont sous dimensionnées et en souffrance.

Le SNPHARE demande à la Ministre des Solidarités et de la Santé d'aller plus loin dans ses propositions, d'apporter des réponses concrètes sur les rémunérations et le manque d'effectif dans les hôpitaux. L'attractivité des carrières est essentielle !

Plus que jamais, le SNPHARE réclame une réforme d'ampleur, sans faux semblant, pour l'organisation des Urgences hospitalières et des actes concrets à mettre en place sans délai dans toutes les structures d'urgence et pour l'Hôpital Public dans son ensemble.

La « commission vie hospitalière » : une instance à défendre et à inventer

Qu'est-ce que la Commission de Vie Hospitalière (CVH) ? Quand est-elle née ? Comment fonctionne-t-elle ? Qui la compose ? Tout ce que vous devez savoir sur cette instance locale est à découvrir dans cet article !

DÈS 2007 POUR L'AP-HP

La stratégie nationale de la qualité de vie au travail (SN-QVT) présentée par Marisol Touraine le 05/12/2016 comportait un volet relatif aux personnels médicaux en précisant « la nécessité de créer, au sein de chaque CME, une sous-commission en charge de la Qualité de Vie au Travail » dédiée à ces personnels.

L'APHP a été précurseur dans ce domaine puisque la démarche a été initiée dès 2007, sous l'impulsion de la Commission Régionale Paritaire (CRP) d'Ile-de-France, aboutissant à la mise en place d'une CVH centrale et de CVH locales dans chaque CME de groupe hospitalier de l'APHP. Dans les autres Centres Hospitaliers, les CVH se mettent progressivement en place, avec une grande hétérogénéité quant à leur organisation en fonction des établissements.

COMMENT FONCTIONNE CETTE COMMISSION ?

Le (la) président(e) est élu(e) par la CME locale (ou par la CME centrale) et il (elle) est membre de droit du bureau de la CME locale (ou centrale). Les autres membres de la commission ne sont pas tous membres de la CME : ce sont des praticiens volontaires, souvent sollicités par la présidence ou par le bureau de la CME. Un médecin du travail de l'établissement est membre de droit de la CVH. Les réunions statutaires avec la Direction des Affaires Médicales et le médecin du travail sont trimestrielles. D'autres rencontres peuvent avoir lieu entre praticiens en cas de besoin. Les situations sources de litiges entre un PH et sa gouvernance sont examinées au sein d'une cellule réduite, dite « commission des situations complexes », où siègent le (la) président(e) de la CVH, le médecin du travail et parfois des membres de l'Uni-

versité (Doyen, DRH) si le conflit concerne un universitaire. Il y a également un conciliateur ou éditeur, dont le rôle est de faire le rapport sur le terrain de ces situations dites « complexes ».

RÉSOLURE ET PRÉVENIR LES CONFLITS

La CVH assure l'accueil des plaintes. Ainsi, tout praticien victime de souffrance au travail (conflit, harcèlement) peut la saisir. Plus généralement, elle peut être saisie par toute personne impliquée dans une situation de souffrance au travail (hiérarchie, équipe). Elle peut aussi être contactée par le Directeur Général, le médecin du travail ou le médiateur de l'hôpital. La CME donne un avis sur la solution retenue.

La CVH assure également la prise en charge initiale des victimes d'événements potentiellement traumatiques et évalue périodiquement la politique de lutte contre le harcèlement et la souffrance au travail, ainsi que les objectifs à atteindre et les résultats obtenus. Cette commission a aussi des missions de réflexion sur les conditions de travail et d'environnement des praticiens (accueil et intégration des praticiens nouvellement recrutés, annonce de l'arrivée du praticien, hébergement en garde, accueil à la crèche...). Le cas échéant, elle peut également donner son avis sur la nomination d'un chef de service ou de pôle. Pour finir, elle ajuste la stratégie de prévention et de soutien aux victimes.

UNE CHARTE SOCIALE ET ÉTHIQUE

Cette charte existe pour faciliter l'amélioration des conditions de travail. En pratique, son contenu est plus ou moins détaillé en fonction des établissements et peut comporter les mesures suivantes :

1. Afficher une « tolérance zéro » concernant les situations de souffrance au travail.

2. Informer et sensibiliser tous les praticiens sur leurs droits et devoirs et des conséquences en cas de non respect de ceux-ci.
3. Organiser des campagnes d'information (conférence débat, affichage, brochure) et des réunions à thème.
4. Superviser un programme de formation à la prévention-détection des conflits : conciliation, médiation, accompagnement des victimes. Donner son avis sur le contenu des programmes de formation des responsables hiérarchiques.
5. Organiser l'accompagnement individuel et celui des équipes dans les situations de souffrance au travail, pouvant inclure : la réception du dépôt de plainte interne, le recueil de preuves et témoignages, l'intervention informelle d'un médiateur qualifié de la CVH ou extérieur à l'établissement (faisant partie de la CRP).
6. Editer et mettre en place les mesures de réparation pour les victimes et les sanctions possibles pour les auteurs.

