

#89

PHARE

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



Le site du SNPHARE : <http://www.snphare.fr> Avril 2020

©Yann Huet

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 Eric LE BIHAN - Secrétaire Général
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 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 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 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
CFAR

Standard : 03 26 78 78 78
Ligne directe : 03 26 78 88 01

Dr Raphaël 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 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

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 Claude WETZEL - Chargé de Mission
Praticien Honoraire CHU de Strasbourg
claude.wetzel@mac.com

Chargé de mission aux affaires européennes
Past-Président de la FEMS

Portable : 06 60 55 56 16

COURAGE À TOUS LES SOIGNANTS QUI AFFRONTENT LE SARS-COV2

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

En 2020, demain nous appartient !4

Attractivité : attirer et surtout fidéliser !6

Au revoir et surtout merci !8

Encadré11

DOSSIER « SNPHARE »

Ils ont adhéré au SNPHARE..... 12

Du SNPHAR au SNPHARE.....14

Le conseil de discipline :

les syndicats y jouent un rôle important ! .. 16

FOCUS

Reconnaissance de la pénibilité :
d'accord pour celle du travail de nuit,
mais quid des autres ? 18

TÉMOIGNAGE

Du SNPHARE à la Commission Vie Hospitalière :
le récit de Patrick Dassier 20

PETITES ANNONCES 22

En cette période de tempête sanitaire due à l'épidémie du SARS-CoV2, nous avons choisi de maintenir la parution du journal PHARE. Les membres du conseil d'administration du SNPHARE étant tous « au front » (voir encadré page 11), la rédaction a continué à faire son travail et vous propose ce numéro composé d'articles qui étaient prêts, pour la plupart, avant la mobilisation massive des forces de santé.

Nous savons les sacrifices réalisés et à faire actuellement. Vous faites preuve d'un dévouement total vis-à-vis de vos patients, au risque de votre santé, dans des conditions souvent dégradées par manque de matériel et d'organisation appropriée. Un certain nombre d'entre vous ont été détectés positifs au coronavirus et sont contraints au confinement strict - des forces en moins !- avant d'être remis dans le circuit de soins. D'autres sont entre la vie et la mort, en service de réanimation... Cinq médecins sont décédés depuis le dimanche 22 mars et le SNPHARE demande, une fois de plus, au Président de la République de protéger son personnel soignant durant toute cette crise du coronavirus : confinement total de la population, approvisionnement en masques chirurgicaux et FFP2 suffisant pour une pratique médicale et paramédicale conventionnelle, dépistages systématiques répétés.

Certes la population française salue votre engagement par des salves d'applaudissements dans les villes, le soir à 20h, mais ces gestes ne pourront avoir un impact que si leurs enfants ou eux-mêmes stoppent leurs actions irresponsables qui participent à la propagation du virus. C'est pourquoi, on ne le répètera jamais assez, sensibilisez vos patients et les gens autour de vous pour qu'ils évitent la propagation de la maladie en respectant scrupuleusement les instructions fournies par le ministère de la Santé, même si l'on rêve de sortir.

Nous connaissions déjà le soutien de nos concitoyens à l'égard des soignants depuis les derniers mouvements sociaux des hospitaliers. Il semble que les conditions de travail des hospitaliers soient arrivées jusqu'au sommet de l'État. Le Président de la République a reconnu, dans ses discours, votre dévouement dans la lutte contre le CoVID-19 et la nécessité d'un service public performant.

Pour l'instant, l'heure est à la prise en charge de la population française. Espérons que les pouvoirs publics ne balaieront pas, d'un revers de main, toutes les revendications des soignants qui ont précédé l'apparition de l'épidémie et qu'il serait totalement inapproprié de mettre sur la table en ce moment.

Mais la réflexion du SNPHARE sur le service public hospitalier, son organisation et les conditions de travail des praticiens, devra être intégrée aux discussions avec les tutelles pour que soient très rapidement mises en place les mesures adéquates au bon fonctionnement des hôpitaux.

*Christiane Mura
Directrice de publication*



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

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 : Couverture Yann Huet

En 2020, demain nous appartient !

Cette année, l'avenir était au cœur de l'Assemblée Générale du SNPHARE ! L'avenir de l'anesthésie-réanimation, l'avenir de l'hôpital et des médecins qui y travaillent, l'avenir de ce travail que nous voulons continuer à exercer dans les meilleures conditions possibles. Intervenants, adhérents, membres du conseil d'administration et anciens présidents furent nombreux à se retrouver dans le 13^e arrondissement de Paris. Malgré les grèves des transports et les difficultés que cela impliquait, la salle Jean Monnet du FIAP était comble ! Retour sur cette journée.

BILAN, HOMMAGES ET RÉFORME DES RETRAITES

La matinée fut riche en émotions et en débats. Avant d'aborder le thème des retraites avec Francis Vuillemet, administrateur du SNPHARE, la présidente Anne Geffroy-Wernet a pris la parole à propos de plusieurs sujets importants. Elle a tout d'abord tenu à remercier, au nom du SNPHARE, les anciens présidents et administrateurs : Nicole Smolski, Michel Dru, Jean Garric et Didier Réa. Leur engagement pour l'anesthésie-réanimation, et les médecins hospitaliers en général, fera figure d'exemple pour les générations à venir. « *Nous sommes conscients de tout ce que vous avez apporté à la spécialité et au combat pour l'hôpital public, nous vous en remercions chaleureusement* », a dit Anne Geffroy-Wernet, très émue.

La présidente a poursuivi en exposant les « nouveautés » pour l'année 2020 : de nouveaux tarifs d'adhésion (à découvrir sur notre site : <https://snphare.fr/fr/adherer>) et une communication toujours plus dense via les réseaux sociaux et le site, sur tous les sujets phares sur lesquels travaille le SNPHARE. La réforme des retraites, au cœur de l'actualité en ce 17 janvier, a donné l'occasion à Francis Vuillemet, administrateur du SNPHARE, de présenter son travail de fond sur le sujet (en collaboration avec Jean Garric) : « La retraite pour les nuls » (cf. article PHARE 88). Cette présentation a laissé place à un débat très constructif sur ce qu'il en était pour les PH, tous statuts confondus.

« **À travers l'attractivité, de nombreux autres sujets ont été abordés : gouvernance, formation, T2A, budgets hospitaliers... Ils sont pour le SNPHARE tout aussi primordiaux.** »

PCME de CH) qui a ouvert le bal sur le thème de l'attractivité (cf. son interview page 6). À la tribune aux côtés de Renaud Péquignot, il a rappelé l'importance d'un choc d'attractivité pour redonner un nouveau souffle aux hôpitaux. À travers l'attractivité, de nombreux autres sujets ont été abordés : gouvernance, formation, T2A, budgets hospitaliers... Ils sont pour le SNPHARE tout aussi primordiaux, car intimement liés à l'attractivité, et demandent donc un investissement total.

La journée a continué avec un exposé de Thibault Rackelboom à propos de l'intérim médical et de sa propre expérience en tant que médecin intérimaire. Le but ? Expliciter la vision des médecins intérimaires car ce choix ne recoupe pas qu'une seule réalité, bien souvent caricaturée. « *Il s'agissait de permettre de montrer un point de vue plus global* », ajoute Thibault Rackelboom. La mono-activité, les problèmes hiérarchiques, l'absence de fluidité... tout ce qui l'a poussé à faire ce

choix est passé au crible. Fake news et croyances populaires quant au salaire des médecins remplaçants sont dénoncées et le débat est tout de suite lancé. Anne Geffroy-Wernet rappelle : « *Le SNPHARE a déjà proposé un statut de médecin remplaçant qui permettrait d'aller remplacer en restant PH. Avec des avantages évidemment. Je pense que c'est une piste à suivre* ».

Les médecins ont aussi leurs maux à dire... c'est tellement vrai et ils sont nombreux (maux et médecins) ! Le titre de cet ouvrage collectif a fait son entrée autour de la table ronde via Michèle Maury, l'un des rédacteurs qui ont assuré la direction du livre.

« *C'est l'histoire d'une communauté médicale hospitalière qui, après avoir vécu le drame de la disparition de l'un*

TABLE RONDE : ATTRACTIVITÉ, INTÉRIM ET SOUFFRANCE AU TRAVAIL

Après le déjeuner, c'est Thierry Godeau (président des

“

Les médecins ont aussi leurs maux à dire... c'est tellement vrai et ils sont nombreux (maux et médecins) !

”

des siens, a décidé de s'attacher à découvrir (souvent à son corps défendant) l'importance du bien-être au travail et l'effet apaisant de l'échange entre collègues, grâce à l'écoute reçue et donnée », a expliqué Michèle Maury. Le BEAT (groupe bien-être au travail) et sa démarche démarrée en 2012 à Montpellier ont suscité de nombreuses questions. Le bien-être au travail et la lutte contre la souffrance au travail ont toujours été au cœur des revendications du SNPHARE, d'où la création de l'OSAT (l'Observatoire de la Souffrance au Travail) par son intersyndicale Action Praticiens Hôpital, sous l'impulsion du SNPHARE.

Michèle Maury a raconté l'histoire de ce livre et de ce groupe de travail : « J'étais à deux ans de la retraite, je me suis donc intéressée à ces questions. En 2011, le bien-être ou mal-être au travail étaient enfermés dans des clichés archaïques, aujourd'hui ça a évolué. Notre premier objectif c'était de sensibiliser les médecins et les décideurs de l'importance de la question... »

À L'ANNÉE PROCHAINE !

La journée s'est achevée par les élections qui ont reconduit les Drs Agaësse, Bankolé, Ben Hellal, Briot, Durand, Le Bihan, Vuillemet et Wood dans leurs mandats d'administrateurs du SNPHARE. Cette journée fut très riche dans ses débats, pour cela nous remercions tous ceux qui ont participé : experts, intervenants, adhérents...

Nous pouvons d'ores et déjà vous donner rendez-vous le 13 janvier 2021 pour la prochaine assemblée générale, en espérant qu'elle réunisse autant de monde que cette année. Merci encore à tous ceux qui étaient présents.

Saveria Sargentini, Journaliste

LES EXPERTS/INTERVENANTS :

Thierry Godeau : Diabétologue, Endocrinologue et Praticien Hospitalier depuis 1993, le Dr Godeau est Président de la Commission Médicale d'Établissement du Groupe Hospitalier de La Rochelle-Ré-Aunis depuis 2007. Il est membre de la Conférence Nationale des Présidents de CME depuis 2012. Il est également, au niveau national, membre du Conseil d'Administration et du bureau de la Fédération Hospitalière de France (FHF).