CE QU'EST LA CVH...

La CVH, quand elle existe, est un lieu d'expression des PH : elle doit être en mesure de mener rapidement une mission de conciliation en interne (qui peut résoudre le problème ou être une 1^{ère} étape dans la résolution de celui-ci).

Cette commission ne doit pas être une simple émanation de la CME, laquelle n'est malheureusement pas, le plus souvent, un modèle de démocratie participative.

... ET CE QU'ELLE POURRAIT ÊTRE !

La CVH doit être une nouvelle instance transversale comprenant trois branches : le CSE, une commission de conciliation, médiation et prévention des conflits et une commission qualité de vie au travail, sécurité et prévention des risques psychosociaux des médecins. La création de cette CVH élargie doit avoir un caractère obligatoire (comme pour la COPS). La

charte éthique de la CVH doit être intégrée dans le plan de prévention des risques psychosociaux de l'établissement et son bilan être annexé au bilan social de l'établissement.

Les CME n'étant pas le lieu adéquat pour évoquer les questions de qualité de vie au travail et les thématiques psycho-sociales, il est donc indispensable que la CVH évolue vers plus de prérogatives et bénéficie de plus de moyens.

Il faut que la CVH soit moins « inféodée » à la CME, avec notamment une meilleure représentation des syndicats. Les représentants syndicaux doivent en être membres de droit, au même titre que le médecin du travail. Les autres praticiens doivent être élus par l'ensemble du corps médical parmi des praticiens volontaires.

Le SNPHARE estime que les organisations syndicales devraient faire partie de droit du futur CSE et de ce fait, il faut modifier dans ce sens la proposition de loi Santé 2022 qui prévoit la mise en place de ces CSE. Actuellement, le seul représentant médical du CHSCT est nommé par le président de la CME et n'est pas missionné pour s'occuper de la QVT des personnels médicaux. Cette participation au CSE renforcerait la notion du travail en équipe qui est l'une des valeurs fortes du service public hospitalier.

Véronique Deramoudt, administratrice du SNPHARE

QVT : Qualité de vie au travail

CRP : Commission régionale paritaire

CVH : Commission de vie hospitalière

CME : Commission médicale d'établissement

CSE : Comité social et économique d'établissement

CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

COPS : Commission de l'organisation de la permanence des soins

Kézako CSE ?

La loi de transformation de la fonction publique, publiée le 6 août 2019, prévoit la création d'un comité social d'établissement (CSE), instance qui réunira le CHSCT et le CTE, et inclura enfin les médecins.

Les décrets d'application de cette loi doivent préciser dans quelle mesure la représentation syndicale médicale sera appliquée.

À suivre dans notre prochain numéro.

AGENDA DU CA

MAI 2019

15 Mai	Réunion APH « Modernisation du statut de PH »
16-17 Mai	Conseil d'Administration du SNPHARE délocalisé à Reims
21-23 Mai	Paris Healthcare (salon de la FHF)
22 Mai	Seniorisation des internes
24 Mai	Conseil d'Administration d'APH
25 Mai	Présentation au CARO de l'enquête SNPHARE CONTRAMAR

JUIN 2019

30 Mai- 1 ^{er} Juin	Conférence et AG de la FEMS (Naples)
3 Juin	Assemblée générale extraordinaire du CFAR
5-7 Juin	Congrès de la SFMU
12 Juin	Seniorisation des internes
13 Juin	Conseil d'Administration d'APH
14 Juin	Conseil d'Administration du SNPHARE
21 Juin	Directoire du CFAR
25 Juin - 2 Juillet	Elections professionnelles

JUILLET 2019

18 Juillet	Installation du CSPM
------------	----------------------

SEPTEMBRE 2019

11 Septembre	Réunion APH – HU
12 Septembre	Conseil d'Administration APH
12 Septembre	Conseil d'Administration AH
13 Septembre	Conseil d'Administration SNPHARE
17 Septembre	Seniorisation des internes
18 Septembre	Réunion APH – HU
19-21 Septembre	Congrès de la SFAR
19-21 Septembre	Assemblée générale du CFAR

OCTOBRE 2019

20 Octobre	Congrès du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH)
3 Octobre	Soirée d'accueil « Jeunes Médecins »
6-10 Octobre	Séminaire du CA du SNPHARE à Arcachon

Pour le chantier **réforme des autorisations de la DGOS**, le CNP-AR se fait représenter par des experts du SNPHARE dans les groupes de travail suivants : soins critiques, périnatalité, chirurgie, transversal anesthésie, interventionnel, brûlé. Il y a environ une réunion mensuelle pour chaque groupe de travail, des réunions de préfigurations sous l'égide de l'HAS, de la FSM, de la FHF et d'autres réunions préparatoires.



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

BRETAGNE



Le CH de Carcassonne recrute : Un Anesthésiste réanimateur ou un réanimateur médical

Service de Réanimation Polyvalente Adultes qui comprend 8 lits de Réa et 6 lits de Soins continus.

Fonctionnement en garde sur place mutualisée en période de PDS sur l'ensemble des 14 lits.

Le CH de Carcassonne est établissement support de son GHT et siège de Samu.



L'activité du service de réa est significative avec en 2018 : 429 entrées en réa et 468 entrées en surveillance continue. Le service dispose d'équipements de pointe : écho et sonde ETO, fibro bronchique à usage unique, 4 machines d'EER, projet de rhéophère. Il est adossé à un service d'urgences qui réalise 41 000 passages annuels avec lequel les relations sont étroites au sein d'un même pôle pour la prise en charge des situations de détresse vitale.

CH neuf datant de 2014, doté d'un plateau-technique innovant : Salle de coronaro, USIC, USINV, 2 IRM, 2 scanners, une filière cancéro complète avec l'installation prochaine d'un TEP scan.
Établissement situé à 1 heure de Toulouse CHU de recours, 1H30 de Montpellier.

Contact : Pour tout renseignement, prendre contact avec la Direction des Affaires Médicales
Tél : 04 68 24 21 12 ou 35 30 – Mail : secretariat.affairesmedicales@ch-carcassonne.fr

OCCITANIE



RECHERCHE

Un médecin anesthésiste réanimateur

(Titulaire ou contractuel sur un poste temps plein ou temps partiel)



LE CENTRE HOSPITALIER DE MANOSQUE

CONTACT

Dr SAUVAT Stéphane, Chef de Pôle
04 92 73 43 79 ou 06 71 10 33 48

Équipe composée de 7 anesthésistes réanimateurs PH titulaires et contractuels (5 temps plein, 2 temps partiel).

Bloc opératoire de 6 salles dont une réservée aux urgences obstétricales, équipement aux normes les plus exigeantes (BIS, vidéoscopes, monitoring hémodynamique invasif et non invasif, fibroscope...)

Activité chirurgicale variée : Orthopédie, gynécologie, digestif, ORL, stomatologie, urologie (pédiatrie + de 3 ans).

Maternité : 3 salles de travail, deux sages-femmes sur place H24, un obstétricien et un pédiatre d'astreinte H24, environ 900 accouchements par an.

USC de 8 lits avec un équipement très complet (monitorage, hémodynamique, échographie, respirateurs polyvalents et VNI), un médecin sénior gère l'activité de la journée.

Les trois sites d'activité ainsi que les services d'hospitalisation de maternité et de chirurgie sont regroupés sur le même étage.

L'activité de jour se déroule sur une base de 5 médecins par jour. Garde sur place : 2 IADES d'astreintes H24.

Bloc opératoire, maternité, consultations, suivi post opératoire limité à la douleur et aux apports intraveineux, avis spécialisés.

Équipe dynamique, staff quotidien du matin, RMM, groupes de travail (CLUD, transfusion, médicaments, antibiothérapie...) Congrès, formations dans le cadre du DPC.

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



Manosque Capitale du Lubéron et porte des Alpes - Situation très convoitée par son ensoleillement. Proximité avec la mer et la montagne. Aix-en-Provence 40 mn - Marseille 1 h - Gap 1 h - Région très bien desservie par l'aéroport de Maignane et la gare TGV d'Aix-en-Provence.

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR



LE CENTRE HOSPITALIER D'ORANGE,

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

RECRUTE

• Médecins Urgentistes (statut de P.H.)