Thibault Rackelboom : Actuellement praticien hospitalier AR en poste au CHU de Bordeaux, il a été longtemps intérimaire en outre-mer, à l'AP-HP, où il était plus précisément contractuel. En France métropolitaine également, il a repris un poste de clinicien pour pouvoir réintégrer un poste de PH, mais il continue malgré tout à faire des remplacements notamment en Outre-mer.

Michèle Maury : À l'origine pédopsychiatre, Michèle Maury a mis en place en 2012, au CHU de Montpellier, un projet visant à améliorer le bien-être au travail chez les médecins. Dans *Les médecins ont aussi leurs maux à dire*, qui expose notamment le résultat de ces travaux, elle insiste sur l'importance des conditions de travail et de l'expression du vécu pour exercer au mieux cette profession.



Attractivité : attirer et surtout fidéliser !

Thierry Godeau a participé à la table ronde de notre assemblée générale le 17 janvier. Le président des PCME, diabétologue, endocrinologue et PH depuis 1993, a alerté sur la perte de sens que vivent les hospitaliers, et rappelé que l'hôpital avait besoin d'un choc d'attractivité le plus rapidement possible. Suite à son intervention, la rédaction de PHARE lui a posé quelques questions.



PHARE : Pourquoi était-ce important pour vous de venir parler d'attractivité durant l'assemblée générale du SNPHARE ?

Thierry Godeau : Parce que c'est un problème majeur à l'hôpital public. C'est une des préoccupations principales des syndicats, mais aussi des présidents de CME que je représente.

Nous souhaitons tous que nos établissements fonctionnent correctement, nous voulons que les PH aient des conditions de travail dignes de ce nom, qu'ils prennent plaisir à venir travailler à l'hôpital, ce qui n'est plus le cas actuellement.

Donc l'attractivité est un sujet essentiel. Je dirais même que la fidélisation est un sujet essentiel. Non seulement nous avons du mal à attirer, mais aussi à fidéliser, à donner envie de rester aux praticiens étant donné les conditions d'exercice qui deviennent de plus en plus difficiles.

PHARE : Vous avez expliqué la crise de l'hôpital, de la gouvernance de l'hôpital, notamment par le fait que les équipes médicales ne soient plus au centre de celui-ci. Quelles solutions pour y parvenir ?

Thierry Godeau : Même si le budget des hôpitaux est remis à flot, cela ne suffira pas. Il faut redonner du sens à l'exercice. Il faut redonner aux hospitaliers la place qu'ils méritent. Pour sauver l'hôpital, il n'existe pas une seule mesure « miracle ». C'est un ensemble de mesures indispensables qui feront la différence. Il faut redonner espoir et envie aux hospitaliers d'être fiers de travailler à l'hôpital.

On choisit l'hôpital pour les valeurs du service public, le travail en équipe, le plateau technique, la formation, la recherche, et tout cela se délite partout en ce moment. Ce n'est plus acceptable.

PHARE : Pourquoi les PH quittent-ils les hôpitaux comme vous l'avez mentionné durant l'AG ?

Thierry Godeau : Parce que les conditions d'exercice se dégradent, ils ne se reconnaissent plus dans l'exercice hospitalier : il n'y a pas de lits, pas de projets, pas de gouvernance médicale, et surtout trop d'écart par rapport aux salaires dans le privé.

“ Non seulement nous avons du mal à attirer, mais aussi à fidéliser, à donner envie de rester à l'hôpital ! ”

Toute la pénibilité est concentrée à l'hôpital, il y a une perte de sens et les hospitaliers ne se s'y retrouvent plus. Tout est fait dans l'urgence et la pression. Les conditions d'exercice et le manque de reconnaissance font que les gens s'en vont. Ils sont déçus une fois qu'ils ont commencé à exercer.

Il faut redonner du sens au travail, mieux reconnaître les équipes de soins et les équipes médico-soignantes.

Il y a aussi un problème de formation à la responsabilité ainsi qu'un problème de temps.

PHARE : Qu'entendiez-vous par « deux systèmes de santé qui ne se rencontrent pas » ?

Thierry Godeau : L'ambition de « Ma santé 2022 » est de décloisonner le système. Pour l'instant, nous en sommes aux déclarations de bonnes intentions. Cela a du mal à voir le jour et nous souffrons donc de deux systèmes qui sont parallèles et qui avancent chacun de leur côté sans se coordonner. L'hôpital est malade d'une rigueur budgétaire qui correspondait aux missions que doit assurer l'hôpital en théorie. Je m'explique : l'hôpital est encombré par des patients qui devraient sortir. Problème : il n'y a pas de solution pour eux, c'est pour ça qu'ils viennent à l'hôpital. Donc ce décalage entre la réalité de ce qu'est l'hôpital et de ce que les gouvernements successifs auraient aimé qu'il soit est vraiment très nocif.

PHARE : Mauvaise gouvernance = souffrance au travail ?

Thierry Godeau : Je dirais plutôt : mauvais management, mauvaise formation = souffrance au travail. Le management ça ne s'invente pas.

Dans mon hôpital par exemple, j'ai 55 urgentistes. Pour les « gérer », il faut savoir comment faire, avoir la formation nécessaire ! Une reconnaissance du management médical est absolument nécessaire. Si les managers sont mal formés, ils ne savent pas gérer une crise, ne s'adaptent pas, ne



savent pas dynamiser les équipes et c'est ça le lit du *burn out*, des risques psychosociaux, des problèmes d'équipe, etc. La formation au management pourrait et devrait concerner tout le monde à l'hôpital : médecins et directeurs.

“ **La formation au management pourrait et devrait concerner tout le monde à l'hôpital : médecins et directeurs.** ”

Les attentes des jeunes professionnels ne sont plus les mêmes qu'il y a 20 ans, donc la formation au management doit être intégrée dans la formation continue des directeurs. La société est en perpétuel mouvement, il faut donc s'adapter. En comprenant et en gérant mieux humainement les attentes des jeunes hospitaliers nous pourrions réellement avancer.

Propos recueillis par Saveria Sargentini

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>

Au revoir et surtout merci !



De gauche à droite : Didier Réa, Michel Dru, Nicole Smolski et Jean Garric.

Ils ont œuvré pendant de nombreuses années dans les rangs du SNPHARE pour défendre l'anesthésie-réanimation, les conditions de travail à l'hôpital et les droits des PH. Nicole Smolski (première femme élue présidente du SNPHARE), Michel Dru, Jean Garric et Didier Réa se sont retirés du Conseil d'Administration le jour du vote au cours de l'assemblée générale et nous voulions leur rendre hommage. Nous les avons interrogés sur leur parcours, leur vision du syndicat. Certaines interviews ont été réalisées bien avant le début de la crise sanitaire.

PHARE : Pourquoi et comment vous êtes-vous engagés auprès du SNPHARE ?

Michel Dru : Bien qu'élevé dans une famille non politisée, j'ai compris dès le lycée, que les réformes gouvernementales n'étaient pas toujours pour le bien de tous, mais celui de quelques-uns. C'était dans les années qui suivaient mai 68 et l'esprit critique était particulièrement exacerbé à l'époque. Naturellement, je me suis syndiqué dès le lycée puis mon engagement s'est poursuivi à la faculté de médecine. J'ai choisi l'anesthésie-réanimation qui s'est beaucoup battue pour être reconnue, et qui devait continuer à le faire pour être considérée à l'égal des autres spécialités médicales. J'ai rencontré de nombreux collègues syndiqués, motivés pour la défense et l'amélioration du statut de praticien

hospitalier. J'ai donc décidé de participer à ce combat en les rejoignant.

Jean Garric : Mon engagement a débuté en 1982. À l'époque, le SNPHAR n'existait pas, le statut de praticien hospitalier non plus. Au vu de la précarité du statut du cadre hospitalier d'anesthésie-réanimation (CHAR), de l'organisation hospitalière de l'anesthésie réanimation totalement subordonnée aux chirurgiens, du cloisonnement entre les médecins issus de la voie royale et les autres, une forte solidarité prenait jour entre tous les médecins anesthésistes-réanimateurs des CHU et aboutissait à la création du Syndicat National du cadre hospitalier d'anesthésie-réanimation (SNCHAR) à l'initiative des Docteurs Roger Chacornac, Alain Bocca, Claude Lapandry, Charles-Christian Mielliet, Richard Torrielli et

bien d'autres... C'est dans ce contexte identitaire et existentialiste que je suis arrivé comme assistant du CHAR. Comment alors ne pas adhérer aux idées de reconnaissance réelle de notre spécialité et de sa place au sein des hôpitaux, de valorisation de notre métier, d'organisation de la vie hospitalière et de sa réglementation, de démocratie participative. C'est ainsi que je me suis engagé localement.

Nicole Smolski : La chose politique et syndicale m'a toujours intéressée, ainsi que la participation à tout ce qui peut être défense des collectifs. Syndiquée depuis le lycée, c'est tout naturellement que j'ai été syndiquée auprès d'un syndicat professionnel. Travaillant initialement en CH non U, j'étais syndiquée au SNMARNU, et lors de ma mutation aux HCL j'ai basculé vers le SNPHAR. C'était en 1994, et ce syndicat représentait beaucoup en termes d'identité professionnelle, à égalité avec la SFAR. Ma vie familiale avec 4 enfants à élever, ainsi que professionnelle, étant très chargée, j'ai attendu que mes enfants soient en âge de se débrouiller seuls pour les études pour accepter un engagement national syndical.

Didier Réa : Notre syndicat a toujours eu le sens de la formule. J'ai adhéré en entendant le slogan du SNPHAR de la fin des années 80 : « travail de jour = travail de nuit ». C'était au siècle dernier ! On faisait plusieurs fois le tour du cadran et le travail, aujourd'hui appelé travail additionnel, n'était pas reconnu comme du travail effectif, mais simplement rémunéré par une indemnité de sujétion familiale.

C'était l'époque des 36h en 2 jours. Il y avait là une injustice inexplicable au regard du droit du travail. Seul le SNPHAR la combattait et la dénonçait. Je me suis donc engagé.

PHARE : Racontez-nous votre souvenir le plus marquant de votre présidence et de votre vie syndicale.

Michel Dru : Le souvenir le plus marquant de ma vie syndicale correspond à l'obtention, sous le ministère de Bernard Kouchner, d'avancées majeures pour notre statut comme, avant tout, le repos de sécurité, mais aussi le temps de travail hebdomadaire limité à 48 heures ou la création du compte-épargne temps. À cette époque, les négociations étaient possibles. Nous n'assistions pas, comme maintenant, à des réunions de concertation où tout est écrit d'avance.

Aujourd'hui, les pouvoirs publics ne comprennent pas qu'en améliorant les conditions de travail des praticiens, les médecins retrouvent un sens professionnel à l'hôpital où tout est fait pour qu'ils le perdent petit à petit... L'énorme travail de réflexion et de propositions sur la

retraite des praticiens hospitaliers qui n'a pas abouti représente, à mon sens, un événement notable de ma présidence. Près de 60 % des médecins ont fait grève deux jours consécutifs, ce qui ne s'était jamais vu à l'hôpital ! Le gouvernement n'a rien voulu entendre. Ce fut le début de la mise en place de la réforme délétère pour les médecins hospitaliers...

Jean Garric : Il est difficile sur 23 années de se référer à un seul événement marquant.

Durant ma présidence, le fait le plus marquant est sans conteste l'acceptation par les tutelles du principe de repos de sécurité au lendemain d'une garde. Il s'est mis en place doucement, d'abord par le biais de circulaires ou d'instructions administratives de peu de puissance réglementaire, devant les freins posés par les administrations hospitalières et certains collègues de la spécialité et au-delà, et puis par l'arrêt de 2001 bien en deçà de nos espérances. Ce n'était peut-être que le précurseur du repos quotidien obtenu lors des négociations de 2002 avec l'incorporation des gardes dans le temps de travail, mais déjà quelle victoire à l'époque ! Par ailleurs, sous ma présidence, ont vu le jour les indemnités pour activité sur plusieurs établissements et les indemnités d'exercice public exclusif, et d'un point de vue organisationnel, les circulaires sur les conseils de bloc et les chartes de bloc.

Nicole Smolski : Ce qui a été le plus marquant et difficile a été la consommation de la rupture avec l'INPH, la création en toute urgence d'une autre intersyndicale, la conduite des élections professionnelles, et finalement la reconnaissance d'Avenir Hospitalier comme organisation représentative. Tout s'est joué en 4 mois, et rien n'était prémédité. J'entendais protester depuis que j'étais au conseil d'administration SNPHAR contre le mode de gouvernance de l'INPH, la présidence à vie, l'absence de travail de fond sauf par le SNPHAR. Je ne m'étais pas préparée à ce conflit qui est apparu en plein jour. Je m'en suis beaucoup culpabilisée au début, mon analyse étant que c'était en partie le fait que j'étais une femme face à une autre femme, ce qui sortait totalement de mes schémas de pensée. Mais maintenant je ne regrette rien, le combat pour des valeurs étant ce qui a toujours sous-tendu mon action, même maintenant. Mais conduire tout ça sans temps syndical a été d'une violence sans nom pour moi.

La rédaction de notre livre « L'hôpital en réanimation » écrit à quatre mains a été aussi pour moi un moment totalement enthousiasmant au niveau conceptuel et intellectuel. Son côté prophétique par contre m'arrache les tripes, comme si ça n'avait rien changé face au rouleau compresseur du néolibéralisme : on l'a vu venir, on l'a décortiqué, tout le monde a compris, mais ça n'a

rien changé. Espérons que cette période de crise sanitaire majeure permette un renversement de paradigme, et que les services publics et l'hôpital reviennent à leur place de socle de notre société !

Didier Réa : Le souvenir que je conserve de ma vie syndicale est lié au mouvement de septembre-octobre 2001, qui portait sur l'aménagement et la réduction du temps de travail. Il est utile de rappeler qu'à cette époque un article de la DRESS, en mai 2001, révélait que la durée hebdomadaire de travail d'un PH oscillait entre 57 heures (en cas d'astreintes) et 66 heures (en cas de gardes). Ce mouvement unitaire et très fortement suivi a conduit à la signature de l'accord avec Bernard Kouchner, aboutissant notamment au respect des directives européennes, à savoir une durée maximale exigible de travail de 48 heures, mais également au repos de sécurité. J'étais alors secrétaire général du SNPHAR. Avant chaque séance de négociation nous déjeunions en tête à tête avec Patrick Dassier, alors président du SNPHAR : nous échangeons et préparions la séance à venir. Puis nous traversions côte à côte l'avenue de Ségur, seuls au milieu de l'avenue, mais soutenus par l'esprit des milliers de PH sur le terrain dans l'action. C'était un sentiment fort associé à une inquiétude légitime, mais de puissance vraie.

Quant au souvenir concernant ma présidence, il se trouve synthétisé dans l'encadré que j'avais rédigé en janvier 2017, à la fin de mon mandat (voir ci-dessous).

« De l'avis de chacun des présidents du SNPHAR qui m'ont précédé, aucun n'a connu de telles modalités de dialogue social avec un gouvernement en place. Je retiendrai de la part de ceux qui, malgré tout, restent nos partenaires, une volonté d'exclusion permanente de l'expression de la majorité des PH. L'absence de négociation sur les modifications statutaires en est la preuve : les deux organisations intersyndicales, qui représentent plus de 80 % des PH temps plein, ont été écartées du processus. Il s'agit d'une grande première dont tout le monde doit se souvenir. Je souhaite que cela donne à la prochaine équipe du SNPHAR des orientations sur les modalités d'action et de relation avec le ministère de la Santé. Celles-ci ne peuvent désormais plus être basées sur un échange de confiance, dans le cadre d'un dialogue social conservé... »*

*À l'époque, l'INPH et CPH

PHARE : Quels sont les combats qu'ils restent à mener d'après vous ?

Michel Dru : Si la technique et l'intelligence artificielle sont devenues primordiales aujourd'hui à l'hôpital, le médecin a encore un rôle important à tenir qu'il ne faut pas dévaloriser. Il faut lui donner les moyens d'exercer

correctement son art, sans gâchis. C'est pourquoi il faut que les pouvoirs publics mettent plus d'argent dans la santé d'abord pour revaloriser les salaires, pour garder les médecins dans les établissements publics de santé, puis donner à l'hôpital les moyens de prendre en charge de façon satisfaisante les malades, les patients et les parturientes. La pénibilité du travail de nuit doit être reconnue. La retraite des praticiens ne doit pas être oubliée. L'accès aux soins à tous nos concitoyens, de façon uniforme sur le territoire, reste un combat important également.

Jean Garric : Rien n'est jamais acquis et les combats menés jusqu'à maintenant doivent se poursuivre, surtout à la vue de l'évolution du contexte sociétal, économique et démographique. Déjà la sauvegarde de notre statut et de notre corps de praticiens hospitaliers. Sous prétexte d'unifier tous les statuts de praticiens hospitaliers, notre statut a de grands risques de se fragiliser. Le statut doit être plus attractif, mais il doit conserver les principes du service public. L'attractivité doit passer par une réelle reconnaissance du travail effectué, reconnaissance tant en rémunération qu'en temps. Nos revendications sur le temps de travail n'ont pas encore toutes abouti et il faut les incorporer. Puis la réorganisation hospitalière ou la restructuration hospitalière. Il existe de grands risques de voir apparaître une « médecine foraine » imposée au sein des GHT. La présence des syndicats au niveau des instances dirigeantes des établissements est également une nécessité. Et bien sûr, il reste le temps syndical et les moyens syndicaux !

Nicole Smolski : Sans hésiter la pénibilité du travail de nuit du point de vue purement syndical, avec ses conséquences sur la santé mentale et psychique, qui sont pourtant reconnues. Le travail de nuit a étayé toute ma carrière professionnelle, en gardes et en astreintes. Quand on reconstitue sa carrière pour sa retraite, et qu'on voit toutes les nuits qui sont passées à la trappe (avant 1994, les gardes et astreintes n'étaient pas prises en compte pour la retraite, merci au SNPHAR et à Alain Bocca pour ce combat victorieux) alors qu'on les sent dans son corps, monte une colère énorme de ce mépris institutionnel pour ce qui gâche la santé des amis de ma génération.

Mais au sens plus large du syndicalisme, c'est la dégradation du Service Public Hospitalier victime du néolibéralisme et du *New Public Management*. La crise sanitaire due au Covid-19 permettra, on l'espère, une prise de conscience collective.

Didier Réa : Au moment où je tente de répondre à cette question, notre pays et notre discipline d'anesthésiste-réanimateur sont confrontés, avec nos équipes auprès

des patients en détresse majeure, à lutter contre le COVID-19. Nos capacités d'organisation, d'innovation et d'adaptation sont révélées au grand jour. Le combat de demain, et non pas les combats à venir, est singulier : procéder à la refonte de l'hôpital public de demain, lentement, irrémédiablement lézardé par des années d'étranglement budgétaire et managérial. Le jour d'après sera long...

PHARE : Pourquoi est-ce important d'être syndiqué ?

Michel Dru : Tout simplement parce que tout seul, il n'est pas possible d'améliorer ses conditions de travail. Au-delà des résultats des élections professionnelles, plus il y a d'adhérents dans un syndicat, plus cette organisation est un correspondant incontournable pour les pouvoirs publics. Ce syndicat sera reçu voire écouté particulièrement si des propositions constructives sont déposées.

Jean Garric : Se syndiquer c'est déjà marquer sa solidarité envers son corps de métier. C'est aussi un moyen de se défendre en étant déjà informé à quelle sauce on peut être mangé (nos droits et nos devoirs), de proposer des évolutions constructives locales ou autres sur les organisations et les conditions de travail dans le cadre de la réglementation et de ses dérogations. C'est aussi pouvoir défendre ses collègues sur des arguments solides.

Le rôle du syndicat, c'est de proposer des outils à la fois d'information et d'aide, mais aussi réglementaires au moyen de négociations avec les tutelles et permettant aux collègues de se défendre mieux ou d'être mieux reconnus et valorisés. Mais c'est aussi la défense de son outil de travail qui, dans notre cas, est l'Hôpital Public avec toutes ses valeurs.

Nicole Smolski : C'est important, bien sûr. À titre individuel, c'est le moyen de maîtriser et d'analyser le quotidien de son activité professionnelle, de prendre de la distance et, au final, d'oser dire non. Non aux injonctions contradictoires, non aux ordres imbéciles.

Mais c'est encore plus important pour le collectif de travail, pour la défense des valeurs qui supportent le travail, et pour la défense des collègues souvent très démunis quand le ciel leur tombe sur la tête. Nous faisons un métier difficile, prenant, stressant, qui demande un fort investissement personnel en temps et en énergie. Le syndicalisme est un des moyens qui permet de relever la tête, de comprendre ce qui se passe, et d'avoir les forces pour dire non, mais intelligemment.