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

• Anesthésistes Réanimateurs (statut de P.H. ou Clinicien Hospitalier)

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

POUR TOUT RENSEIGNEMENT CONTACTER :

Docteur Philippe BIGOT, Président de la C.M.E. (pbigot@ch-orange.fr)

L. BLANCHI, Bureau des Affaires Médicales, au 04.90.11.24.06 (lbianchi@ch-orange.fr)



Le Centre Hospitalier d'Orange dispose de 7 pôles d'activité (Urgences, Chirurgie, Femme/Enfant, Spécialités médicales, Réadaptation et Gériatrie, Soutien aux Services Cliniques, Activités transversales) et d'un plateau technique complet (IRM, Scanner, Unité de Surveillance Continue, Pharmacie centrale...) et d'un Centre d'Enseignement sur Simulateur Médical.

Il emploie 800 professionnels de santé et dispose de 80 M€ de budget d'exploitation par an.

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



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

MÉDECIN ANESTHÉSISTE

Recherche ▶ Temps plein ou Temps partiel

358 lits et places dont 101 MCO (35 lits de médecine + 4 lits de surveillance continue + 46 lits de chirurgie + 14 lits de maternité + 2 lits d'UHCD) 70 km de Chambéry – 100 km de Grenoble – 170 km de Lyon à proximité des stations de ski.

Poste de Praticien Hospitalier ou Praticien Contractuel.

Dossier patient informatisé.

Projet de reconstruction du bloc opératoire – Stérilisation- unité de soins continus de 6 lits.

Près de 3 000 interventions au bloc opératoire par an.

267 accouchements en 2018.



CONTACT :

CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE
Secrétariat de Direction
81 rue du Dr GRANGE - CS 20113
73302 SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE
04 79 20 60 00 - direction@ch-sjm.fr



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 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 MONTÉLIMAR 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 Centre Hospitalier de SAVERNE recrute UN PRATICIEN

*spécialiste en anesthésie-réanimation,
pour compléter une équipe soudée de 6 MAR
et 1 à 2 internes DES anesthésie-réanimation
par semestre.*

Le Centre Hospitalier de Saverne, doté de 355 lits et places, est un établissement qui assume une mission de service public de soins, en conjuguant offre de proximité et niveau de technicité reconnu dans les activités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et de soins aux personnes âgées.

Membre du GHT constitué autour du CHRU de STRASBOURG, le Centre Hospitalier de Saverne se situe au cœur d'une zone d'attractivité de 170 000 habitants.

Un projet médical partagé spécifique est en cours d'élaboration avec le Centre Hospitalier voisin de Sarrebourg (57) avec lequel une direction commune est en construction.

ACTIVITÉS :

- o Activités chirurgicales variées : Chirurgie générale et viscérale (agrément pour la chirurgie bariatrique et chirurgie oncologique en chirurgie digestive), Chirurgie orthopédique et traumatologie, Gynécologie-obstétrique (maternité de niveau 2) et chirurgie du sein, Oto-rhino-laryngologie, Ophtalmologie, Urologie.
- o Activité conventionnelle et ambulatoire.
- o Réanimation polyvalente.
- o Service d'urgences et SMUR.
- o Unité de Surveillance Continue.
- o SSPI.

Offrant une excellente qualité de vie, la ville de Saverne se situe dans une région agréable, entre plaine d'Alsace et massif vosgien, à proximité de Strasbourg (20 minutes par le train).

Statuts possibles : PH temps plein, Ph temps partiel, Praticien contractuel, Assistant spécialiste.

Conditions : Diplôme de spécialiste en anesthésie-réanimation, inscription à l'Ordre des Médecins



Pour tout renseignement, veuillez contacter :
Direction des Affaires Médicales
Tél. : 03 88 71 65 90 — Mail : direction@ch-saverne.fr

Votre candidature doit être adressée à :
Madame la Directrice
BP 20105 — 67703 SAVERNE CEDEX





Médecin anesthésiste
Réanimateur au CHRU de Nancy

Recrutement

PRATICIEN CONTRACTUEL, PRATICIEN HOSPITALIER, PRATICIEN CLINICIEN

Lieu d'exercice :

Établissement hospitalo-universitaire de 1412 lits et places disposant d'un plateau technique moderne et performant.

Acteur majeur du système de santé (8^e au palmarès des meilleurs hôpitaux de France de l'hebdomadaire Le Point) et premier employeur du territoire avec près de 9 000 professionnels.

À proximité de Paris (1h30 en train), du Luxembourg (1h30 en voiture) et connecté à toutes les grandes villes de France via l'avion ou le train.

Activités cliniques prioritairement en anesthésie, toutes spécialités :

Orthopédique, pédiatrique, chirurgie générale, vasculaire, obstétricale, cardiaque.



Personnes à contacter :

Professeur Gérard Audibert

Chef du pôle Anesthésie-Réanimation

g.audibert@chru-nancy.fr

03 83 85 14 03

Pauline Lazier

Directrice des Affaires Médicales

p.lazier@chru-nancy.fr

03 83 85 18 00



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.