Je ne peux finir cette interview sans remercier du fond de mon cœur tous ceux que j'ai rencontrés, avec qui nous avons échangé jour et nuit, partagé des interrogations, des combats, des victoires, des échecs, des fous rires, des enthousiasmes, beaucoup de fatigue. J'ai beaucoup appris avec eux, certains ne sont plus là hélas. Je garde des amis vrais, des ennemis vrais aussi. Peu importe, c'est la vie, c'était ma vie, je ne regrette rien du temps passé avec vous. Puissent les jeunes profiter autant de moments semblables et comprendre que c'est uniquement le combat collectif qui permet de relever la tête.

Didier Réa : Se syndiquer, c'est d'abord un engagement et un acte individuel. C'est ensuite penser que les problèmes que nous rencontrons personnellement sont partagés collectivement. C'est alors espérer leur solution par l'action collective, la force de sa représentation et la confiance donnée aux représentants de notre syndicat.

Propos recueillis par Saveria Sargentini

Les administrateurs du SNPHARE sont englués dans la prise en charge du COVID, comme vous tous. Nous avons rappelé les médecins administrateurs retraités du SNPHARE pour la relecture de ce numéro : qu'ils soient remerciés ici, comme l'équipe de rédaction qui assure pendant qu'on est sur le pont.

Le SNPHARE continue à dénoncer l'impréparation des pouvoirs publics face à cette épidémie pourtant prévisible : du manque de moyens humains au manque de lits, et surtout de la pénurie de tout, jusqu'au matériel de protection du personnel jusqu'aux seringues ou aux hypnotiques !

Bénéficiant d'un énorme relais médiatique pendant cette crise, le SNPHARE a obtenu la reconnaissance du COVID en maladie professionnelle, c'est une belle victoire syndicale, qui ne compensera toutefois pas le décès de nos collègues auxquels nous rendons encore une fois hommage.

Les soignants, médicaux et paramédicaux, sont applaudis chaque soir. Espérons que la population saura nous soutenir à l'issue de cette crise également, cette crise qui a mis en lumière le délabrement de l'hôpital public : il faudra que, conformément aux engagements du Président de la République, investir massivement dans l'hôpital public pour le sauver.

Anne Geffroy-Wernet, Présidente du SNPHARE

Ils ont adhéré au SNPHARE

La Pr Marie-Astrid Piquet (PU-PH gastroentérologue-nutrition au CHU de Caen) et le Dr Sepenta Ghanbari (ancien interne en médecine générale, urgentiste au SAMU-SMUR de Versailles) ont tous deux accepté de répondre aux questions de la rédaction, concernant leur adhésion récente au SNPHARE. Nous souhaitons savoir ce qui a guidé leur décision d'être syndiqués, leur engagement et quelles sont leurs attentes pour l'avenir.

PHARE : Comment avez-vous connu le SNPHARE ?

Sepenta Ghanbari : Il y a quelques années, au sein de mon hôpital à Versailles, avec mes collègues urgentistes nous avons cherché à contacter des syndicats qui porteraient nos revendications et nos attentes. Nous avons effectué des recherches et il se trouve que le SNPHARE répondait entièrement à nos « critères », ce qui n'était pas le cas des autres syndicats. À mon sens, le SNPHARE avait bien plus de poids étant donné son ouverture aux autres spécialités. Cette ouverture et cette mixité nous ont confortés dans notre choix.

Marie-Astrid Piquet : J'ai connu le SNPHARE par le biais de mes collègues qui étaient déjà adhérents pour certains. J'en avais déjà entendu parler à l'époque où Max-André Doppia exerçait au CHU de Caen. Je pensais, et je pense toujours, qu'il menait un combat juste et des actions nécessaires pour les PH et l'hôpital. À cette époque, même si je n'étais pas encore prête, pour plusieurs raisons, à m'engager, cela ne m'empêchait pas d'être totalement en phase avec les combats du SNPHARE.

PHARE : Quand et pourquoi avez-vous fait le choix de vous engager ?

Sepenta Ghanbari : J'ai décidé d'adhérer au SNPHARE en 2015, je renouvelle ma cotisation tous les ans depuis. Le secteur public a besoin d'être défendu, nous sommes en grande souffrance et en sous-effectif. Les institutions ne pensent qu'au budget... Le métier doit être attractif, car c'est une médecine à deux vitesses qui s'installe. Les hospitaliers fuient vers le privé, il faut empêcher ça ! Je suis devenu adhérent également pour que le SNPHARE nous aide à faire en sorte que nos rémunérations soient revalorisées, je sais que cela avait déjà été le cas dans les années 2000 (notamment grâce au

SNPHARE), mais il ne s'est rien passé depuis et cela ne peut plus continuer. Pour finir, j'ai adhéré car il faut recentrer l'hôpital sur le soin et ne pas le laisser s'écrouler...

Marie-Astrid Piquet : J'ai été présidente de CME pendant cinq ans. Nous avons mené des projets pour le CHU, mais j'étais un peu coupée du terrain. J'ai décidé de ne pas me représenter pour revenir à la pratique. Je me suis rendu compte que la qualité de notre pratique s'était dégradée. Nous sommes en restriction permanente de matériel et de personnel. En gastrologie, nous sommes à 100 % d'occupation

des lits par exemple. L'énergie que nous dépensons pour faire correctement notre métier est inimaginable. Quand c'est de la semi-urgence, je dois jongler avec le planning pour pallier une espèce de surbooking. D'autre part, 30 % de mon temps est consacré à des tâches non médicales, cela nous a éloignés de notre corps de métier. Toutes ces raisons m'ont poussée à m'engager vers l'action syndicale avec le SNPHARE.

“ C'était important pour moi d'évoluer dans une structure qui défend tous les PH et l'hôpital public. ”

Pr M.A. Piquet

PHARE : Aviez-vous déjà été syndiqué ?

Sepenta Ghanbari : Oui, j'avais été syndiqué lorsque j'étais interne à l'hôpital Saint-Antoine à Paris. Nous avions un pied dedans un petit peu malgré nous, mais sans véritablement savoir à quoi correspondait cet engagement. Je considère que mon adhésion au SNPHARE est ma première expérience de la vie syndicale. Je pense que je suis beaucoup plus impliqué qu'à l'époque, du fait de mon statut, de mon âge, etc.

Marie-Astrid Piquet : Non, c'est ma première expérience ! J'ai choisi le SNPHARE car c'est l'un des plus importants syndicats de médecins. Je souhaitais intégrer une structure qui fasse partie d'une inter-syndicale (APH en l'occurrence), notamment pour

avoir plus de poids au niveau du Ministère. Pour finir, je voulais un syndicat qui réunisse beaucoup de PH, et pas seulement des PU. Il était important pour moi d'évoluer dans une structure qui défende tous les PH et l'hôpital public.

PHARE : Quelles revendications voudriez-vous porter au sein du SNPHARE ?

Sepenta Ghanbari : La restructuration des urgences avant tout. Il faut qu'un travail en amont soit fait ! L'entrée dans le système de soins pour les patients qui ne peuvent pas aller ailleurs doit être assurée. De plus, il faut redonner envie aux jeunes de venir travailler à l'hôpital comme je le disais précédemment. C'est ça qui fera la différence à mon avis. Le SNPHARE « devrait » plus parler aux jeunes, et peut-être plus les écouter également, car ce sont eux aussi qui feront l'hôpital de demain.

Marie-Astrid Piquet : Je me disais que le SNPHARE pourrait peut-être devenir un syndicat de PH tout simplement (rires). Je sais que le syndicat s'est « élargi » aux autres spécialités, et c'est une bonne chose, mais il faudrait peut-être recentrer le combat sur les PH et devenir un syndicat de PH. En tout cas, le peu de réunions auxquelles j'ai assisté a confirmé mon choix. On voit qu'au sein du SNPHARE, les membres sont impliqués et volontaires pour faire bouger les choses.

PHARE : Envisagez-vous de vous impliquer encore plus au niveau du syndicat ?

Sepenta Ghanbari : Pour le moment, je pense être à ma place. Je ne suis pas contre le fait de m'impliquer plus dans la vie syndicale, mais pour être tout à fait honnête, malgré le fait que je me retrouve totalement dans les messages du SNPHARE et les causes qu'il défend, je ne suis pas sûre que tout cela fasse bouger les grandes instances. J'ai l'impression que nos tutelles n'écourent que ceux qui sont tout simplement d'accord avec eux et veulent perpétuer le même système. Si les politiques étaient véritablement à l'écoute et qu'un véritable dialogue était instauré, je reverrais certainement ma position. Cela ne m'empêchera pas de demeurer adhérent, et d'essayer d'agir à mon niveau.

Marie-Astrid Piquet : J'y ai déjà pensé oui, mais je pense que je n'aurai pas le temps actuellement. J'essaie de pousser le plus de collègues possible à adhérer, surtout dernièrement au cours des mobi-




lisations pour l'hôpital public. D'autre part, j'attends d'être un peu plus implantée au sein du syndicat pour prétendre à une plus grande implication. Je ne suis pas contre, mais le temps nous dira comment évoluera cette belle aventure.

Propos recueillis par Saveria Sargentini

J'ai adhéré au SNPHARE car le secteur public a besoin d'être défendu.

Dr S. Ghanbari

Vos
représentants
au SNPHARE

	<p style="text-align: center;"><u>Administrateur du Conseil d'Administration</u></p> <p>Il est automatiquement délégué et membre de droit de notre intersyndicale Action Praticiens Hôpital. Il est force de propositions auprès des tutelles, défend les intérêts des PH et de l'hôpital. Il apporte une aide individuelle aux délégués à propos de conseils juridiques, d'orientation, sur demande, vers les avocats.</p>
	<p style="text-align: center;"><u>Le délégué</u></p> <p>Il représente le SNPHARE dans son établissement et les établissements proches géographiquement. Il peut être impliqué dans les instances syndicales régionales (notamment - commission régionale paritaire- CRP à l'ARS) et défend les praticiens de son secteur avec l'aide du CA.</p>
	<p style="text-align: center;"><u>Le correspondant</u></p> <p>Il a pour mission de transférer les informations du SNPHARE aux praticiens de son établissement et de faire remonter des observations ou questions des praticiens au SNPHARE.</p>

RETROUVEZ VOS REPRÉSENTANTS SUR LE SITE DU SNPHARE : <https://snphare.fr/fr/delegue>

DU SNPHAR AU SNPHARE...

C'est sous l'impulsion majeure des anesthésistes-réanimateurs et de leur organisation syndicale que le statut de praticien hospitalier est créé en 1984. Après avoir lutté pour son obtention, sous différents noms, naît dans la foulée le SNPHAR (prédécesseur du SNPHARE). Retour sur les batailles du SNPHARE, sa genèse et inévitablement celle du syndicalisme médical.

UN STATUT ET DE LA STABILITÉ

L'action syndicale médicale, et particulièrement celle des anesthésistes hospitaliers, a longtemps recherché une situation permanente et stable. La mise en place du statut de médecin des hôpitaux survient le 24 février 1984. Le SNPHAR s'appuie sur le droit communautaire pour obtenir des mesures attractives pour les jeunes médecins. Le discours se révèle original : de meilleures conditions de travail apporteront une amélioration de l'organisation hospitalière. Le SNPHAR a joué un rôle prépondérant dans les discussions à propos des conditions de reconversion, de la couverture sociale, de la modification des échelons indiciaires et de l'acquisition de la prime d'engagement de service public, des contrats de recrutement pour les postes prioritaires, de la grille salariale à treize échelons. Il s'est aussi emparé du sujet de la sécurité des soins, et particulièrement de la création des salles de surveillance post-interventionnelle appelées communément salles de réveil, dont le fonctionnement a été établi en 1994 par le décret sécurité-anesthésie.

VICTOIRES ET COMBATS

Pour défendre ses mandants et explorer toutes les directions offertes à l'action syndicale au sein des hôpitaux publics, le SNPHAR devient force de réflexion et de propositions. Le repos de sécurité, par exemple, est un concept inventé par le SNPHAR pour préserver la qualité des soins de l'incidence des fatigues de la garde, et préserver la sécurité des patients. Ce concept est soutenu par une grève suivie à 80 % en 1998, et enfin introduit en 2001 dans le statut de PH. La notion de garde a engagé des négociations complexes s'étalant sur plus de vingt ans ! La permanence de nuit à l'hôpital, bien que fonction à responsabilité médicale majeure, a été longtemps considérée comme un héritage de l'ancien hôpital voué à la charité. Toutes les avancées dans ce domaine ont été obtenues grâce aux actions entreprises par le SNPHAR. Elles ont progressé petit à petit : doublement des indemnités de garde en 1985, leur indexation en 1987, paiement des gardes du

samedi après-midi en 1991, intégration des gardes dans le calcul des points IRCANTEC en 1996.

LES ANNÉES 2000

La prime d'engagement de service public exclusif compensant le défaut d'activité privée hospitalière, la prime et le contrat pour postes difficiles à pourvoir, la prime multi-établissements, la revalorisation du 1^{er} échelon au niveau du 4^e sont obtenus en 2000.

En 2001, la loi sur les 35 heures hebdomadaires appliquée dans les hôpitaux conduit à des négociations longues et laborieuses sur l'ARTT (Aménagement et Réduction du Temps de Travail). 20 jours de RTT (au titre de la Réduction du Temps de Travail dans le delta 35-39 heures) et l'obtention de l'ouverture d'un CET (Compte Épargne Temps) pour l'activité effectuée au-delà des 10 demi-journées hebdomadaires non récupérées seront obtenus également.

LE SNPHAR S'ÉLARGIT AUX AUTRES SPÉCIALITÉS ET DEVIENT LE SNPHARE

Pourquoi le SNPHAR s'est-il élargi aux autres spécialités ? Tout simplement pour assumer sa ligne de conduite constante, à savoir : la défense de l'ensemble des PH et de l'hôpital public, l'obtention d'avancées statutaires, réglementaires, législatives, et de protection sociale pour tous les médecins hospitaliers. Depuis 2009, le SNPHARE accueille donc les collègues de toutes spécialités médicales et chirurgicales. Sur le plan syndical, l'anesthésie-réanimation a réussi à s'enraciner dans la communauté médicale hospitalière. Le SNPHARE affronte ainsi les problématiques communes, comme la précarisation des carrières, l'autonomie professionnelle, la qualité et le temps passés au travail, l'attractivité de l'hôpital public, la problématique des fins de carrière et de la retraite. Cette similitude et cette communion avec tous les médecins des hôpitaux publics ont amené le syndicat à revendiquer et obtenir pour eux ce qu'il a jugé juste pour les anesthésistes-réanimateurs.

LES AFFILIATIONS AU FIL DU TEMPS

Le SNPHARE défend la discipline d'anesthésie-réanimation et les praticiens hospitaliers en s'associant à d'autres organisations pour avoir encore plus de poids. Pour rappel : en 1988, l'INPH (Intersyndicale Nationale des Praticiens Hospitaliers) regroupe l'ensemble des spécialités. Le SNPHARE en fait partie, il en a même occupé le poste de la délégation générale pendant plus de 10 ans. L'affiliation à une intersyndicale est indispensable, pour les négociations avec les pouvoirs publics qui ne veulent plus discuter avec chacun de la cinquantaine de syndicats médicaux. En 2011, à la suite de divergences, le SNPHARE quitte l'INPH et fonde sa propre intersyndicale, Avenir Hospitalier, avec le SYNGOF (Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens Français), le SMH (Syndicat Martiniquais Hospitalier) et le SNGC (Syndicat National de Gériatrie Clinique). Lors des élections professionnelles 4 mois après sa création, Avenir Hospitalier (AH) remporte huit sièges à la Commission Statutaire Nationale pour l'anesthésie-réanimation. En décembre 2015, les deux intersyndicales de praticiens hospitaliers : Avenir Hospitalier et la Confédération des Praticiens des Hôpitaux, annoncent leur regroupement pour communiquer et agir sous une bannière commune : Action Praticiens Hôpital. Aux dernières élections professionnelles de juillet 2019, APH-Jeunes Médecins (dont fait partie le SNPHARE) devient la première union syndicale de praticiens hospitaliers de France. Concernant les commissions statutaires nationales, APH-JM fait carton plein chez les PH en anesthésie-réanimation, et pour le Conseil Supérieur des Professions Médicales, pharmaceutiques et odontologiques, APH-JM récupère 3 sièges sur 5 chez les PH : ainsi le SNPHARE est présent au CSPM *via* l'actuelle présidente Anne Geffroy-Wernet.

LE COMBAT CONTINUE !

De 2014 à 2017, le SNPHARE a su gagner d'autres batailles, plus importantes les unes que les autres : l'intégration du temps d'astreinte déplacée dans les obligations de service (2014), le détachement du temps de travail additionnel (TTA) au-delà de la 48^e heure (2014), le TTA contractualisé sur la base du volontariat (2015), la disparition du TTA de nuit au profit d'un tarif unique (TTA de jour) (2017), la prime d'engagement dans la carrière hospitalière (2017), la prime d'exercice territorial (2017), la reconnaissance du travail de début de soirée (2017)... En 2020, les combats demeurent nombreux. La casse de l'hôpital public a causé de nombreux dégâts qui impactent l'hôpital en profondeur. Sur les questions de gou-

vernance, de statut, de pénibilité, d'attractivité des carrières hospitalières, le SNPHARE est toujours sur le front et continue de défendre l'intérêt de tous les médecins hospitaliers ! Avec son intersyndicale APH (Action Praticiens Hôpital), le SNPHARE s'est emparé de sujets essentiels tels que la qualité de vie au travail. En 2017, sous l'impulsion du SNPHARE et Max-André Doppia, Action Praticiens Hôpital a lancé l'Observatoire de la Souffrance au Travail. Une plateforme permettant aux personnels médicaux hospitaliers de déclarer les situations individuelles de souffrance en lien avec leur vie professionnelle, et de permettre si nécessaire la mise en place d'une action afin d'y faire face.

Depuis 2017, le SNPHARE continue de se battre pour améliorer les conditions de travail à l'hôpital public (cf. le projet du SNPHARE à la ministre des Solidarités et de la Santé en février 2019, <https://snphare.fr/assets/media/plateformesnphare.pdf>).

Il est force de propositions, *via* son intersyndicale Action Praticiens Hôpital en termes de mesures d'attractivité de l'hôpital public :

- Augmentation de l'ONDAM hospitalier à 4,4 %.
- Moratoire sur les fermetures de lits d'hospitalisation, réouverture de lits avec embauche de personnels là où c'est nécessaire.
- Amélioration des conditions de travail des praticiens hospitaliers permettant un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, et raccourcissement de la durée de carrière.
- Revalorisation de la grille salariale en rapport avec responsabilité, compétence et pénibilité de notre exercice liées à la permanence des soins : il ne s'agit pas de distribuer des primes, dont l'inefficacité est aujourd'hui prouvée, mais de donner une réponse efficace à court, moyen et long terme.
- Remédicalisation de la gouvernance des hôpitaux.
- Changement de logique de financement de l'hôpital : juste soin au meilleur coût plutôt que rentabilité.

Lors de l'allocution du Président de la République sur l'épidémie du coronavirus, le 12 mars 2020, on a pu noter un profond changement de discours sur le financement de la santé « *qui n'a pas de prix* » : « *La santé gratuite sans condition de revenus de parcours ou de profession, notre État providence, NE SONT PAS DES COÛTS ET DES CHARGES, MAIS DES BIENS PRÉCIEUX, des atouts indispensables quand le destin frappe* ». Des remarques qui s'articulent avec des propositions martelées par le SNPHARE depuis plusieurs années, sans écho à ce jour. Verra-t-on une concrétisation prochaine, après cette période particulièrement difficile pour l'hôpital et ses soignants ?

Saveria Sargentini, Journaliste

Le conseil de discipline : les syndicats y jouent un rôle important !

Les élections professionnelles représentent un enjeu de démocratie sociale puisqu'elles permettent de déterminer des règles individuelles et collectives qui s'appliqueront aux agents publics. Avec la nomination de leurs représentants, elles permettent aux médecins et pharmaciens d'établir la représentativité de leurs syndicats, au sein des intersyndicales. Plus la participation est importante, plus la légitimité des organisations professionnelles est confortée. Pour le collège anesthésie-réanimation, les 12 élus (6 titulaires et 6 suppléants) sont tous issus d'APH, dont 8 sont issus du SNPHARE. Le mandat des élus syndicaux est d'une durée de 5 ans.

QUAND LE CONSEIL DE DISCIPLINE PEUT-IL ÊTRE SAISI ?

Dans son exercice professionnel, le PH, temps plein ou temps partiel, peut être mis en cause dans une procédure disciplinaire dès lors qu'il a commis un ou plusieurs manquements à ses obligations professionnelles caractérisant une faute. Cette démarche différencie les poursuites indépendantes de celles qui peuvent être engagées par l'Ordre Des Médecins ou encore des poursuites pénales.

Ce qui différencie la faute disciplinaire de l'insuffisance professionnelle, c'est que cette dernière résulte de l'incapacité ou de l'inaptitude à exercer des fonctions de praticien hospitalier du fait de l'état physique, psychique ou des capacités intellectuelles du PH.

Cette procédure disciplinaire est totalement indépendante des poursuites engagées par l'Ordre ou celles pénales ; cependant ces dernières peuvent exister parallèlement.

C'est le directeur de l'établissement où exerce le PH concerné qui avertit le directeur général (DG) du Centre National de Gestion (CNG) de l'initiation d'une procédure disciplinaire

et/ou via le directeur de l'ARS concernée qui donne aussi son avis. Il s'entoure généralement de l'avis de la commission médicale de l'établissement réduite aux titulaires, avis donné hors présence du PH concerné. Ensuite le DG du CNG doit prendre la décision de la sanction. Il peut se contenter de donner un avertissement ou un blâme, voire rien ; la procédure s'arrête alors à ce niveau. S'il juge la situation plus grave, il doit réglementairement requérir l'avis du Conseil de Discipline (CD) pour motiver sa décision finale, et cela devient une procédure contradictoire.

“ La sanction disciplinaire est soumise au vote du conseil de discipline..., d'où l'importance de la représentativité syndicale. ”

QUE SE PASSE-T-IL UNE FOIS LA PROCÉDURE LANCÉE ?

Le praticien est avisé au moins deux mois à l'avance, par lettre recommandée avec avis de réception, de la date de sa comparution devant le CD, et son dossier doit lui être communiqué intégralement. Il peut présenter devant le CD des observations écrites ou orales, faire entendre des témoins et se faire assister d'un défenseur de son choix. Le CD peut ordonner toute enquête complémentaire susceptible de l'éclairer. Le conseil entend toutes les personnes qu'il estime devoir convoquer. Il prend connaissance des observations du directeur général de l'agence régionale de santé, du directeur de l'établissement et de la commission médicale de l'établissement où exerce le praticien. L'administration peut

également citer des témoins. Le CD doit se prononcer dans un délai de quatre mois à compter du jour où il a été saisi, ce délai étant porté à six mois lorsqu'une enquête complémentaire doit être menée. En cas de poursuites devant une juridiction pénale, le conseil de discipline peut surseoir à émettre son

avis jusqu'à la décision de cette juridiction.

SANCTIONS AVANT LA DÉCISION...

Dans l'intérêt du service, le praticien qui fait l'objet d'une procédure disciplinaire peut être immédiatement suspendu par le DG du CNG pour une durée maximale de six mois. Toutefois, lorsque l'intéressé fait l'objet de poursuites pénales, la suspension peut être prolongée pendant toute la durée de la procédure. Le praticien suspendu conserve ses émoluments. Cependant, si une décision de justice

lui interdit d'exercer, ses émoluments subissent une retenue, qui ne peut excéder la moitié de leur montant. Cela ne concerne que les émoluments de base et l'indemnité d'engagement de service public exclusif, s'il y a lieu. Du fait de la suspension, la participation à la permanence des soins et la possibilité d'effectuer du temps additionnel sont impossibles et donc les indemnités inhérentes à ces activités disparaissent. La PET est également suspendue tout comme l'activité libérale s'il y a lieu.

L'avis du CD est transmis dans un délai de quinze jours au DG du CNG, accompagné des observations formulées avant la saisine du conseil par le directeur général de l'agence régionale de santé et par la commission médicale de l'établissement où exerce le praticien.

... ET APRÈS !

Les sanctions disciplinaires sont appliquées par le DG du CNG. Ces sanctions vont du simple avertissement à la révocation du corps des praticiens hospitaliers, en incluant le blâme, la réduction d'ancienneté d'échelon, l'abaissement d'échelon, la suspension avec privation totale ou partielle de la rémunération ne pouvant excéder 6 mois et la mutation d'office.

Pour les personnels hospitalo-universitaires, les mêmes sanctions sont appliquées ; la révocation comporte la fin des fonctions universitaires d'abord, puis le dossier est mis à l'examen de la commission compétente en ce qui concerne la partie hospitalière.

Les peines disciplinaires pour les chefs de clinique-assistants (CCA) et les assistants hospitalo-universitaires (AHU) sont les suivantes : l'avertissement, le blâme, la suspension avec privation totale ou partielle de la rémunération, le licenciement. Pour ces derniers, ils n'ont pas besoin de recours au CD. Tout se règle en local.

QUI COMPOSE LE CONSEIL DE DISCIPLINE ?

Le CD, paritaire et présidé par un conseiller d'État, est constitué :

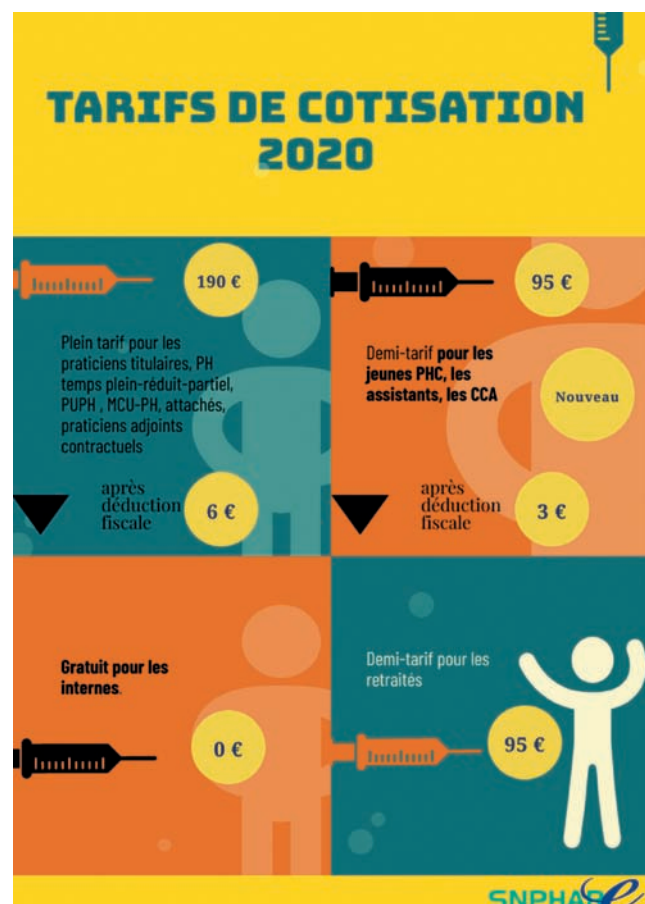
- pour sa part administrative : un membre du Conseil d'État qui est le président de cette instance, un membre de la direction générale de la santé (DGS), un membre de la direction générale de l'organisation des soins (DGOS), un membre de l'inspection générale de l'action sanitaire (IGAS), un membre du corps des médecins inspecteurs de santé publique, un membre du corps des directeurs d'hôpital, un membre du centre national de gestion (CNG).
- pour sa part médicale : des praticiens élus dans les collèges des PH temps plein et des PH temps partiel pour chacune des sections suivantes : médecine, psychiatrie, chirurgie, radiologie, biologie, anesthésie-réanimation, pharmacie.

DES PRATICIENS AU CONSEIL DE DISCIPLINE, C'EST IMPORTANT !

Si, il y a quelques années encore, le CD n'était jamais réuni, ce n'est plus le cas aujourd'hui. On mesure mieux ainsi la portée des élections professionnelles et l'importance du vote de chaque praticien. Au cours de la séance, chacun peut s'exprimer, d'où le poids de la représentativité syndicale. La sanction disciplinaire est soumise au vote du CD après examen des dossiers à disposition et délibérations. Lorsqu'à l'issue de la procédure disciplinaire, aucune sanction n'a été prononcée ou n'a fait l'objet que d'un avertissement ou d'un blâme, le praticien perçoit à nouveau l'intégralité de sa rémunération et le remboursement des retenues éventuellement opérées sur son salaire.

Enfin, si le PH concerné n'a pas fait l'objet de la sanction majeure d'exclusion des cadres, celui-ci peut, après cinq années s'il s'agit d'un avertissement ou d'un blâme, et dix années s'il s'agit d'une autre peine, demander au DG du CNG qu'aucune trace de la sanction ne subsiste à son dossier. Toute sanction du CD peut par ailleurs être contestée au Tribunal Administratif.

Emmanuelle Durand, Vice-Présidente du SNPHARE



Reconnaissance de la pénibilité : d'accord pour celle du travail de nuit, mais quid des autres ?

La pénibilité est un concept sur lequel travaille et agit le SNPHARE depuis au moins 10 ans, au travers du travail de nuit essentiellement. Les définitions de la pénibilité sont multiples, mais leur déclinaison au travers de la loi est en revanche très restrictive.

Si l'on considère que l'espérance de vie est un reflet de la pénibilité au travail, on peut analyser le cas de la Suède, où malgré un taux d'emploi des seniors nettement plus élevé qu'en France, l'espérance de vie y est la même. En Suède, dans la tradition des pays du Nord de l'Europe, une politique de prévention et de reclassement basée sur la formation continue pour les personnes ayant occupé des postes pénibles a permis en outre d'inclure dans les aspects de la pénibilité les souffrances psychiques et le stress. On mesure l'ampleur que prendrait le compte pénibilité si l'on incluait le stress dans les facteurs d'exposition des salariés.

LA PÉNIBILITÉ SELON LA LOI

Plusieurs acceptions du terme « pénibilité » existent, qui renvoient à des logiques différentes. On peut ne cibler que les expositions professionnelles qui laissent des traces durables sur la santé et réduisent l'espérance de vie sans incapacité ; on peut aussi évoquer plus subjectivement celles qui rendent le travail insatisfaisant et renforcent l'envie de quitter le travail précocement. Selon l'article L4121-1 du Code du travail, l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs : actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail, actions d'information et de formation, mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.

LA PÉNIBILITÉ ET LES MÉDECINS

La permanence des soins constitue la pierre angulaire de notre pénibilité. La permanence sur place ou en astreinte à domicile a pour objet d'assurer la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence et la continuité des soins en dehors du service quotidien, pendant chaque nuit, samedi après-midi, dimanche ou jour férié. Elle est organisée soit sur place, soit par astreinte à domicile qui peut donner lieu à déplacement. L'astreinte s'effectue soit à domicile,

soit dans tout autre lieu au choix du praticien, à condition qu'il soit joignable en permanence et qu'il puisse intervenir dans les plus brefs délais.

Cette permanence des soins participe à la pénibilité, elle n'est pas choisie, mais fait partie intégrante des obligations de la Fonction Publique ou des statuts de PH, au nom du principe de continuité du service public.

Ce travail de nuit est défini comme pénible par la réglementation, ainsi que le travail en horaires alternants. Pour autant, cet aspect de la pénibilité ne nous est pas décliné, et nous n'avons pas accès aux compensations auxquelles elle donne droit à certains métiers.

LE TRAVAIL ALTERNANT

La Directive européenne du 4 novembre 2003, relative à l'aménagement du temps de travail, précise que le travail en équipes successives alternantes, appelé plus communément travail posté, désigne « tout mode d'organisation du travail en équipe selon lequel des travailleurs sont occupés successivement sur les mêmes postes de travail, selon un certain rythme, y compris rotatif, de type continu ou discontinu, entraînant pour les travailleurs la nécessité d'accomplir un travail à des heures différentes sur une période donnée de jours ou de semaines ». Les praticiens hospitaliers travaillant entrent dans ce critère. Faire reconnaître que nous travaillons en horaires alternants nous donnerait accès aux compensations pénibilité/retraites dont bénéficient certaines professions.

Les principaux effets du travail de nuit ou posté sur la santé sont connus :

- Désadaptation et isolement social, professionnel et/ou familial.
- Troubles du sommeil.
- Anxiété.
- Dépression.
- Risque cardiovasculaire (hypertension artérielle, surpoids) plus élevé généré par le stress.
- Déséquilibre métabolique et endocrinien suite au dérèglement chronobiologique.

Il faut lui rajouter, sans que ça relève de la réglementation mais plutôt de la vraie vie, les amplitudes de travail de

24 heures ou plus, le travail de week-end et jours fériés, l'absence de jour de repos hebdomadaire parfois plusieurs semaines consécutives.

LES CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES À L'ORIGINE DE PÉNIBILITÉ AU TRAVAIL

Plusieurs caractéristiques de nos professions sont source de pénibilité au travail, en dehors du travail de nuit, mais pourtant bien réelle :

- Alternier plus de 3 types de postes de travail : blocs opératoires et plateaux techniques, services, consultations, gardes, astreintes.
- Ne pas pouvoir disposer de 48h consécutives de repos/semaine.
- Ne pas pouvoir interrompre momentanément son travail quand on le souhaite.
- Voir augmenter les cadences de travail.
- Être obligé d'interrompre une tâche pour une autre non prévue.
- Voir se multiplier les tâches administratives.
- Ne pas pouvoir adapter les temps nécessaires selon les circonstances, en raison de la course à l'activité.
- Subir des entraves à l'autonomie, voir amputer les marges d'initiative sur la programmation dans les blocs et sur les plateaux techniques qui permettraient de maintenir la sécurité et la qualité des soins.
- Travailler avec un public vulnérable, anxieux et parfois désorienté, voire agressif.
- Travailler en situation d'urgence vitale (voire en situation sanitaire exceptionnelle !).
- Perdre tout collectif de travail et tout lien social.

COMMENT LE SNPHARE TRAVAILLE-T-IL SUR LE SUJET ?

Au vu des conséquences avérées du travail de nuit sur la santé, il est nécessaire de mener une politique de prévention et de réparation active envers les médecins hospitaliers au sein de tous les établissements publics de santé. Le SNPHARE exige que les seuils de pénibilité en nombre de nuits pour les horaires alternants qui, d'après les engagements des discussions en cours sur la retraite, devraient passer à 30 nuits au lieu de 50, nous soient appliqués. Nous demandons aussi que les CHSCT ou un comité social et économique, ouverts aux syndicats médicaux, servent à repérer les populations à risque, et à mettre en place une vraie politique de prévention et de réparation pour le travail de nuit, mais aussi pour toutes les pénibilités autres à composante fortement locale.

Nous attendons donc :

- La création d'un « contrat pénibilité » sur une réglementation nationale. L'Art. L. 4624-2 du Code du travail oblige les employeurs à la constitution d'un « dossier médical

en santé au travail ». Ce dossier, constitué par le médecin du travail, retrace les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis. Il s'agit donc d'un équivalent de curriculum laboris, relevé individuel rétrospectif et prospectif d'exposition aux conditions spécifiques de certains exercices. Cet article doit nous être applicable.

- Une facilitation du décompte horaire du temps de travail.
- Une bonification du temps du travail de nuit selon un taux majoré de 50 %.
- Une prise en compte de la pénibilité dans la retraite pour un départ anticipé en bonne santé.
- L'obtention de points de pénibilité permettant un départ à taux plein par tranche de 30 gardes et/ou astreintes déplacées de nuit.
- La majoration de 50 % des cotisations sur les gardes et astreintes déplacées de nuit dès l'internat.
- L'aménagement des fins de carrière.
- La possibilité de travail à temps réduit 80 % à 55 ans, 60 % à 60 ans payé 100 %.
- La possibilité d'arrêter les gardes dès 55 ans.
- La possibilité de passerelle avec formation vers des spécialités moins pénibles ou reconversion.
- Favoriser le cumul emploi retraite sur la base d'un salaire échelon 5.

À partir de l'enquête SHARE 2004, trois autres dimensions de la pénibilité du travail ayant un impact sur la santé des praticiens peuvent être analysées et devraient être prises en compte comme critère de pénibilité en dehors de ceux reconnus actuellement :

- la « demande psychologique », qui recouvre les notions de pénibilité physique perçue et de pression due à une forte charge de travail,
- la « latitude décisionnelle », qui correspond à la possibilité de décider de la conduite de son travail et de développer de nouvelles compétences,
- la « récompense reçue », qui reflète le sentiment de recevoir un salaire correct relativement aux efforts fournis et de recevoir une reconnaissance méritée.

Pour le SNPHARE, toute réflexion et revendication autour de la pénibilité doit commencer par la déclinaison aux médecins hospitaliers des mêmes droits que pour toute personne travaillant de nuit ou en horaires alternants. Mais au-delà, doit s'engager localement et/ou régionalement une politique de réflexion et de prévention sur toutes les autres pénibilités, qui tournent autour du temps de travail et donc des effectifs, mais aussi des organisations de travail et des modes de management locaux. Pour cela, privilégier un collectif de travail est un point essentiel à ne jamais perdre de vue.

Emmanuelle Durand, Vice-Présidente du SNPHARE

Du SNPHARE à la Commission Vie Hospitalière : le récit de Patrick Dassier

Le Président de la CME de l'APHP (Pr Coriat, 2007-2012), a proposé, en partenariat avec les membres élus du SNPHARE à la CME de Paris, le concept de la Commission Vie Hospitalière (CVH). Cette CVH avait pour but de faire le pendant du CHSCT où les conditions de travail sont abordées pour le personnel hospitalier, excepté le personnel médical. Elle fut mise en place pour s'occuper et être vigilant sur les conditions d'exercice des Praticiens Hospitaliers (PH) dans un paysage hospitalier chahuté par la mise en place de la Loi Bachelot.



NAISSANCE DIFFICILE

Cette commission, confiée à votre serviteur, eut une gestation difficile. Les moyens étaient quasi inexistant sans aucun support institutionnel.

Dès 2012, le nouveau Président de la CME (Pr Capron), s'engagea pour obtenir des moyens institutionnels (logistique et personnel) et une participation active de la Médecine du Travail. Le périmètre d'action et les missions de la CVH furent présentés lors d'une réunion plénière de la CME :

- Instruire les dossiers relatifs aux conditions de vie et de travail des PH de l'AP HP et aux conditions d'accueil des praticiens qui y sont recrutés.
- Création d'un sous-groupe pour exercer un rôle de conseil, d'accompagnement et de soutien des médecins en situation de difficulté professionnelle confié au Vice Président de la CVH (Dr Dantchev). Son travail fut remarquable en collaboration avec un partenariat institutionnel compétent et efficace. Plus d'une centaine de dossiers furent traités.
- Création et gestion d'une messagerie d'alerte pour les PH en situation de difficulté professionnelle (confidentialité garantie).
- Création des CVH locales (CVHL) au niveau des établissements de l'APHP.
- Intégration du label « **qualité de la gouvernance** » lors du choix et de la nomination de chefferie de

service et de pôle.

- suite à l'expérience du baromètre interne APHP, mise en place d'une réflexion pour un projet Social et Professionnel (PSP) du personnel médical (PM) :
 - penser un parcours professionnel,
 - promouvoir une politique managériale,
 - promouvoir une politique de santé au travail,
 - tenter de favoriser une attractivité durable,
 - intégrer les jeunes générations dans un suivi par la Médecine du Travail.

La CVH participa aux réunions de la cellule centrale et de prévention et d'analyse des suicides (PNM), et fut intégrée à la démarche de la qualité de vie au travail (QVT)

DE LA NÉCESSITÉ DE CONCRÉTISER

Le suicide d'un Praticien Hospitalo-Universitaire fin 2015 à l'HEGP affecta considérablement la communauté hospitalière. Il devint évident que les risques psychosociaux (RPS) touchent désormais toutes les catégories de PH.

En 2016, l'Institution, par l'intermédiaire du Président de la CME de l'APHP (Pr Garabédian) soutenu par tous les membres de la CME, du Directoire et la Direction Générale, déclina des mesures pour la mise en place d'un plan de bonne gestion des « **Ressources Humaines pour le Personnel Médical (RHPM)** » et d'un conciliateur médical pour s'occuper des situations individuelles complexes. Le Plan RHPM fut décliné dans le Règlement Intérieur de l'APHP.

<http://cme.aphp.fr/content/plan-de-prevention-et-de-traitement-des-situations-conflictuelles-ou-risques-concernant-les>

http://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/cme5fevrier2019_conciliateur.pdf

La CVH Locale (CVHL) de l'HEGP s'est réunie 3 à 4 fois par an, et 28 réunions ont été nécessaires pour traiter à chaque fois 2 à 3 dossiers de situations individuelles complexes de praticiens.

Elle se mobilisa pour mettre en place (2016-2020) :

- une messagerie d'alerte pour les PH en situation de difficulté professionnelle,
- un livret d'accueil pour les Internes, les CCA, les Assistants et les nouveaux PH,
- 3 à 4 réunions par an de la CVHL,
- 28 réunions pour traiter à chaque fois de 2 à 3 dossiers de situations individuelles complexes de praticiens,
- la promotion de la Médecine du Travail pour la communauté médicale.,
- une journée thématique par an à l'HEGP :
 - 2016 : « du mal-être au bien-être au travail »,
 - 2017 : « enjeux et objectifs de l'entretien individuel »,
 - 2018 : « je suis médecin et je prends soin de moi »,
 - 2019 : Résultats et analyse d'une enquête QVT des PH et approche des règles de communication en cas de conflit entre PH.

Localement cette démarche fut possible par l'investissement des membres de la CVHL, le soutien total et complet de la direction de l'HEGP et du Président de la CME. L'équipe de la direction des Ressources Humaines du PM et le service de la Médecine du Travail furent la pierre angulaire de cette démarche RHPM, pour un meilleur « bien-être au travail » des équipes médicales de l'HEGP.

Dr Patrick DASSIER

Ancien Président de la CVH centrale de l'APHP de 2006-2016 .

Président sortant de la CVHL de l'HEGP 2016-2020.

LES LETTRES D'INFORMATION DU SNPHARE (NEWSLETTERS)

Le SNPHARE vous adresse régulièrement des newsletters pour vous tenir informés de l'actualité et, 4 fois par an, une sollicitation pour que vous adhérez ou que vous pensiez à régler votre cotisation.

Si vous ne recevez pas nos mails, c'est soit que :

- vos coordonnées sont erronées : vérifiez les bien dans votre espace adhérent,
- elles arrivent dans vos spams : vérifiez régulièrement vos spams,
- votre hôpital bloque les informations provenant du SNPHARE : demandez à votre service informatique de désactiver le snphare, ou entrez un mail perso dans votre espace adhérent. Si vous n'êtes pas adhérent, inscrivez-vous à la newsletter à l'adresse suivante : <https://snphare.fr/fr/Newsletter>.

Pour les adhérents, ces newsletters sont envoyées aux adresses mail renseignées dans votre espace. Pour les non-adhérents, elles sont envoyées à votre adresse mail hospitalière.

Si vous vous désinscrivez par erreur, merci de nous adresser un mail à contact@snphare.fr.

ANNONCES DE RECRUTEMENT



CENTRE HOSPITALIER DE BLIGNY

LE CENTRE HOSPITALIER DE BLIGNY

Convention FEHAP du 31/10/1951 – Situé à 30 km au Sud de Paris.

Établissement Spécialisé **385 lits et places** :

Court Séjour et Soins de Suite et de Réadaptation.

5 pôles : Cardiologie-vasculaire, Pneumologie, Hémato-Cancérologie, Médecine Interne et Maladies Infectieuses, Activités transversales dont 12 lits en Unité de Soins Intensifs et service de radiologie avec scanner.



RECHERCHE

MÉDECIN (H/F) EN CDI À TEMPS PLEIN
(Temps partiel possible)

MÉDECIN (H/F) POUR GARDES NUIT
Week-end, fériés

LE SERVICE DE SOINS INTENSIFS

Équipe composées actuellement de 4 médecins + médecins de gardes
8 lits avec monitoring invasif et non-invasif. IGS 2 moyen à 37 (6 à 109).

Activité de soins intensifs polyvalents médicaux- exclusifs (pas de chirurgie sur site, pas d'épuration extra rénale dans l'unité), à prédominance respiratoire avec une expertise reconnue en sevrage ventilatoire difficile et prolongé.

Les services de l'hôpital sont les premiers adresseurs : Pneumologie, cardiologie, infectiologie, oncologie et hématologie. Recrutement varié via le SAMU (primaire comme secondaire).

SERVICES SUPPORT

Service d'imagerie médicale.

Laboratoire de biologie médicale. Pharmacie à usage intérieur.

PROFIL RECHERCHÉ

Titulaire du Diplôme d'Études Spécialisées de médecine d'urgence, de la capacité de médecine d'urgence ou justifiant d'une expertise dans le domaine des soins critiques souhaitant poursuivre un exercice diversifié en équipe.

L'activité proposée inclut activité auprès des patients du service en heures ouvrables et 1 garde par semaine et une garde de dimanche ou jour férié toutes les 7 semaines. Les gardes sont réalisées au sein du service. Un médecin senior de l'établissement assure la garde d'intérieur.

STATUT ET RÉMUNÉRATION

CCN51 avec reprise d'ancienneté. Rémunération forfaitaire pour les gardes.

AVANTAGES SOCIAUX

➤ Mutuelle Employeur, crèche-Multi-accueil sur site, avantage Comité d'Entreprise.



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

Madame Madeleine ROUSSEAU, DRH – drh@chbligny.fr (01 69 26 30 10)

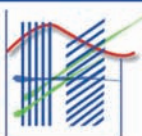
Dr Caroline DUPONT, Directeur Médical – c.dupont@chbligny.fr (01 69 26 31 96)

Informations :

Dr Pierre ANDRIVET, Chef de service de soins intensifs.

p.andrivet@chbligny.fr – v.machalingrin@chbligny.fr (01 69 26 31 41)

LE CENTRE HOSPITALIER D'AURILLAC (CANTAL 15)



Recherche **RÉANIMATEURS** ou **ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS**

Premier employeur du Département et établissement support du GHT Cantal, le Centre hospitalier dispose de 892 lits et places.

Construction d'un **nouveau plateau technique** opérationnel au cours du premier semestre 2020 avec **six salles de bloc opératoire toutes aux normes ISO, dont une salle potentiellement hybride.**

Recherche Médecins (H/F), qualifiés en **réanimation ou anesthésie/réanimation**, inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins en France, pour ses services de réanimation médico-chirurgicale, USC et Anesthésie.

Statut : Praticien Hospitalier, Assistant, Contractuel, possibilité clinicien selon parcours.

Poste : Postes à temps plein, service continu avec décompte horaire. Plages de temps de travail additionnel contractualisées sur la base du volontariat.

Les candidatures sont à adresser à : ml.gladines@ch-aurillac.fr



RÉANIMATION : Dr MH. HAUSERMAN

Tél. : 04 71 46 47 58. – mail : mh.hausermann@ch-aurillac.fr

- 4 praticien temps plein et recours à l'intérim
- 2 internes de spécialité
- 8 lits de réanimation
- 5 lits d'USC
- 3 Prismaflex (EER-EP)
- 2 Picco
- 1 échographe Philips (ETO)

ANESTHÉSIE : Dr T. LANGS

Tél. : 04 71 46 56 27 - mail : t.langs@ch-aurillac.fr

- 5 praticiens temps plein + 2 temps partiel et recours à l'intérim.
- 1 interne de spécialité.
- Activité : Anesthésie en chirurgie orthopédique, digestive, urologique, gynécologique, vasculaire, ORL, ophtalmologie, endoscopie. Maternité de 800 accouchements par an.
- Actuellement 2 échographes pour six salles d'opération.



CHU de Nîmes
SOINS - ENSEIGNEMENT - RECHERCHE

LE CHU DE NÎMES

Un CHU Jeune Dynamique, Architecture neuve.
Hôpital récent parmi les plus modernes d'Europe.
Blocs opératoires polyvalents - 6200 agents - 2000 lits.



RECHERCHE

MÉDECINS ANESTHÉSISTES RÉANIMATEURS (MAR)

Praticiens contractuels - Inscrit à l'Ordre.

PERSONNE À CONTACTER

Pour postuler par courrier, merci de répondre à l'adresse suivante sous la référence AT-ANNDAM-10

Direction de la Politique Sociale Médicale
Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nîmes
Place du Pr R. Debré - 30029 NÎMES CEDEX 9
Email : dpsm@chu-nimes.fr

DESRIPTIF

Le CHU se développe. Rejoignez nous !
Notre équipe d'anesthésie, jeune et dynamique s'agrandit pour accompagner les projets du CHU : Salles d'interventionnel, circuit court, RAC...

Le CHU est un établissement avec une bonne santé financière et des projets médicaux soutenus, à 2H50 de Paris en TGV et 1H20 de Marseille.

Conditions financières attractives.
Possibilité temps plein ou temps partiel.
Une ville entre Cévennes et plages de Méditerranée.



LE CENTRE HOSPITALIER DE CARPENTRAS (Vaucluse) recherche **Un médecin anesthésiste** (temps plein/temps partiel), inscrit au conseil de l'Ordre des médecins.



Le Centre Hospitalier de Carpentras est un établissement public de santé faisant partie intégrante du premier Pôle Santé Public-Privé en France ouvert en 2002. Situé à 20 minutes d'Avignon, le Pôle Santé regroupe plusieurs établissements publics et privés.

Pôle gynécologie obstétrique anesthésie.

Gynécologie : 7 lits.

Obstétrique : 26 lits.

ACA (anesthésie chirurgie ambulatoire) : 2 places.

Maternité de type I (maternité de type 2 à 20 minutes : CH d'Avignon et maternité de type 3 à 1h : APHM).

Nombre d'accouchements : 1150-1200.

Nombre d'interventions chirurgicales : 800 à 1000.

Nombre de passages aux urgences gynéco-obstétricales : 4600.

Taux de péridural égal à plus de 75 %.

Maternité adhérente du réseau périnatal régional PACA Corse Monaco.

L'activité d'anesthésie réanimation ne concerne l'hôpital que dans le service gynécologie-obstétrique (le reste de l'activité chirurgicale étant assurée par la partie privée du pôle santé).

Activité obstétricale importante permise par un plateau technique doté de 4 salles de naissance, 2 blocs opératoires attenants et 1 SSPI de 4 postes.

Fonctionnement en garde sur place.



Personne à contacter :

Dr THEETEN Gilles, Médecin anesthésiste, chef de service : 04.32.85.88.32 (g.theeten@ch-carpentras.fr)

M. BENTAYEB, Responsable des ressources humaines : 04.32.85.88.49 (a.bentayeb@ch-carpentras.fr) / Mme CASTOLDI, Directrice adjointe (n.castoldi@ch-carpentras.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 RÉANIMATEUR titulaire ou remplaçant Poste à pourvoir dès que possible.

Rémunération très attractive (majoration DOM de 40 %).

Prise en charge du billet d'avion et mise à disposition de l'hébergement.

Le Médecin Réanimateur intégrera l'USC dotée de 12 lits de soins continus.

Le GHER dispose notamment de 6 salles de bloc opératoire et d'une capacité de 27 lits de chirurgie en hospitalisation complète et 16 places de chirurgie ambulatoire.

Le SAU du GHER enregistre 28.000 passages aux urgences par an.

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