CANDIDATURE À ADRESSER AU

Dr G. Boulesteix - gilles.boulesteix@ch-labasseterre.fr



LE GROUPE HOPITALIER EST RÉUNION

URGENT

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 les mois de SEPTEMBRE-OCTOBRE-NOVEMBRE 2019

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





**Le CHOG – Centre Hospitalier de l’Ouest Guyanais à
Saint-Laurent du Maroni**

NOUS RECRUTONS



- DES MÉDECINS ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS

- DES MÉDECINS URGENTISTES

Contrat à durée déterminée de 12 mois (renouvelable), à temps plein. Rémunération selon expérience, grille des praticiens hospitaliers contractuels + 40 % indemnité de vie chère.

Prise en charge du billet aller/retour.

Possibilité d’hébergement provisoire : Mise à disposition pendant deux mois d’un véhicule et d’une chambre d’hôtel à Saint-Laurent du Maroni.

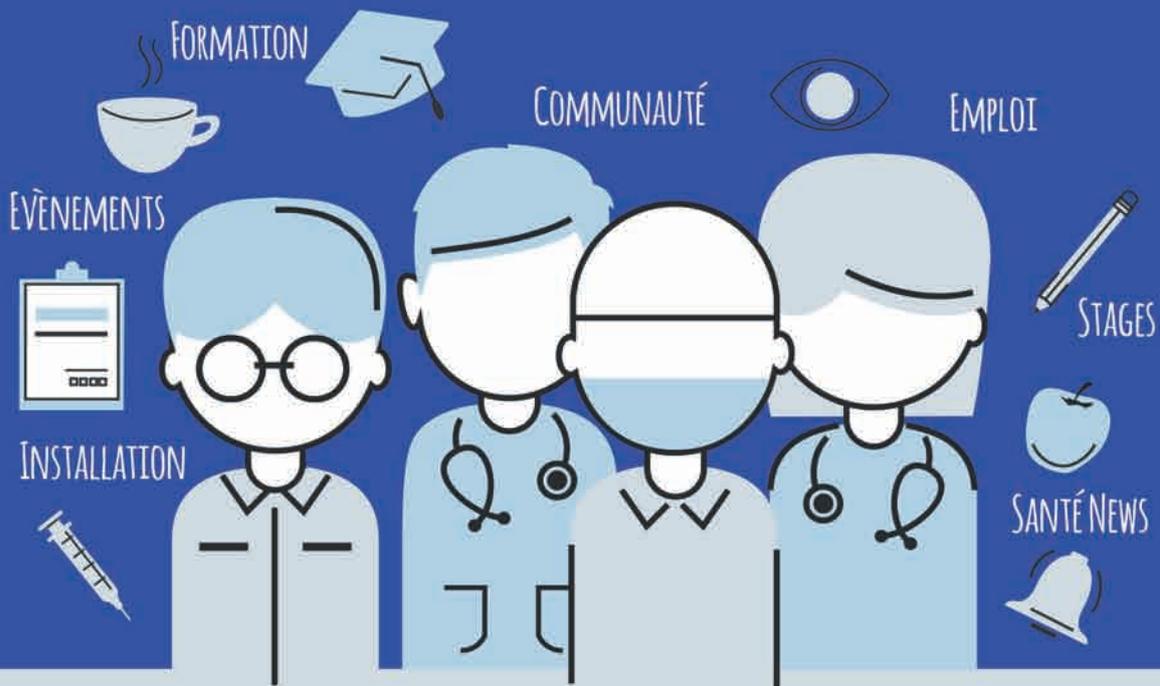
Le cadre de la Guyane

- Le paradis de l’écotourisme avec une biodiversité exceptionnelle.
- Le dépaysement garanti en forêt, des fleuves majestueux, l’observation de la faune sauvage.

Venez à la découverte d’un département français et de ses habitants, voisins du Brésil et du Suriname.

Envoyer lettre de candidature + CV :
CENTRE HOSPITALIER DE L’OUEST GUYANAIS
Direction des Ressources Humaines
Affaires Médicales
1465 boulevard de la Liberté
BP245 - 97393 - SAINT LAURENT DU MARONI
Postes à pourvoir de suite





Réseau PRO Santé

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



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE

resah.idf
Réseau des Acheteurs Hospitaliers d'Ile de France

pôle emploi

UniHA

FEHAP
Fédération des Établissements Hospitaliers & d'Urgence à la Personne
PRIVÉS NON-LUCRATIFS

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

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode

