

PHARE #92

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

Le site du SNPHARE : <http://www.snphare.fr> — MARS 2021

PRATICIENS HOSPITALIERS À LA RECHERCHE DU DIALOGUE SOCIAL

DOSSIER GRÈVE DES PH | NOUVELLE RUBRIQUE : LA PAROLE AUX DÉLÉGUÉS | NEWS : STATUT DES PH

CONSEIL D'ADMINISTRATION

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 Île-de-France - Communication Relations avec les délégués d'Île-de-France	Ligne directe : 0140875000 BIP 1050
Dr Jullien CROZON - Trésorier 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 2 8
Dr Louise GOUYET - Trésorière adjointe 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 Veronique AGAESSE - Secrétaire gén. 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 Île-de-France	Standard : 03 22 82 40 00 DECT 36002 Portable : 06 33 63 20 62
Dr Anouar BEN HELLAL - Secrétaire gén. adjoint 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 Laurent HEYER - Secrétaire général adjoint Hôpital de la croix rousse - Lyon laurent.heyet@gmail.com	Permanence des soins - Gardes et astreintes - Risques psychosociaux - Conseil National Professionnel d'Anesthésie-Réanimation-Médecine Périopératoire	Standard : 03 89 12 40 00 Portable : 06 31 18 57 61
Dr Grégory WOOD - Secrétaire Général 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 Ezéchiel BANKOLE - Administrateur CHU - Reims bankole.ezechieel@sfr.fr	Permanence des soins Gardes et astreintes CFAR	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-réanimateurs Relation avec les Universitaires	Ligne Directe : 04 76 63 42 86 Portable : 06 81 92 31 42 Fax : 04 76 44 77 40
Dr Matthieu DEBARRE - Administrateur Centre hospitalier de Saint-Brieuc matthieu.debarre@snphare.fr		
Dr Morgana JEANTIEU-NERISSON - Administratrice CHI du Pays d'Aix morgana.jeantieu@snphare.fr		Portable : 06 72 77 58 31
Dr Yves REBUFAT - Administrateur 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 Francis VUILLEMET - Administrateur Hôpitaux civils de Colmar francis.vuillemet@gmail.com	Permanences des soins - Gardes et astreintes - Risques psychosociaux - Réfèrent des spécialités médicales non anesthésistes-réanimateurs	Portable : 06 31 18 57 61
Dr Patrick DASSIER - Administrateur honoraire 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 Ségolène ARZALIER-DARET - Chargée de mission CHU - Caen arzalier-s@chu-caen.fr	SMART-CFAR Chargée de mission à l'Observatoire de Souffrance Au Travail	Ligne directe : 02 31 27 24 11 Portable : 06 66 22 38 16
Dr Claude Wetzel - Chargé de mission Praticien Honoraire, CHU Strasbourg claud.wetzel@mac.com	Chargé de mission aux affaires européennes Past-President de la FEMS	Portable : 06 60 55 56 16

DOSSIER GRÈVE	4
La grève illimitée pour l'égalité	
Brèves de la grève	
#RendezNousNos4ans	
DIALOGUE SOCIAL	8
Le dialogue social — acte 2 : la judiciarisation : arme syndicale ou échec du gouvernement ?	
L'interview d'Emanuel Loeb	
L'interview de Cornélie Durrleman	
LA PAROLE AUX DÉLÉGUÉS	12
Vocation délégué !	
MISE AU POINT	15
Le Ségur à l'heure des travaux pratiques	
Quelques avancées sociales...	
ACTU	19
Le SAS : comment et pourquoi ?	
FOCUS	22
Le concours de PH, <i>since</i> 1984	
ON N'EST PAS QUE DES PH	24
L'interview de Richard Torrielli : médecin et écrivain	
PETITES ANNONCES	26

LA TÊTE HAUTE

La mission première d'un syndicat - et lui seul peut le faire - est d'informer, de défendre, d'aider, de négocier, de proposer. Et quand ses adhérents et autres praticiens hospitaliers l'interrogent sur une situation et expriment leur mécontentement, il se doit de répondre présent et de rendre des comptes. Les médecins qui ont fait appel au SNPHARE sont présents dans l'hôpital. Pour soigner, ils s'appuient sur leur formation longue et reconnue d'excellence. Ils estiment que les mêmes études donnent la même conscience professionnelle. Les PH de 30 à 60 ans estiment que leur engagement n'a pas été reconnu mais juste acté. Ils n'ont pas demandé des plaidoyers sur la réussite du Ségur avec force sincérité, des trémolos dans la voix. Ils voulaient que le monde d'après fasse renaître le sens de leur métier. Ils veulent du temps à consacrer à leurs patients, des décisions d'équipes et les moyens de continuer à se former. Ils défendent leur autonomie, portée par un concours républicain, face aux dangers des réseaux de favoris. Ils continuent de former leurs pairs dans la responsabilité de la santé publique. Ils estiment qu'un vaccin n'est pas propriété d'entreprise mais bien un dû à la population.

Le SNPHARE refuse qu'une lutte nuise à une autre. Il travaille méticuleusement et avec conviction pour avancer toujours vers une meilleure protection des médecins. Il reste toujours à l'écoute de ceux qui soignent, de jour comme de nuit, et qui veulent continuer, mais pas au péril de leur vie de famille et de leur santé. Il accueille les idées novatrices de ses jeunes adhérents venus en nombre. Épris de déontologie, notre syndicat ne tire pas la couverture à lui quand le combat fait rage. Il met tout en œuvre pour ne pas nuire. Il reste humble. Il pense que les mêmes droits obligent aux mêmes devoirs et que chaque vie a encore la même valeur.

Emmanuelle Durand, vice-présidente du SNPHARE



ISSN : 2729-1928

Présidente du comité de rédaction :

Anne Geffroy-Wernet

Rédacteur en chef :

Grégory Wood

Comité de rédaction :

Anouar Ben Hellal - Jullien Crozon -
Emmanuelle Durand - Francis Vuillemet -
Ségolène Arzalier-Daret

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

La grève illimitée pour l'égalité

Le 11 janvier dernier, un peu partout sur le territoire, des praticiens hospitaliers se déclaraient en grève illimitée à l'appel du SNPHARE. La nouvelle grille a provoqué la colère des PH qui, malgré leur engagement à l'hôpital, se sont vu retirer quatre ans d'ancienneté. Bravo à eux, ils ont fait preuve de détermination et d'ingéniosité!

La rédaction vous propose des brèves et des images pour revenir sur cette forte mobilisation, très suivie malgré le contexte sanitaire.



Les praticiens hospitaliers sont très attachés à la belle devise de notre République : **Liberté, Égalité, Fraternité**.

La fraternité, c'est prendre en charge tous les jours, toutes les nuits, tous les patients qui ont besoin de soins, quel que soit leur âge, leurs revenus, avec dévouement et compétence.

L'égalité, c'est une seule et même grille de rémunération pour tous les praticiens hospitaliers, quelle que soit leur année de nomination.

Lille



Landerneau



Saint-Étienne



Anne Wernet et Guillaume Sujol

4 années d'engagement effacées
par le Ségur de la Santé.

Vos praticiens hospitaliers du CHU d'Angers
sont en grève illimitée.

Egalité de soins pour les patients, Égalité de traitement entre les praticiens !

Dr Pierre ABQUEGUEN	Dr Matthieu DELION	Dr Stéphane MALBRANQUE
Dr Jessica AMSELLEM-JAGER	Dr Maud DELORI	Dr Betty MAZET
Dr Auron ARMAND	Dr Benoît DELORME	Dr Anne-Sophie MERIC BORDOT
Dr Frédérique BÉRINGERUE	Dr Julien DENIS	Dr Katy MELNIER
Dr Virginie BESSON	Dr Magali DESCAMPS	Dr Sophie MICHALAK
Dr Anne-Bérangère BEUCHER	Dr Mamoun DIB	Dr Patrick MIROUX
Dr Kim BIN	Dr Néma DIB	Dr Marie-Pierre MOLES
Dr Patricia BINJANI	Dr Aurélie DONZEAU	Dr Antonio MONTEIRO
Dr Alain BIZON	Dr Séverine DUBOIS	Dr Satar MORTAZA
Dr Marie BON SAINT CÔME	Dr Matthieu DUBOIS	Dr Cosmina NEDELCU MANIEZ
Dr Pierre Emmanuel BOUJET	Dr Florian DUCÉLLIER	Dr Esmone NAGER
Dr Guillaume BOUHOURS	Dr Julien DURIGNEUX	Dr Frédéric OBERTI
Dr Natacha BOUHOURS	Dr Agnès DUVEAU	Dr Anna OLIVIER
Dr Gérard BOUSSICAULT	Dr Frédérique ECHARRY-BOUYX	Dr Morgane OLLIVIER
Dr Elise BOUTHRY	Dr Rogaltem FAGUER	Dr Hakima OUKSEL
Dr Philippe BOUYE	Dr Sara FILIPPINI	Dr Karine PATTIER SEYEUX
Dr Françoise BOYER	Dr Isabelle FOUCHARD	Dr Marc PIERROT
Dr Clémence BRECHETEAU	Dr Sozic GERGAUD	Dr Pascaline PRIOU
Dr Renaud BREHERET	Dr Sophie GODARDO	Dr Stéphanie PRIOUST
Dr Lucile BRUIERE	Dr Anna-Laurence GOURDIER	Dr Adriana PRUNDEAN
Dr Gilles BUTRILLLE	Dr Deborah IWANKOW	Dr Valérie RABIER
Dr Filippo CAPORILLI RAZZA	Dr Christian LABOUTE	Dr Petronella RACHERU
Dr Bruno CARNEIRO	Dr Matthieu LABRIFFE	Dr Brigitte RICARD MOUSNIER
Dr Laurent CATALA	Dr Caroline LAPOUILLE	Dr Clauzine SCHERER GAGOU
Dr Elodie CESBRON METVIER	Dr Françoise LARCHER	Dr Alexandra STOYANOV
Dr Emille CHAILLOU	Dr Christian LAVIGNE	Dr Cyril SARGENTINI
Dr Laurence CHAUSSERET	Dr Yannick LE CORRE	Dr Françoise TROUSSIER
Dr Valérie CHAUVIRE	Dr Ronan LE GALL	Dr Aurélie VANNEUR CAHOUIET
Dr Aline CLAVERT	Dr Hélène LE GUILLOU	Dr Sandy VRIGNAUD
Dr Laurent COLBUS	Dr Emile LE PAPE	Dr Marie Capucine WILLEMIN
Dr Fabienne COSTEROUSSIE	Dr Véronique LE PÉCHEUR	Dr Merzouka ZIDANE-MARINNES
Dr Maud COUSINI	Dr Jérôme LEBGOT	
Dr Mickaël DALLIGAULT	Dr Damien LEBLANC	
Dr Sophie DAMBRINE	Dr Anne LEBRETON	
Dr Carolina DARRI	Dr André LECLUSE	
Dr Astrid DARSONVAL	Dr Louis-Marie LEBER	
Dr Estelle DARVIOT	Dr Hélène LEIBER-VERMERSCH	
Dr Emile DE CARLI	Dr Bénédicte LELEUVRE	
Dr Julie DEBIASI LAIGLE	Dr Philippe LELOUP	
Dr Valérie DELBOS	Dr Didier LOISEL	

Contacts : nid@chu-angers.fr; lachausseret@chu-angers.fr; rsbreheret@chu-angers.fr; badeforme@chu-angers.fr

Angers



Angers

Brèves de la grève

UNE MOBILISATION PAS COMME LES AUTRES

COVID-19 oblige, la mobilisation des PH qui a débuté en janvier était limitée. Pas de rassemblement, pas de manifestation, et une activité hospitalière toujours très intense. Malgré tout, et sur tout l'hexagone, les praticiens hospitaliers ont su innover pour (tenter de) se faire entendre du ministre de la Santé. Alors que l'heure était aux discussions sur la vaccination et un éventuel reconfinement, la nouvelle grille salariale à deux vitesses aurait pu passer inaperçue, mais ça n'a pas été le cas. Les PH ont été très actifs sur les réseaux sociaux et ont d'ailleurs été très nombreux à relayer les flyers du SNPHARE (voir le dossier « Grève illimitée » sur le site du SNPHARE). Merci et bravo à tous!

UN MINISTRE ENTRE SILENCE ET MÉPRIS

Alors que le SNPHARE avait contacté le ministère et le ministre lui-même à de nombreuses reprises, alors que le préavis de grève avait été déposé en décembre, alors que le ministre avait lui-même déclaré que «le bon sens devait primer», malgré le dépôt d'un recours en Conseil d'État contre le décret du 28 septembre 2020, malgré le dépôt de milliers de recours gracieux auprès du Centre National de Gestion, bras armé du ministère pour «gérer» la carrière des PH, malgré une enquête montrant que 80 % des PH étaient mécontents, un silence plus qu'assourdissant n'en finit plus de s'installer. La grève illimitée a débuté le 11 janvier, et mise à part une réponse empreinte de mauvaise foi à l'Assemblée nationale quelques jours plus tard, alors qu'un député lui rappelait l'injustice qui frappait les PH, le ministre de la Santé a constamment fait la sourde oreille.

À VOS ARMES PARLEMENTAIRES !

Le SNPHARE et de nombreux PH ont pris contact avec certains députés pour porter l'affaire du reclassement sur le terrain politique. Afin que le combat des PH ne reste pas sans voix, mobiliser les politiques était l'un des enjeux de ce début d'année. Par courriers, mails, manifestes, de Perpignan à Angers, les PH ont pris l'initiative d'alerter leurs représentants car, comme nombre d'entre eux l'ont rappelé, ce n'est pas qu'une histoire de salaire, c'est une mesure qui accélère la fuite des médecins et la déliquescence de l'hôpital public à travers une injustice criante.

DES DÉLÉGUÉS ULTRA-MOTIVÉS

Annecy, Aix-en-Provence, Angers, Saint-Brieuc et tant d'autres... Autant d'hôpitaux où les délégués du SNPHARE ont fait un travail formidable. Investis depuis le début dans ce combat, ils ont su faire preuve d'abnégation et d'ingéniosité afin d'informer, de motiver et de rassurer leurs collègues. Le rôle des délégués a été essentiel, c'est grâce à eux que le SNPHARE a pu être en contact permanent avec les praticiens hospitaliers. Chacun a sa façon, ils ont tous apporté leur pierre à l'édifice. (Retrouvez les témoignages de deux délégués dans ce numéro p. 8)

SANS PRATICIEN, IL N'Y A PAS D'HÔPITAL DE DEMAIN

Le 15 janvier, le SNPHARE a lancé une pétition qu'il vous est toujours possible de signer ici¹. Un autre moyen d'alerter le plus de gens possibles et de se mobiliser sans se rassembler. On vous laisse découvrir quelques commentaires sous la pétition :

« C'est juste HALLUCINANT et DRAMATIQUE cette situation ! Tout mon soutien aux soignants. Il est temps d'agir et de donner de VRAIS moyens aux hôpitaux ! »

Bérengère Faure

« Je suis praticien hospitalier et demande un traitement équitable pour tous, sans distinction. La rétrogradation de deux échelons, subie, me scandalise. »

Marie-Laure De Malliard

« Je signe parce que je suis directement concerné, je suis en grève. Et je commence à être persuadé que l'on ne cherche pas à nous entendre. »

Sylvain Ortigues

« Le statut de PH est aujourd'hui indigne, et l'attitude du ministère est odieuse, il faut que cela change. »

Philippe Lasselin

1 - https://www.change.org/p/olivier-v%C3%A9ran-l-h%C3%B4pital-a-besoin-de-m%C3%A9decins-et-de-pharmaciens-7cc3708b-b807-438f-82fb-581605674fcb?recruiter=1175084293&utm_source=share_petition&utm

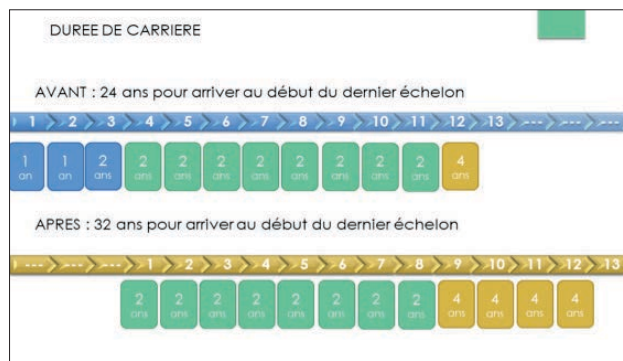
#RendezNousNos4ans!

En deux images, le reclassement des praticiens hospitaliers, que chacun connaît par cœur.

1. Un décalage de 4 ans d'ancienneté entre les praticiens hospitaliers nommés avant le 1^{er} octobre 2020 et les néo-nommés.

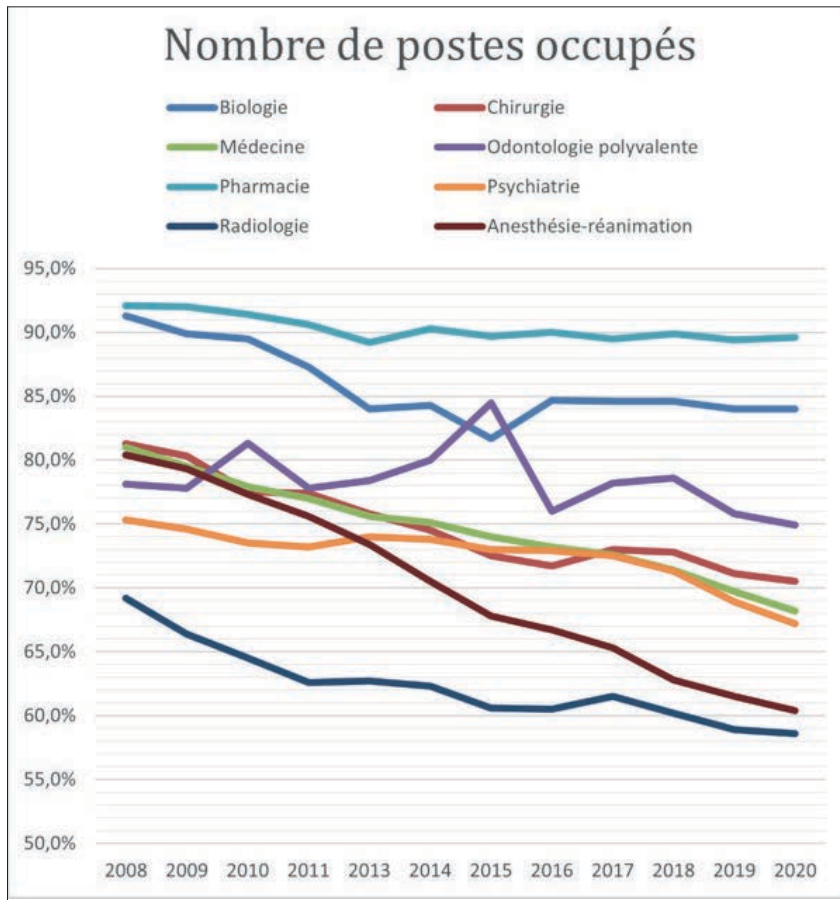
2. Une durée de carrière allongée : 32 ans pour arriver au dernier échelon pour les PH néo-nommés, et 36 pour toutes les autres... au lieu de 24 h !

Années comptabilisées	PH nommés avant 2020			PH 2020
	ancien échelon	échelon 01/10/2020	échelon 01/01/2021	échelon
De 36 ans et plus	13	10	13	13
De 32 ans à moins de 36 ans	13	10	12	13
De 28 ans à moins de 32 ans	13	10	11	12
De 24 ans à moins de 28 ans	13	10	10	11
De 20 ans à moins de 24 ans	12	9	9	10
De 18 ans à moins de 20 ans	11	8	8	9
De 16 ans à moins de 18 ans	10	7	7	8
De 14 ans à moins de 16 ans	9	6	6	7
De 12 ans à moins de 14 ans	8	5	5	6
De 10 ans à moins de 12 ans	7	4	4	5
De 8 ans à moins de 10 ans	6	3	3	4
De 6 ans à moins de 8 ans	5	2	2	3
De 4 ans à moins de 6 ans	4	1	1	2
De 2 ans à moins de 4 ans	3	1	1	2
De 1 an à moins de 2 ans	2	1	1	1
Moins d'un an	1	1	1	1



Et pourtant, l'hôpital se vide de ses médecins... .

On notera au passage l'inefficacité flagrante des mesures dites « d'attractivité » de 2017...



(Données issues des rapports statistiques annuels du Centre National de Gestion, nombre de postes de PH occupés)

Au minimum, les praticiens hospitaliers attendent une bonification de 4 ans d'ancienneté telle qu'elle a été donnée aux plus jeunes. Il s'agirait de créer une « mesure transitoire » complétant le décret du 28 septembre 2020, stipulant que les praticiens hospitaliers nommés avant le 1^{er} octobre 2020 bénéficient d'une bonification d'ancienneté de 4 ans (cette récupération d'ancienneté avait eu lieu lors de la modification de la grille salariale en 2000).

Au mieux, les praticiens hospitaliers souhaitent une prise en compte des années d'ancienneté « perdues », via l'application pour tous les praticiens hospitaliers (quelle que soit leur année de nomination) des articles R. 6152-15 et 4. 6152-17 en vigueur aujourd'hui. Cette mesure pourrait être réalisée dans le cadre d'un chantier « ancienneté » avec la Direction Générale de l'Organisation des Soins.

De multiples actions ont eu lieu, jusqu'à une grève des praticiens hospitaliers – grève rendue particulièrement invisible par le plateau haut hivernal COVID (impossibilité de manifester suite aux mesures barrières, et surtout présence indispensable des praticiens hospitaliers dans les établissements). Ces actions sont initiées par le SNPHARE et son intersyndicale Avenir Hospitalier/Action Praticiens Hôpital, et soutenues par la Conférence des présidents de CME, les collectifs (collectif inter-hôpitaux et collectif Santé En Danger), et même des syndicats faisant partie des organisations syndicales signataires du Ségur.

- Sollicitation « amiable » de la DGOS lors d'une rencontre informelle de l'intersyndicale Action Praticiens Hôpital (présence du SNPHARE) et lors des réunions du comité de suivi du Ségur et du Conseil Supérieur des Professions Médicales, aucune réponse;
- Courriers aux ministre des Solidarités et de la Santé, Premier ministre et à la Présidence de la République;
- Dépôt d'un recours en Conseil d'État contre le décret du 28 septembre 2020 par notre intersyndicale et par « Jeunes Médecins »;
- Demande de recours gracieux de chaque praticien hospitalier auprès du CNG à la suite de la réception de son arrêté individuel de reclassement (lorsque ceux-ci ont été distribués, ce qui n'est pas le cas partout) : plus de 8 000 recours arrivés au CNG; le CNG assume de ne pas répondre à ces recours, chaque praticien doit donc désormais faire un recours auprès du tribunal administratif*;
- Motions concernant la réforme de la gouvernance et la réforme des carrières médicales hospitalières, à l'initiative de la Conférence des Présidents de CME de CH plus de 350 motions ont été votées dans les CH, CHS et CHU, et remises au ministre des Solidarités et de la Santé;
- Dépôt d'un préavis de grève le 14 décembre 2020 pour une grève illimitée à partir du lundi 11 janvier 2021, et demande le 15 décembre 2020 d'un rendez-vous auprès de la Directrice de la DGOS pour résoudre la situation avant la grève:

- Pas de réponse de la DGOS;
- Appel téléphonique d'Olivier Véran le jeudi 7 janvier pour avertir que répondre à cette revendication aboutirait à une mesure illégale (!), chiffrage erroné de la mesure (plus de 2 milliards d'euros annoncés, soit plus de 5 fois le coût réel de la mesure), contre-proposition sur un autre sujet du Ségur « mais qui ne concernera pas tous les praticiens » en échange d'une levée du préavis de grève, refus de réunion, demande d'envoi de propositions: nous avons envoyé deux courriers (le 7 janvier au soir et le 10 janvier), courriers restés sans réponse, ni écrite, ni téléphonique;
- Dans ce contexte, démarche juridique en cours pour refus de dialogue social durant le préavis de grève et pendant la grève.
- Pétition en ligne : « L'hôpital a besoin de médecins et de pharmaciens », qui a recueilli plus de 35 000 signatures;
- Courriers collectifs des praticiens hospitaliers à leurs parlementaires; à la suite d'une rencontre avec des parlementaires proches du Premier ministre, un courrier sous forme de « note technique » est parvenu directement à Jean Castex début mars 2021;
- Saisine du Défenseur des droits.

Le refus de tout dialogue social – même pas une réunion en visioconférence! – au sujet de l'ancienneté est inadmissible, et contraire à la loi dans le cadre d'une grève. C'est pourquoi le SNPHARE a dû initier une nouvelle démarche juridique pour « refus de dialogue social pendant un préavis de grève » dont, à l'heure où nous écrivons ces lignes, nous n'avons pas l'issue.

AW

NB cet article est très largement inspiré de la note technique envoyée au Premier ministre.

* <https://snphare.fr/fr/blog/posts/reclassements-et-recours-au-tribunal-administratif>

Dialogue social : Acte 2

La judiciarisation : arme syndicale ou échec du gouvernement ?

Comme nous l'avons vu dans le précédent numéro, la notion de dialogue social est complètement dévoyée par le gouvernement en place, avec pour conséquences une judiciarisation de l'action syndicale.



« Le dialogue social est inexistant aujourd'hui. »

Emanuel Loeb est l'ancien président de l'ISNI, et est aujourd'hui président du syndicat Jeunes Médecins. Il a accepté de revenir avec nous sur son parcours syndical, et il répond également à nos questions sur le dialogue social, l'avenir du syndicalisme, les relations entre les syndicats et la justice.

PHARE: Pour quelles raisons vous êtes-vous engagé dans la voie syndicale ?

Emanuel Loeb: J'y suis arrivé un peu par hasard. J'ai commencé en m'engageant dans l'associatif et puis, au fur et à mesure de l'immersion dans le milieu de la représentation professionnelle, en voyant les témoignages de nombreux collègues en souffrance, une incapacité à faire évoluer le système, j'ai essayé de participer pour faire changer un peu les choses.

PHARE: Les syndicats n'ont pas toujours une image très positive, notamment dans le monde médical, comment l'expliquez-vous ?

Emanuel Loeb: Je pense que ce n'est pas propre au monde médical. Aujourd'hui, il y a une crise de la représentation professionnelle qui est liée à l'histoire de ces corps intermédiaires, parce qu'en France, la représentation syndicale est souvent associée à une coloration politique et les gens considèrent qu'en adhérant à un syndicat, ils exposent leurs opinions politiques aux autres. Deuxièmement, pour le corps médical, il y a, à l'hôpital, tout un tas d'instances collégiales du corps médical comme la CME par exemple, qui se présentent comme l'émanation d'une collégialité

médicale, alors qu'elles ne le sont pas. Cela biaise quelque peu les points de vue. Les médecins pensent qu'ils sont représentés au sein de la CME, alors que celle-ci n'a pas vraiment de statut pour les représenter. Selon moi, ces deux éléments expliquent en partie, la difficulté qu'ont les syndicats à émerger.

« La grève se prête assez mal au fonctionnement médical, en revanche la mobilisation est essentielle. »

PHARE: Quand on évoque les modes d'action syndicale, on pense souvent en premier lieu à la grève : croyez-vous (encore) à l'impact de ce genre d'action ?

Emanuel Loeb: Selon moi, cela a énormément d'impact, ça en a eu par le passé et ça aura toujours de l'impact. Lorsque j'étais président de l'ISNI, en 2012, nous avons engagé un mouvement de grève des internes, et de cette mobilisation ont découlé de nombreuses mesures en faveur des internes et de la communauté médicale : la question du temps de travail des internes et des médecins a été réellement posée. Il est vrai que la grève se prête assez mal au fonctionnement médical, en revanche, la mobilisation est essentielle, même si elle s'essouffle vite. Il faut aussi réussir à faire converger les divergences des uns et des autres, ce qui est assez compliqué, et surtout, on l'a vu avec le mouvement pour l'hôpital en 2018/2019 et la création du CIH, ces mobilisations n'amènent pas à des prises de paroles des structures syndicales représentatives.

Certaines mobilisations sont dévoyées par des structures qui sont clairement anti-syndicalistes, et les politiques se servent de ces personnes qui ne sont pas représentatives pour évincer les syndicats.

PHARE: Quels sont, pour vous, les modes d'action nouveaux/modernes/alternatifs sur lesquels les syndicats doivent s'appuyer pour faire entendre la voix de celles et ceux qu'ils représentent ?

Emanuel Loeb: Je crois qu'il faut pouvoir allier à la fois une force médiatique d'ampleur et en comprendre les déterminants, qui vont faire que la communauté va voir au-delà et que toutes les personnes concernées vont entendre le message. Il y aurait un contrepoids au discours de propagande politique. Durant le Ségur de la Santé, nous avons pu constater à quel point ce discours était puissant: le ministre de la Santé et le Premier ministre ont fait croire que la signature des accords avait été faite avec les syndicats majoritaires, ce qui est totalement faux. Il a été impossible pour nous de rectifier cela dans la presse, et d'engager un réel contre-feu. Et puis, les gens passent à autre chose. D'autre part, je pense qu'il faut aussi créer des services qui répondent à la demande des professionnels : un accompagnement quotidien pour tous ceux qui auraient besoin de nous.

PHARE: Pour un syndicat, mobiliser ceux qu'il représente n'est pas toujours facile, selon vous les actions de terrain ont-elles un réel impact sur les discussions/négociations avec les représentants du ministère? Selon vous l'action syndicale est-elle envisageable en dehors de ce diptyque historique ?

Emanuel Loeb: L'éternelle question: comment détacher du temps pour l'action syndicale sans forcément dériver vers des logiques carriéristes? Peu de personnes peuvent dégager du temps pour remplir des fonctions syndicales, et elles le font parfois aux dépens de leur vie personnelle, de leur carrière professionnelle. Comment fait-on pour permettre un réel engagement syndical, une réelle action syndicale auprès des employés/salariés, tout en rétablissant le totem du dialogue social? Car il est inexistant aujourd'hui. Il faudrait peut-être s'inspirer de ce qui se fait outre-Rhin. Il faut savoir que les Allemands sont obligés d'adhérer à un syndicat et donc d'y cotiser. Cela permet aux syndicats d'avoir des moyens. Ce qui nous fait défaut par rapport aux politiques

c'est le *backstage* administratif. Nous fonctionnons de bric et de broc, ce qui favorise la ploutocratie: les syndicats les plus forts sont les syndicats les plus riches.

PHARE: Avec Jeunes Médecins à quelles occasions avez-vous actionné le levier juridique? Pour quels résultats? Pour quelles raisons en êtes-vous arrivé à ce type d'action ?

Emanuel Loeb: Nous avons actionné le levier juridique trois fois au cours de l'année 2020. La première fois, pendant le premier confinement en mars 2020, nous avons déposé un référé liberté qui visait à préciser les modalités du confinement. Il y avait une absence complète du dialogue social, sur la question de la crise sanitaire entre les représentations professionnelles et les tutelles. Nous avons gagné. Puis, dans le cadre du Ségur, Olivier Véran nous avait exclus, nous avons donc refait un référé liberté et nous avons gagné; la première fois au tribunal administratif, ce qui a contraint le ministre de la Santé à nous réintégrer au sein des discussions. Après la signature, le ministère a intégré des discussions qui allaient au-delà des seuls protocoles d'accord signés qui visaient clairement à shunter le dialogue social. Nous avons attaqué encore une fois et, cette fois, c'est le Conseil d'État qui a condamné Olivier Véran à nous réintégrer aux groupes de discussion.

PHARE: L'avenir du syndicalisme passe-t-il par les actions juridiques ?

Emanuel Loeb: La justice est une institution fondamentale dans un État démocratique et de droit. Quand la justice et le Conseil d'État condamnent un ministre pour entrave au droit syndical, qui est un droit fondamental, c'est étonnant que cela n'ait pas de conséquences. Tout cela demande des moyens, nous remercions notre avocate Cornélie Durrleman, qui nous soutient dans toutes nos actions. Nous n'avons pas l'arsenal juridique du ministère de la Santé, c'est vrai, mais je pense que oui, les actions juridiques font partie intégrante du combat syndical.

Propos recueillis par Savéria Sargentini

« La justice est dotée d'outils efficaces, permettant d'agir rapidement. »



Cornélie Durrleman est avocate en droit public et connaît toutes ses branches, notamment celle de la fonction publique et de la responsabilité administrative. Elle maîtrise les techniques contentieuses devant les juridictions administratives, ce qui l'a amenée à représenter le syndicat Jeunes Médecins, puis l'union syndicale Action Praticiens Hôpital et le SNPHARE. Elle a accepté de répondre aux questions de la rédaction sur la relation entre les syndicats et la justice, ainsi que sur les leviers à disposition pour pouvoir le faire.

PHARE: Quelles sont les connaissances en droit particulières requises pour être avocate d'un syndicat? Cela nécessite-t-il selon vous, un engagement particulier?

Cornélie Durrleman: Disponibilité, compétences, conviction, dévouement, loyauté, confidentialité... sont les qualités qui font l'essence même du métier d'avocat et que je mets au service de tous mes clients. Dans le domaine de la santé, cela exige de connaître le milieu hospitalier pour commencer. Il faut également avoir des compétences en droit public et en procédure administrative contentieuse.

PHARE: Dans quelles circonstances un syndicat est-il amené à faire appel à vos services?

Cornélie Durrleman: Les syndicats font appel aux avocats pour mener des actions juridiques devant les juridictions, pour répondre aux questions des adhérents et pour réfléchir ensemble à leurs objectifs et à la manière de les concrétiser juridiquement.

PHARE: Quels sont les leviers juridiques que peut actionner un syndicat?

Cornélie Durrleman: Un syndicat peut agir en justice et il peut mener des négociations collectives au niveau national. À travers ses représentants dans certaines instances (le conseil supérieur des

personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques — CSPM par exemple), il peut donner son avis sur des projets de décret, il peut également déposer des préavis de grève.

PHARE: Le dialogue social n'est pas au mieux ces derniers temps, pensez-vous que ces leviers vont être destinés à être actionnés plus souvent à l'avenir?

Cornélie Durrleman:

Ces derniers temps, nous avons été amenés à saisir souvent la justice. Il est à craindre que cela continue

au vu des difficultés que les syndicats rencontrent à dialoguer avec le gouvernement.

PHARE: On dit souvent que le temps de la justice est un temps long, qui ne serait pas toujours compatible avec l'action syndicale... qu'en pensez-vous?

Cornélie Durrleman: C'est une vision réductrice de l'action syndicale et de la justice. Toute action syndicale n'est pas une action coup de poing, et la justice sait se montrer rapide, quand nécessaire. L'action syndicale s'inscrit dans la durée. Il faut du temps pour mener des réformes en profondeur.

Cela exige d'avoir une vision claire sur les objectifs souhaités, et ensuite de pouvoir mener des discussions et des négociations avec l'ensemble des parties concernées. Quant à la justice, elle s'est

« Un syndicat peut agir en justice, et il peut mener des négociations collectives au niveau national. »



dotée d'outils efficaces, permettant d'agir rapidement. Nous avons pu les actionner avec Jeunes Médecins. En quelques jours, le Syndicat Jeunes Médecins a été réintégré sur décision du juge du tribunal administratif de Paris aux négociations des accords Ségur en juin 2020.

En octobre 2020, nous avons réussi, devant le Conseil d'État, à intégrer Jeunes Médecins et APH aux groupes de travail post-Ségur dont ils avaient été exclus.

« Toute action syndicale n'est pas une action coup de poing, et la justice sait se montrer rapide, quand nécessaire. »

En novembre 2020, grâce à une nouvelle action devant le Conseil d'État, nous avons en une semaine fait réintégrer Jeunes Médecins dans la campagne pour les élections aux Unions régionales des professionnels de santé (URPS).

Propos recueillis par Savéria 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>

Vocation délégué !

Morgana est PH à l'hôpital d'Aix-en-Provence et Matthieu est PH au CH de Saint-Brieuc. Ils sont tous les deux délégués du SNPHARE, et ils ont accepté de nous raconter leur histoire avec le SNPHARE. Ce rôle, parfois méconnu, fait partie intégrante de la force d'un syndicat, ils nous racontent comment et pourquoi. Tous deux ont été élus au conseil d'administration en mars 2021.



PHARE: Depuis combien de temps êtes-vous délégué du SNPHARE et pourquoi avez-vous fait ce choix ?

Matthieu Debarre: Je suis délégué depuis 2018, j'avais adhéré au SNPHARE en 2015. À l'époque, il y avait un conflit avec la direction de l'hôpital de Saint-Brieuc et j'étais un peu seul face à tout ça. J'ai donc contacté le CA qui, compte tenu de mon engagement et de mon investissement, m'a proposé d'être délégué pour pouvoir mener cette action locale sereinement. L'idée était d'avoir les bons arguments dans ce conflit pour pouvoir défendre les collègues, car sans appui syndical c'est beaucoup plus compliqué, surtout dans ce genre de conflits. J'ai toujours été intéressé par la défense des autres et par la chose syndicale en elle-même, mais je dirais que c'est à ce moment-là que l'aventure a véritablement démarré.

PHARE: Comment avez-vous découvert le SNPHARE ?

Matthieu Debarre: J'étais interne en anesthésie à l'hôpital Georges Pompidou, et j'ai rencontré Patrick Dassier au bloc de chirurgie cardiaque. Au cours d'une discussion, il m'a parlé du SNPHARE. Plus tard, lorsque je suis devenu PH, je me suis vraiment intéressé à la question syndicale, et je me suis rappelé de lui et du SNPHARE. Cette rencontre a été le déclencheur de mon engagement, des années plus tard, un peu par hasard.

« Je voulais être actrice dans mon métier, et pas seulement absorber des informations sans réagir. »

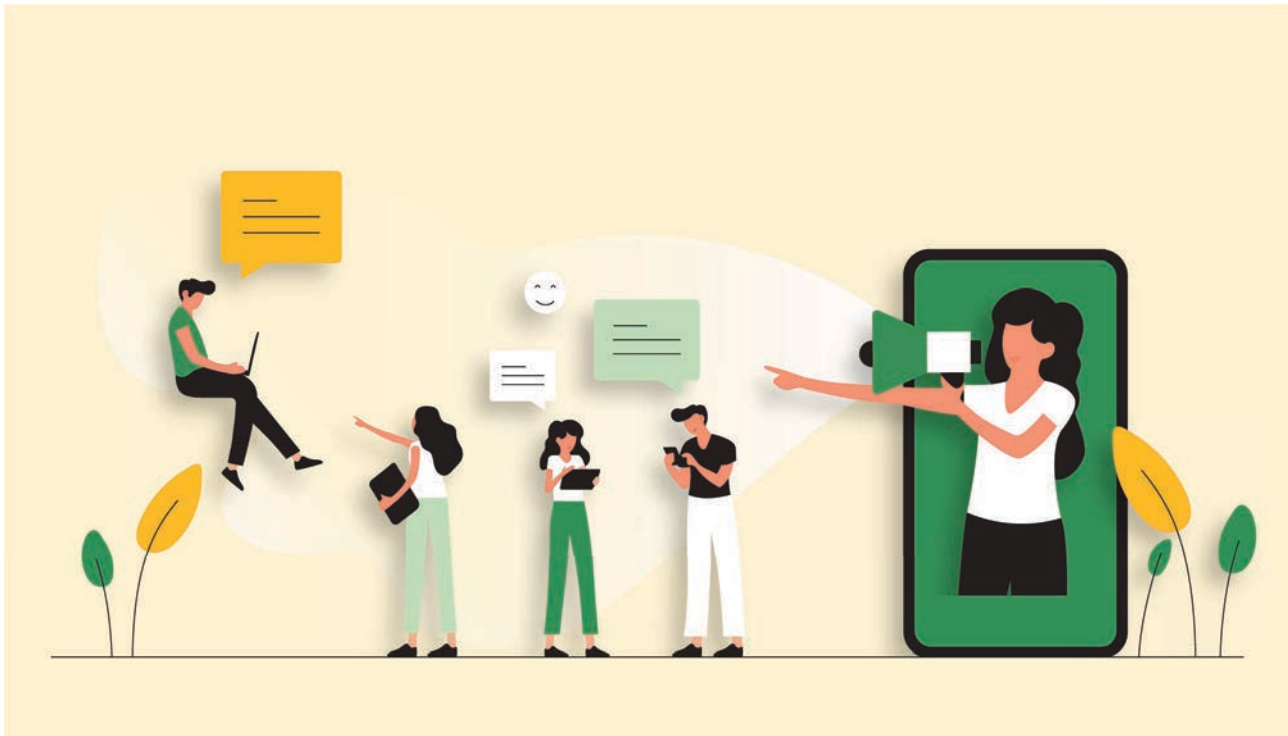
Morgana Jeantieu: J'ai découvert le SNPHARE grâce à mon collègue Frédéric Bourgeois, qui est retraité aujourd'hui, mais qui était délégué du SNPHARE à l'époque. Je suis PH depuis 2012 et j'ai débuté à l'hôpital d'Aix en 2016, j'ai adhéré au SNPHARE cette année-là. C'est lui qui m'a parlé du syndicat et de ses actions, il m'a mis le pied à l'étrier.

Morgana Jeantieu: Je me suis rendu compte qu'il y avait énormément de PH au sein de mon service qui n'étaient pas au courant des choses basiques: les astreintes, les récup, le décompte du temps de travail, le statut. Je ressentais un besoin d'information venant des collègues, et je me suis dit

que ça pouvait vraiment être utile de devenir déléguée. Je pense qu'il est primordial, lorsque l'on est PH, d'avoir de l'aide et des informations vérifiées, et le délégué est là pour ça. Plus personnellement, j'ai toujours été très organisée, je n'aime pas subir les choses et je tente toujours de comprendre. Je voulais être actrice dans mon métier, et pas seulement absorber des informations sans réagir.

PHARE: Quel est votre rôle au quotidien en tant que délégué syndical ?

Matthieu Debarre: Je crois que le rôle premier



du délégué est de relayer la parole du syndicat : le contenu des newsletters par exemple. Il faut essayer d'être didactique, de faire du « tri » pour parvenir à intéresser les gens. Il faut également informer les collègues en leur parlant, ce qui n'est pas toujours facile. Il faut du temps. Il y a un rôle de défense aussi et un rôle d'écoute : certains collègues ont des conflits avec la hiérarchie, certains sont en demande d'informations statutaires et nous sommes là pour faire le lien, pour aller à la pêche aux infos et les aider à ce niveau-là. Par exemple : il y a eu des rappels de salaire sur des astreintes dites surpayées dans mon hôpital, ils se servaient sur les feuilles de salaire à coup de 500 ou 1 000 euros. À l'époque j'étais déjà étiqueté SNPHARE, donc les collègues sont venus me voir, et je me suis renseigné avec les autres membres du CA. Il s'est avéré que ce n'était effectivement pas normal, j'ai prévenu la direction des affaires médicales et ces prélèvements se sont arrêtés.

Morgana Jeantieu : Informer les collègues dans un premier temps et faire le relai également avec l'administration. Certains PH qui travaillent dans d'autres hôpitaux m'ont contactée pour des fins de contrat, etc. J'ai commencé à communiquer en tant que déléguée sur le temps additionnel TTA de jour et de nuit. J'ai fait des recherches grâce au

SNPHARE, et une fois que j'avais tous les textes nécessaires, je me suis présentée devant la commission des affaires médicales, je leur ai dit que j'étais déléguée : et grâce à ça, deux mois plus tard, c'est passé à la CME. Donc le délégué a une réelle crédibilité, ce qui permet aux collègues de pouvoir nous solliciter via le syndicat qui est un organisme officiel.

PHARE : Comment le SNPHARE vous aide dans votre mission ?

« Sans les syndicats, c'est la porte ouverte à toutes les dérives. »

Matthieu Debarre : Les membres du CA sont toujours à l'écoute. Ils nous répondent toujours, quel que soit le sujet. En cas de problème, il faut les contacter sans hésiter en tant que délégué. Ils sont des « mines d'or » d'informations. Ils savent toujours vers qui se tourner pour avoir les bonnes informations. Ce sont des personnes qui ont envie d'aider les autres et qui n'hésitent pas à le faire. Ils ont de l'expérience et en font profiter les délégués sur le terrain pour avoir le plus d'impact possible sur tous les sujets qu'on peut imaginer.

Morgana Jeantieu : J'ai toujours pu compter sur le CA, leur poser toutes les questions nécessaires. Ils sont de très bon conseil. Ils ont un véritable rôle de lien, de transmission, car ils ont de l'expé-

rience sur tous les sujets qui concernent directement les PH.

PHARE: Les PH ont été en grève pendant plus d'un mois, la mobilisation s'est organisée un peu partout en France, comment avez-vous géré et appréhendé cette période dans votre établissement ?

Matthieu Debarre: J'ai commencé à parler du reclassement des PH très rapidement autour de moi. J'ai essayé de faire passer des flyers de manière synthétique, pour attirer l'attention des gens sur le sujet et ne pas donner l'impression d'être trop pressant. Saint-Brieuc n'est pas un hôpital qui se mobilise d'habitude, mais cette fois-ci le sujet a été mobilisateur. Quand on explique clairement ce que cette réforme entraîne, ceux que j'entendais dire que les « syndicats ne servaient jamais à rien » sont revenus sur leurs propos et ont compris l'importance des syndicats, des représentants syndicaux. J'ai beaucoup communiqué via la CME où je suis élu.

Morgana Jeantieu: J'ai transmis toutes les informations du SNPHARE au fil de l'eau, je suis allée discuter avec les collègues et j'ai communiqué par mail également avec eux. La grève a mobilisé pas mal de monde au sein de mon hôpital, ce qui est

assez rare à Aix. Ce sujet est vraiment rassembleur et les collègues étaient en demande d'informations par rapport à cela.

PHARE: Que diriez-vous à un collègue qui hésite à se lancer dans l'aventure syndicale ?

Matthieu Debarre: Les syndicats ont fait que nous ne soyons pas « esclaves » de notre travail aujourd'hui. Ils sont et resteront toujours utiles, car nous n'aurions rien du tout sans eux. Sans les syndicats, c'est la porte ouverte à toutes les dérives. C'est une grande famille bienveillante, toujours aidante, à l'écoute des autres: il ne faut surtout pas hésiter à les rejoindre pour participer à l'entraide entre tous.

Morgana Jeantieu: On peut toujours avoir besoin des conseils de son syndicat. L'aide morale et logistique est réelle. Je dirais que l'hôpital a plus que jamais besoin de gens qui le défendent, et nous avons besoin de tout le monde pour ça, alors sautez le pas!

Propos recueillis par Savéria Sargentini



CONSEIL D'ADMINISTRATION DU SNPHARE 2021

Après l'assemblée générale du 12 mars 2021, qui a eu lieu en visio conférence, le SNPHARE a élu son nouveau conseil d'administration. Tous ses membres sont toujours aussi motivés pour assurer La défense de l'hôpital public et de ses praticiens.

Bienvenue aux deux nouveaux administrateurs : Morgana Jeantieu et Matthieu Debarre.

Le Ségur à l'heure des travaux pratiques...

A propos du Ségur de la Santé, la rédaction se devait de revenir sur l'évolution des statuts de PH et de contractuel, le concours national de praticien hospitalier, le recrutement et la gouvernance. Ces sujets ont été abordés dans les discussions depuis juillet 2020, mais ils vont être à nouveau soumis à l'arbitrage ministériel.

Le Ségur comportait 4 piliers :

- Carrières et rémunérations
- Financement
- Simplification de la gouvernance
- Territoires

Le protocole d'accord du Ségur sur les carrières et rémunérations a pris à son compte les thématiques sur lesquelles des « négociations » avec les organisations syndicales avaient débuté en 2019. C'est une des raisons pour laquelle notre intersyndicale a exigé de participer au comité de suivi du Ségur – et il a fallu, pour cela aussi, aller au tribunal pour faire entendre raison au ministère (Conseil d'État, 19 octobre 2020).

Des textes : lois, ordonnances, décrets sont en train de paraître, et donc soumis encore à des arbitrages du ministère. Vont donc être décrites ici les principales lignes des sujets déjà travaillés depuis juillet 2020 : évolution des statuts de PH et de contractuel, concours national de praticien hospitalier et recrutement, gouvernance.

STATUT DE PH

- Les statuts de PH temps plein et temps partiel évoluent vers un statut unique de PH : *exit* les temps pleins et les temps partiels, nous serons tous PH avec une quotité de temps variable : 50 à 100 %. Ce nouveau format ouvre un accès large à l'exercice mixte intra- et extra-hospitalier, et correspondrait notamment à une attente des plus jeunes.

Dans ce cadre, ont été travaillés :

- La clause de non-concurrence pour l'activité extra-hospitalière ;
- L'ouverture des droits à activité libérale intrahospitalière à certains praticiens non « temps plein » et sa localisation (hôpital d'affectation, GHT) ;
- Les modalités des activités d'intérêt général (qui ne devraient pas subir de modification) ;
- La création des valences non-cliniques.

- Outre la revalorisation « Ségur » de l'IESPE, diverses primes évoluent ou voient le jour :
 - La prime d'exercice territoriale est revue à la hausse ;
 - Une prime de solidarité territoriale est créée : il s'agit en fait de l'« autorisation » de pouvoir travailler au-delà d'un temps plein dans d'autres établissements : du TTA externe, en quelque sorte... rémunéré de manière probablement juteuse, incitant à une course à l'échalote au mépris de la santé au travail des praticiens.
- Quelques avancées sociales concernant la parentalité et les congés annuels dans le cadre des congés maladie ont été inscrites dans le décret (cf. page 17, article sur les avancées sociales).

Les réunions ont davantage été des discussions autour de décisions déjà prises par le ministère que des négociations, les demandes mêmes issues de l'ensemble des intersyndicales n'étant pas retenues. En outre, et nous l'avons fait remarquer de manière vigoureuse et itérative, les vrais sujets de l'attractivité de la carrière hospitalière ont été soigneusement évités : temps de travail et ses modalités de décompte ; permanence des soins : 24 h = 5 DJ, rémunération, prise en compte de la pénibilité ; formation...

Il s'agit donc d'avancées insuffisantes, sinon dangereuses et non attractives.

C'est la raison pour laquelle le décret présenté au CSPM a reçu un avis défavorable de l'ensemble des représentants des PH de notre intersyndicale – donc majoritaire – les autres intersyndicales ayant approuvé ces mesures.

CONCOURS DE PRATICIEN HOSPITALIER ET RECRUTEMENT

- Toutes les représentations syndicales de praticiens hospitaliers ont réaffirmé la nécessité du maintien d'un concours, national, présentiel, et d'une nomination nationale des praticiens.

- Les évolutions sont principalement des simplifications, en lien avec l'évolution des technologies. Des groupes de travail organisés par le Centre National de Gestion sont en cours: il s'agit d'accélérer l'accès au concours de PH dès la sortie de l'internat, de supprimer le concours de type 2, de faciliter les recrutements « au fil de l'eau ».

STATUT DE PRATICIEN CONTRACTUEL

Le statut de contractuel devient un statut « unique »... mais divisé en quatre catégories! Il permettra l'exercice à l'hôpital de la «vacation» au futur-ex-statut de praticien clinicien, en passant par le poste en attente de passer le concours de PH ou de remplaçant. *Exit* les échelons, à ces quatre catégories correspondent des rémunérations qui ont chacune des bornes minimales et maximales, qui seront directement négociées par chaque praticien avec l'employeur. **Nous sommes bien dans l'évolution ultralibérale de l'hôpital public...**

« Le statut de contractuel devient un statut « unique » ... mais divisé en quatre catégories »

GOVERNANCE

C'est une des grandes attentes des praticiens: une remédicalisation de la gouvernance, c'est-à-dire une restitution des décisions des organisations médicales aux professionnels de santé. Le Ségur devait tirer les leçons de la première vague COVID: l'une des principales caractéristiques du début de la pandémie, c'est la réorganisation de l'hôpital de manière ultra-rapide et terriblement efficace pour la prise en charge d'un afflux de patients.

« C'est une des grandes attentes des praticiens: une remédicalisation de la gouvernance »

Malheureusement, l'orientation de la réforme de la gouvernance n'en prend pas le chemin: il s'agit de renforcer les GHT et leurs commissions médicales de groupement (CMG), au détriment des établissements; la médicalisation de la gouvernance est réduite à l'augmentation de la participation du seul président de la CME/CMG dans les décisions. Cette réforme ne marquera pas l'arrivée de la démocratie dans l'hôpital: pas d'espace de dialogue social local pour les médecins (pourtant promis il y a quelques mois), pas d'élection des chefs de pôle et de service

par les praticiens du service. Il ne restera comme véritable progrès que la réhabilitation des services, qui avaient « disparu » depuis la loi HPST. Ces décisions sont inscrites dans un projet parlementaire de loi (PPL) « Rist » et dans une ordonnance, qui a été retoquée à deux reprises de manière unanime par les organisations représentatives des praticiens au Conseil Supérieur des Professions Médicales, alors qu'il est approuvé à l'unanimité par les représentants de la gouvernance... **il devrait y avoir de quoi s'interroger, non ?**

En bref... des évolutions qui ne sont absolument pas à la hauteur du Ségur, lequel devait tirer des enseignements de la création et du fonctionnement

des « hôpitaux COVID » de la première vague. Des praticiens dont on ne prend pas en compte l'avis. Pire encore, la déconnexion entre le ministère et le terrain est telle que, à notre sens, l'orientation qui est prise va continuer à vider l'hôpital public de ses professionnels de santé au lieu d'améliorer nos conditions de travail avec les patients et en équipe.

Dernière minute: deux ordonnances sont parues au Journal Officiel le 17 mars, concernant la gouvernance et le statut¹.

AW

Les propositions du SNPHARE sont dans le livre blanc du Ségur « L'hôpital demain » et sur sa plate-forme: <https://snphare.fr/fr/blog/posts/demain-lhopital---le-livre-blanc-du-snp-hare-et-la-trahison-du-segur-de-la-sante>

Il serait bien qu'un jour (le plus tôt possible), certains s'y intéressent réellement.

¹ - à consulter ici: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORF-TEXT000043261466> et ici <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORF-TEXT000043261453>

Quelques avancées sociales...

Le dernier trimestre 2020 a vu quelques avancées sociales pour les praticiens hospitaliers. Il s'agit pour la plupart d'une extension de mesures données aux fonctionnaires: soit les PH sont embarqués dans ces décrets, soit des décrets modificatifs sont prévus. Tous ces textes nous ont été présentés au Conseil Supérieur des Professions Médicales, nous allons parler ici: du «congé proche aidant», du don de jours aux parents endeuillés, de l'amélioration des modalités de disponibilité pour élever un enfant, du report des congés annuels en cas d'arrêt maladie.

CONGÉ PROCHE AIDANT¹

Qui est concerné ?

Tous les personnels médicaux des établissements publics de santé c'est-à-dire tout praticien, statutaire ou contractuel, hospitalier ou hospitalo-universitaire.

Dans quelles circonstances ?

Handicap ou perte d'autonomie d'une particulière gravité auprès d'un proche (conjoint, concubin, partenaire pacsé, ascendant, descendant, enfant à charge, collatéral jusqu'au 4^e degré, ascendant/descendant/collatéral jusqu'au 4^e degré du conjoint/concubin/partenaire pacsé, «personne âgée ou handicapée avec laquelle il réside ou entretient des liens étroits et stables et à qui il vient en aide de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, dans les actes et activités de la vie quotidienne»).

Combien de temps ?

3 mois renouvelables, dans la limite d'un an sur toute la carrière, selon la ou les modalités suivantes :

- Pour une période continue;
- Pour une ou plusieurs périodes fractionnées, chaque période durant au moins une journée;
- Sous la forme d'un temps partiel.

Quelle démarche ?

- Première demande au chef d'établissement:
- Au moins un mois avant le début du congé;
- Dates prévisionnelles du congé et modalités d'utilisation (cf. supra): ces dates et modalités sont modifiables par le praticien avec un préavis d'au moins 48 heures;

- Pièces justificatives de la demande de congé:
- Déclaration sur l'honneur du lien familial avec la personne aidée;
- Déclaration sur l'honneur de l'absence de recours préalable à ce congé, ou le cas échéant durée pendant laquelle ce congé a déjà été utilisé;
- Dans le cas du handicap: copie de la décision d'un taux d'IPP > ou = à 80 %;
- Dans le cas de la perte d'autonomie: copie de la décision d'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie.
- En cas de renouvellement: demande 15 jours avant le terme du congé.
- En cas d'urgence: les délais pour débiter ou renouveler la demande sont réduits à néant et la justification du motif est communiquée sous huit jours au chef d'établissement; les motifs d'urgence reconnus sont:
 - Dégradation soudaine de l'état de la santé de la personne aidée;
 - Situation de crise nécessitant une action urgente du proche aidant;
 - Cessation brutale de l'hébergement en établissement dont bénéficiait la personne aidée.

Le chef d'établissement peut-il refuser ce congé ?

En théorie, oui, mais c'est peu probable en pratique.

Le praticien peut-il interrompre le congé ?

Oui, dans les circonstances suivantes:

- décès de la personne aidée;
- admission de la personne aidée dans un établissement;
- diminution importante des ressources du praticien;
- recours à un service d'aide à domicile;
- congé proche aidant pris par un autre proche de la famille;

¹ -<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042637233>



- et lorsque l'état de santé du praticien le nécessite.

Le délai de prévenance est de 8 jours en cas de décès de la personne aidée. Dans les autres cas, le praticien avertit le chef d'établissement au moins quinze jours avant la date prévue d'interruption du congé.

Quelle rémunération ?

Aucune; en revanche, vous bénéficiez d'une allocation (décret 2020-1208 du 1^{er} octobre 2020)... confidentielle: 43,83 à 53,08 euros par jour, 22 jours par mois.

Quelles conséquences pour le poste du praticien ?

«Le praticien titulaire reste affecté dans son emploi et le praticien recruté au titre d'un contrat conserve le bénéfice de son engagement ou de son contrat pendant la durée de son congé de proche aidant.»

Notre avis :

Ce texte a été voté à l'unanimité (représentation des organisations syndicales et du collège «employeurs»); si la compensation financière est assez discrète, la possibilité d'interrompre ou de modifier les modalités de son activité dans un délai très court, sans perdre son poste, est un gain social indiscutable.

DON DE JOURS AUX PARENTS ENDEUILLÉS

Le décret est paru le 9 mars 2021². Il donne la possibilité à chaque praticien de donner des jours de congés à un collègue dont l'enfant de moins de vingt-cinq ans est décédé. La demande de don doit être faite par le collègue (qui n'est pas forcément un praticien) concerné, et est limitée au total (cumul de dons) à quatre-vingt-dix jours, à prendre de manière continue ou fractionnée dans l'année qui suit le

2 - <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043231977>

décès. Pendant ce temps, le collègue est rémunéré. Le donateur doit conserver au minimum 4 semaines de congés par an.

REPORT DES CONGÉS ANNUELS NON PRIS EN CAS DE CONGÉ MALADIE

Il s'agit d'un combat du SNPHARE, porté par notre ancien président Michel Dru et enfin gagné : les congés annuels non pris en cas de congé maladie seront désormais reportés, dans la limite de quatre semaines, à compter de quinze mois après la date de reprise – et, en cas de non-reprise, ils seront indemnisés. Cette disposition sera effective dès la parution de ce nouvel article R 6152-35-3 au Journal Officiel.

DISPONIBILITÉ POUR ÉLEVER UN ENFANT ET CONGÉ PARENTAL

Il s'agit de l'extension de mesures qui ont été données pour les fonctionnaires dans le décret n° 2020-529 du 5 mai 2020. Dès la parution de ce décret, le SNPHARE avait demandé à notre intersyndicale d'agir auprès de la DGOS pour étendre cette mesure aux praticiens hospitaliers: cela devrait être chose faite... dès parution de la modification du décret de PH.

Dans le cadre du congé parental :

- Le praticien conserve désormais ses droits à l'avancement d'échelon.
- Dans le cas de naissances multiples, le congé parental peut être prolongé jusqu'à l'entrée à l'école maternelle des enfants.
- Dans le cas de naissances multiples > 3 enfants ou d'arrivée simultanée de trois enfants dans le cadre de l'adoption, le congé parental peut être prolongé jusqu'au sixième anniversaire du plus jeune enfant.

Dans le cadre de la disponibilité pour élever un enfant :

- L'âge plafond de l'enfant passe de 8 à 12 ans (et pas de limite d'âge dans le cas d'un enfant lourdement handicapé);
- La durée maximale de la disponibilité passe de deux à trois années, renouvelables dans la limite d'une durée totale de neuf années;
- Le temps passé en disponibilité est pris en compte dans l'avancement, dans la limite de cinq années.

AW

Le Service d'Accès aux Soins (SAS): comment et pourquoi ?

Coordination, entraide et désengorgement des urgences : le SAS a été pensé pour atteindre ces objectifs. Le Dr Anouar Ben Hellal fait le point dans PHARE sur ce dispositif, sa naissance et la situation qui l'a engendré.

POURQUOI LE SAS ?

L'évolution actuelle de la demande de soins non programmés porte autant sur une augmentation de volume que sur sa nature. En ce qui concerne l'activité, les chiffres parlent d'eux même, plus de 20 millions de passages par an aux services d'accueil des urgences et plus de 30 millions d'appels au SAMU par an au niveau national. Quant à la nature des soins, les missions assurées par les structures d'urgence se sont décentrées vers la prise en charge des complications des pathologies chroniques et des problématiques médico-sociales. En effet, le rapport du Pr Steg¹ a conditionné depuis 1993 l'évolution de la médecine d'urgence par ses grandes orientations, qui portaient notamment sur la professionnalisation médicale aux urgences, sur l'organisation de la régulation médicale, sur les « synergies » et échanges entre l'activité intra- et extrahospitalière, sur l'évaluation de la qualité des soins et sur la qualité de la formation des médecins. Vingt ans plus tard, le nombre de patients vus aux urgences est passé de 7 millions en 1992 à plus de 20 millions en 2017. L'activité des SAMU a suivi la même évolution. Le nombre et la nature de la demande de soins non programmés ont évolué, tant pour des raisons sociétales que pour des raisons de démographie médicale qui impacte la médecine de ville.

Comme le précise le rapport Cohen², les missions assurées par les structures d'urgence se sont décentrées vers la prise en charge des complications des pathologies chroniques et vers des problématiques d'ordre médico-sociales de plus en plus prégnantes. Ce constat ne doit pas être subi comme une fatalité, les structures d'urgence ne peuvent pas continuer à être une orientation par défaut. Les acteurs existent, ils sont de tous horizons : personnels de l'hôpital, médecins et soignants de ville, structures

médicosociales, réseaux de soins, hospitalisation à domicile (HAD). Une démarche collaborative entre la médecine de ville et l'aide médicale urgente (AMU) est plus que jamais une impérieuse nécessité. Les objectifs du SAS visent, par un travail de coordination multi-disciplinaire, à éviter les ruptures de parcours des patients complexes, à favoriser le maintien à domicile et à réorienter les patients vers la ville après un recours à l'hôpital.

C'EST QUOI LE SAS ?

Le SAS a été annoncé le 9 septembre 2019 par le ministère de la Santé comme une mesure du Pacte de refondation des urgences. Ce service doit répondre à la demande de soins vitaux, urgents et non programmés, et doit offrir à chaque territoire une prise en charge plus lisible et coordonnée entre la ville et l'hôpital. Accessible partout en France et à toute heure, le SAS doit permettre à tous les patients de disposer d'une réponse à toute demande de soins. L'objectif est de définir un nouveau service d'orientation et de guidage dans le système de santé, simple et accessible à tous. Le SAS permettra dans cette nouvelle organisation, à toute personne ayant un besoin de santé urgent ou n'ayant pas de médecin traitant disponible et nécessitant un soin non programmé d'accéder à distance, de manière simple et lisible, à un professionnel de santé. Celui-ci pourra lui fournir un conseil ou une orientation selon son état vers une consultation non programmée en ville ou à l'hôpital, vers un service d'urgence ou déclencher une intervention d'un service mobile d'urgence et de réanimation ou de toute autre équipe pré-hospitalière. Le SAS est fondé sur un partenariat étroit et équilibré entre les médecins de ville et les professionnels de l'urgence hospitalière des SAMU, en lien avec les services de secours. Il repose sur une régulation commune des appels pour prendre en charge les urgences et les demandes de soins non programmés. Pour cela, il associe la régulation médicale du SAMU et une régulation territoriale libérale adossée à une plateforme digitale.

1 - Steg A (1993) Commission nationale de restructuration des urgences (CNRU) : Rapport sur la médicalisation des urgences. CNRU, Paris.

2 - Cohen L, Génisson C, Savary RP (2017) Sénat : Rapport d'information n° 685 : Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>

RÉGIONS	TERRITOIRES
Auvergne-Rhône-Alpes	38 - Isère
	69 - Rhône
	73 - Savoie
Bourgogne-Franche-Comté	21, 58 - Côte d'Or & Nièvre
Bretagne	29 - Finistère
	35 - Ille-et-Vilaine
Centre-Val de Loire	36 - Indre
	37 - Indre-et-Loire
Grand-Est	57 - Moselle
Hauts-de-France	59 - Nord
	80 - Somme
Île-de-France	75, 92, 93, 94 - Paris et petite couronne
	78 - Yvelines
La Réunion	974 - La Réunion
Martinique	972 - Martinique
Normandie	50 - Manche
	76 - Le Havre
Nouvelle Aquitaine	16 - Charente
	33 - Gironde
	86 - Vienne
Occitanie	31 - Haute-Garonne
Pays-de-la-Loire	44 - Loire-Atlantique

Sites pilotes retenus pour préfigurer le SAS

Ce service ne doit surtout pas venir en substitution de l'accès au médecin traitant ou des organisations territoriales qui se mettent en place comme les CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) pour la gestion des soins non programmés, il doit être un complément.

DISCUSSION : LE SAS EST-IL SUFFISANT POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS NON PROGRAMMÉS ?

L'objectif de la démarche doit être plus large car il est fondamental d'améliorer le parcours du patient en luttant contre les ruptures de parcours. Savoir gérer le parcours de soins en amont et en aval de l'hôpital est un axe de travail fondamental. La vision des parcours de soins doit s'inscrire dans une prise en charge coordonnée en réseau :

- Réseaux médico-sociaux ;
- Réseaux gériatriques ;
- Réseaux psychiatriques ;
- Réseaux soins palliatifs ;
- Réseaux handicap ;
- Réseaux patients complexes et consultations spécialisées.

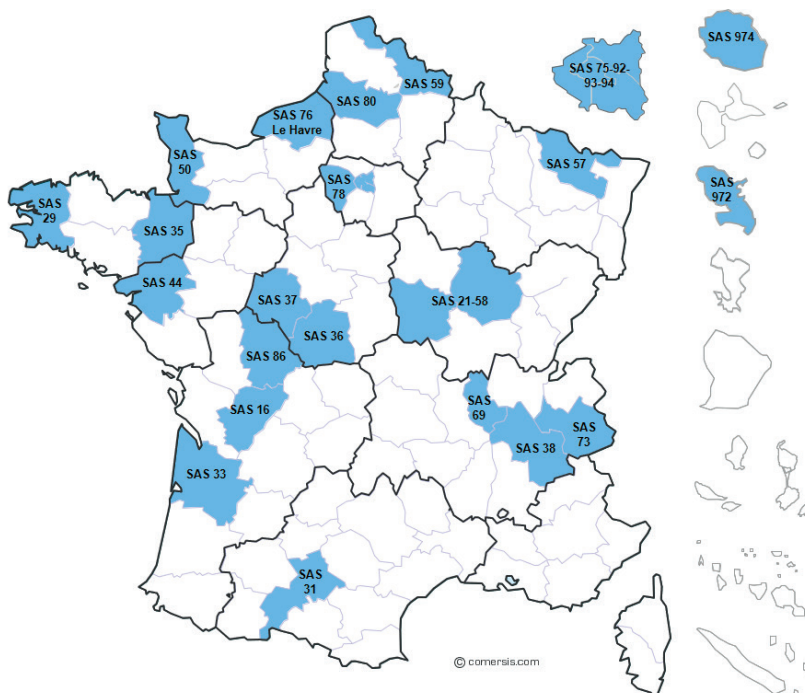
En lien direct avec le SAS, la création d'une plateforme territoriale d'appui semble indispensable. En effet, l'idée étant de mettre à disposition des soignants de ville une plateforme territoriale d'appui chargée de faciliter la coordination des différents acteurs des filières de soins. Dans ce cadre, les notions d'anticipation et de temporalité sont essentielles. Centré sur la pertinence du parcours de soin, le SAS doit ambitionner d'intégrer une plateforme de coordination ville-hôpital qui travaille en étroite collaboration avec le pôle de l'urgence de chaque établissement de soins, et les médecins et soignants libéraux du département autour de quatre principaux objectifs :

- Éviter les ruptures de parcours des patients complexes.
- Favoriser le maintien à domicile.
- Réorienter les patients ne nécessitant pas une hospitalisation vers des prises en charge en ville et/ou médico-sociales.
- Stabiliser à terme le nombre de recours aux urgences.

Cette dynamique correspond à un travail de coordination multidisciplinaire qui consiste à passer d'une organisation fonctionnelle des soins, construite

CALENDRIER DE DÉPLOIEMENT DU SAS

Vingt-deux sites pilotes ont été retenus pour préfigurer le service d'accès aux soins. L'expérimentation a débuté dès janvier 2021 pour s'étendre jusqu'au dernier trimestre 2021. Elle permettra de définir les modalités de la généralisation du SAS sur l'ensemble du territoire avec tous les acteurs du système de santé.



Déploiement du SAS sur le territoire

autour d'une spécialisation disciplinaire à une coordination pluripartenariale, plurisectorielle et pluriprofessionnelle.

DES QUESTIONS QUI SUBSISTENT...

Il est difficile à ce stade de déploiement de se faire une idée précise du fonctionnement du Service d'Accès aux Soins. Chaque département étant différent en offre de soins, l'organisation sur chaque territoire sera différente, le véritable challenge du SAS sera de savoir comment fédérer tous les acteurs de soins d'un territoire. Le SAS ne doit pas être une « fausse bonne solution ». Sans implication forte de chaque acteur, les difficultés de prise en charge des patients nécessitant des soins non programmés perdureront.

Le SAS se déploie et couvrira 40 % du territoire cette année, néanmoins beaucoup de questions subsistent :

- Les financements seront-ils à la hauteur des projets ?
- Les ressources matérielles et humaines seront-elles en adéquation avec les nouvelles organisations ?
- Le SAS peut-il améliorer les problématiques de désertification médicale ?

- Le manque de praticiens à l'hôpital, comme en ville n'est-il pas une limite à la prise en charge coordonnée des patients ?

Le recours à l'hospitalisation en filière gériatrique, psychiatrique, de patients complexes etc., peut faire partie du parcours de soin, quand cela est nécessaire. Cette disponibilité se heurte à la politique de réduction drastique des lits d'hospitalisation.

L'attente est grande, les praticiens à l'hôpital comme en ville, quelles que soient leurs spécialités, sont attachés à des parcours de soins pertinents et coordonnés avec une prise en charge légitime de qualité et de sécurité pour les patients qu'ils soignent. Leur investissement sera sûrement à la hauteur de leur conviction. Le financement du SAS et des plateformes territoriales d'appui doit être en adéquation avec l'attente des professionnels comme des patients, sous peine d'être une « mesure de plus » sans moyens.

*Anouar BEN HELLAL,
Secrétaire Général Adjoint SNPHARE*

Le concours de Praticien Hospitalier, *since* 1984

Tout ce qu'il faut savoir sur le concours de praticien hospitalier est dans ce papier ! C'est Raphael Briot, administrateur du SNPHARE, revient pour vous sur cet examen qui ne ressemble pas vraiment à un concours en réalité... Entre histoire et actualité, le concours de praticiens hospitalier est disséqué et expliqué !

POUR LA PETITE HISTOIRE...

Depuis la création du statut de Praticien Hospitalier en 1984, les modalités de recrutement des PH n'ont cessé d'évoluer.

Le terme de « concours » n'est en fait guère approprié à cette épreuve puisqu'il n'y a pas un nombre limité de candidats à admettre et qu'il s'agit en fait d'accepter (ou pas) d'inscrire les candidats sur une liste d'aptitude aux fonctions de Praticiens Hospitaliers. Une fois inscrit sur la liste d'aptitude le candidat a 4 ans pour postuler sur un poste de PH publié au Journal Officiel. Il y a actuellement deux publications annuelles des postes vacants. C'est le Centre Nationale de Gestion (CNG) qui organise à la fois le concours mais également les deux tours de recrutement par an, l'un au printemps, l'autre à l'automne.

Pendant longtemps une épreuve écrite de contrôle des connaissances était imposée à la majorité des candidats qui n'avaient pas été assistants chefs de clinique hospitalo-universitaires, ces derniers « privilégiés » n'ayant que l'épreuve orale à passer. À cette époque les candidats connaissaient d'avance la composition de leur jury et il était de bon ton qu'un chef de service souhaitant soutenir son « poulain » passe un coup de téléphone à l'un des membres du jury ! *O tempora, o mores!* Les modalités du concours ont été modifiées à plusieurs reprises.

ET AUJOURD'HUI ?

Actuellement le candidat n'est pas informé de la composition de son jury (donc plus de possibilité du petit coup de piston par téléphone) et les membres du jury doivent jurer sur l'honneur ne pas avoir de conflit d'intérêt avec les candidats qu'ils doivent auditionner.

Chaque jury est composé de quatre personnes (2 PH et 2 Hospitalo-Universitaires) tirés au sort parmi les praticiens titulaires de la spécialité. Il peut y avoir plusieurs jurys de 4 personnes pour un même concours dans une discipline drainant des centaines de candidats (Anesth-Réa; Médecine d'Urgence; Médecine Polyvalente; ...) Si l'épreuve écrite a été supprimée en 2007, il subsiste encore pour certains candidats une épreuve orale de contrôle des connaissances. Les candidats devant plancher sur un cas clinique à présenter oralement devant le jury sont ceux inscrits au concours dit de « type II » réservé aux candidats qui soit n'ont pas de diplôme Européen de Docteur en Médecine, soit sont diplômés depuis moins de deux ans. En effet l'ancien « privilège » des CCA hospitalo-universitaires les « absolvant » de l'épreuve écrite de contrôle des connaissances (concours dit de « type I ») a été étendu à tous les praticiens ayant 2 ans de pratique à temps plein à l'hôpital quelque soit leur statut. Depuis 2007 le nombre de candidats se présentant au « concours type I » (sans épreuve de contrôle des connaissances) a donc fortement augmenté et celui des « concours type II » (avec épreuve orale de contrôle des connaissances) a beaucoup baissé. Selon les spécialités on observe généralement 75 % de « type I » pour 25 % de « type II ».

Les modalités de notations sont les suivantes: Il y a 200 points sur dossier (Titres & travaux: 100 points; Services rendus: 100 points). La grille de notation est déterminée à l'avance par l'ensemble des membres du jury et chaque dossier est noté par deux rapporteurs: un PH et un HU. L'entretien oral du candidat avec les 4 membres de son jury est quant à lui noté sur 100 points. Le concours type I est donc noté sur 300 points (200 points de dossier et 100 points d'entretien) et le candidat est admis s'il obtient au moins 150 points. Pour le concours de type II les points attribués sont les mêmes. Il s'y rajoute les 200 points



attribuables pour l'épreuve orale de contrôle des connaissances (le cas clinique à présenter oralement devant le jury). Le concours type II est donc noté sur 500 points et le candidat est admis s'il obtient au moins 250 points.

Le taux d'admission est très élevé (environ 90 % selon les spécialités). Il y a un pourcentage d'échec plus important chez les type II que chez les types I. Les raisons en sont diverses : les candidats à diplôme non Européens sont parfois déstabilisés par l'exercice académique de présentation orale d'un cas clinique médical ; quant aux jeunes candidats ayant moins de deux ans de pratique, leurs dossiers de titres & travaux et de services rendus sont souvent peu fournis et pour peu que leur présentation du cas clinique ne soit pas d'une grande clarté, ils échouent (pâtissant parfois selon les jurys d'un certain « anti-jeunisme »!).

UN CONCOURS QUI N'A PAS CESSÉ D'ÉVOLUER

Après avoir un temps menacé de suppression, la nécessité d'un examen national jugé par les pairs a été réaffirmé. Néanmoins quelques évolutions sont actuellement en cours de discussion. La première évolution est la suppression du concours de type II (pour les étrangers et les praticiens « trop jeunes »). En effet les modalités pour obtenir le droit d'exercer la médecine en France se sont extrêmement durcies depuis une dizaine d'années et les confrères à diplôme non Européen qui ont réussi à franchir ce parcours d'obstacle sont généralement d'un excellent niveau médical. Idem pour les jeunes fraîchement « thésés ». Toutes les spécialités étant désormais obtenues par la voie unique d'un DES, le concours de PH n'est pas

le lieu pour remettre en doute la qualité de la formation et du diplôme fraîchement obtenu. Au contraire il est plus que souhaité que les jeunes s'investissent le plus tôt possible dans la carrière hospitalière. Exit donc la pseudo-nécessité de deux années de statut précaire. Les jeunes diplômés pourront s'inscrire au concours dès l'obtention de leur DES. La constitution du dossier administratif devrait être facilité notamment avec le dépôt des pièces en ligne et la consultation du dossier également en ligne pour les membres du jury (qui recevaient auparavant une cinquantaine de dossiers papiers ; récemment remplacés par des clefs USB faciles à égarer!). La crise sanitaire a permis d'expérimenter les modalités d'examen par téléconférence. Tout le monde est unanime sur le manque « d'humanisme » de ces téléconférences et sur la pauvreté de la qualité des échanges et du ressenti entre les membres du jury et le candidat. Donc sauf exception (Outremer ?) le concours de PH continuera bien à se faire en présentiel!

Il faut rester vigilants sur la durée de la validité du concours (4 ans), certains Directeurs ayant proposé de réduire la validité à une seule année! Ce qui reviendrait à donner tout pouvoir au Directeur sur la carrière d'un PH! D'autres ajustements techniques restent à travailler notamment dans les grilles de notation des dossiers de Titres & Travaux et dossier de Service Rendu. Si l'on veut favoriser l'entrée des jeunes, il faut trouver une façon de pratiser selon l'ancienneté ces éléments de notation, d'une manière probablement différente selon les spécialités. Le but n'étant pas de sélectionner une élite académique mais de s'assurer que le candidat sera un futur collègue compétent, investi et agréable au quotidien (l'immense majorité le sont) ayant fait le choix d'une carrière durable au sein de l'hôpital public

Raphaël BRIOT

Il était une fois un médecin, militant syndical et écrivain



Richard Torrielli est aujourd'hui PH à la retraite. Il a longtemps été et est toujours d'ailleurs, aux côtés des syndicats hospitaliers dans tous les combats qu'ils mènent. Il a publié son premier roman en 2016, et alors que son deuxième ouvrage vient d'être publié, il nous paraissait important d'en savoir plus sur sa passion pour l'écriture, et sur la relation entre sa profession et sa passion.

PHARE: Y a-t-il une place pour la littérature médicale, hospitalière ?

Richard Torrielli: Qu'est-ce que c'est la littérature médicale ? Ou la littérature hospitalière ? Il y a les ouvrages médicaux, ils sont techniques, voire analytiques de situations, sur l'état hospitalier par exemple, ses réformes... Et puis la littérature tout court, plus ou moins bonne... Quant aux livres qui mettraient en scène systématiquement des médecins, ou le milieu médical, hospitalier, de façon délibérée, genre «les hommes en blancs», ces romans désuets de ma jeunesse, au prétexte d'attirer un public curieux des mystères qui s'y traitent... Personnellement, je n'en ai pas le goût...

Mon personnage du Dr V. dans *L'anesthésiste*, certes est médecin, mais ce n'est pas de la littérature médicale. Ce qui anime son parcours dans les quelques semaines où il évolue peut concerner n'importe quel être humain. Faire comprendre que le désespoir peut procéder tout simplement de la normalité de la vie, c'est-à-dire essentiellement de la douleur des autres et de l'ennui de soi dans un contexte professionnel, disons peu épanouissant. D'ailleurs il ne devait pas s'appeler *L'anesthésiste*... Une partie du décor où il évolue est un milieu hospitalier que je connais bien, évidemment ; mais c'était une facilité pour moi.

PHARE: Est-ce que le fait d'être médecin change la manière de voir le monde et de le décrire en littérature ?

Richard Torrielli: Le fait d'être médecin change bien évidemment la vision du monde. Il permet de chausser des lunettes qui percent à jour, ou, plus modestement, permettent d'apercevoir, les tenants et les aboutissants de l'être humain, ses peurs, ses questionnements métaphysiques, sa fragilité, mais aussi ses ressources insoupçonnées. Et au total on apprend sur soi dans les miroirs que nous tendent les patients et les confrères. Est-ce que ça change la manière d'écrire ? Je ne crois pas. C'est une ressource, bien sûr, une connaissance large de la vie. Certains tabous peuvent tomber dans l'écriture... Enfin, je parle pour moi.

PHARE: Comment devient-on écrivain quand on est médecin ?

Richard Torrielli: On ne passe de l'un à l'autre, comme un médecin qui deviendrait écrivain, au prétexte qu'il est médecin et qu'il s'y autorise. S'arroger un droit d'écrire parce qu'on est médecin. Être médecin était mon métier ;

« Je suis moi-même dans une seule peau, qui soigne, qui écrit. Je suis le même. »

je le reste même sans activité clinique. J'ai la chance d'être publié par une maison d'édition, Arléa, qui a son siège dans le prestigieux quartier de l'Odéon. Je ne suis pas devenu «écrivain», avec des guillemets, pour autant. Je n'ai pas changé de statut à mes propres yeux. Il y a très peu d'écrivains qui vivent de leur plume, à part trois ou quatre professionnels du bestseller. Je ne suis pas le médecin qui écrit, ni celui qui a abandonné son métier pour se consacrer à l'écriture, comme «on dit». Je suis moi-même, dans une seule peau, qui soigne, qui écrit. Je suis le même.



mettrait en harmonieuse cohérence l'en-soi et l'extérieur, le chaos et l'ordre du monde, le plaisir et la souffrance, Une culpabilité qui nous viendrait de l'idée de passer à côté du bien plutôt que de faire quelque chose de mal.

PHARE: Pourquoi écrivez-vous? Qu'avez-vous envie de transmettre par ton écriture?

Richard Torrielli: Je n'ai aucun message à transmettre. Mon premier roman n'était pas un témoignage. Le second ne l'est pas non plus. J'écris parce que c'est un besoin, et que j'aime la langue écrite, sa façon de sonner. C'est une réponse banale, mais c'est la vérité. Écrire, c'est un acte de résistance contre la disparition. Et par les mensonges de la fiction, c'est la seule façon de faire passer des vérités inexplicables autrement.

Propos recueillis par Saveria Sargentini

PHARE: Fallait-il écrire *L'anesthésiste* pour pouvoir écrire ensuite sur d'autres sujets?

Richard Torrielli: Bonne question! Il est clair qu'un premier roman relève toujours plus ou moins de l'autofiction. Nous portons tous en nous un livre que la plupart d'entre nous n'écrira sans doute jamais. Mais d'aventure il voit parfois le jour. C'est le cas de *L'anesthésiste*.

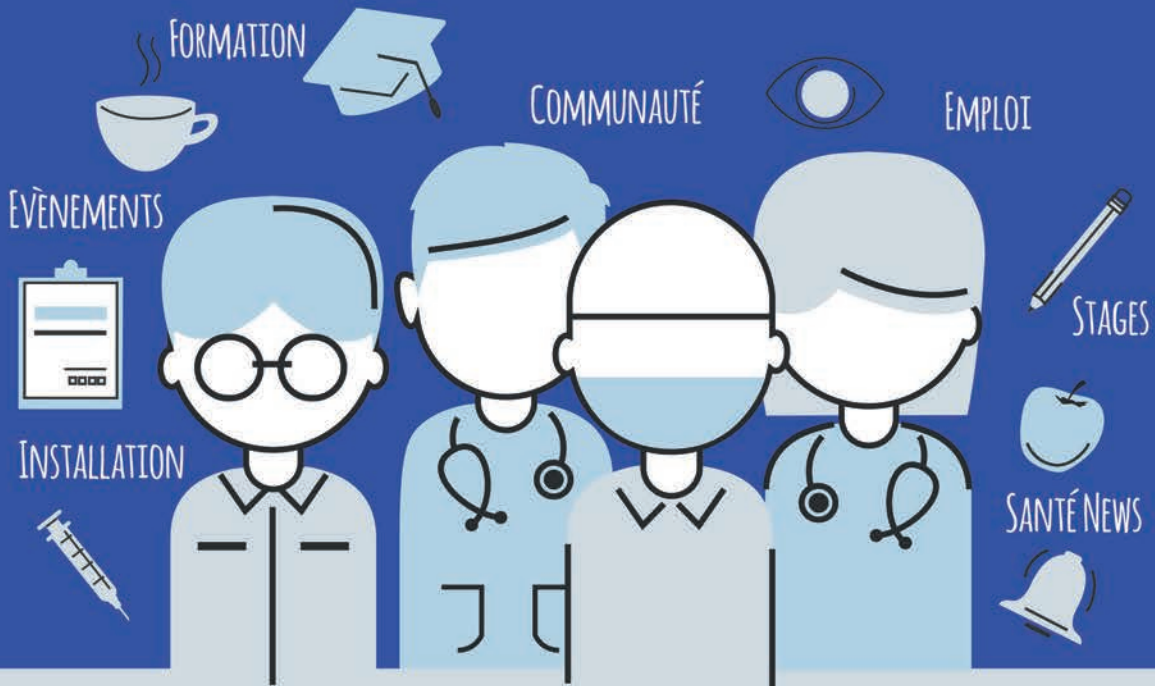
Il faut s'en débarrasser, pour pouvoir passer à autre chose... Il est bien connu que c'est le deuxième livre est le plus difficile à sortir.

PHARE: Ce deuxième roman est-il une autre facette de *L'anesthésiste* – et dans ce cas, doit-on s'attendre à une trilogie, ou davantage?

Richard Torrielli: Non. *La Fugue* n'a rien à voir. Bien que certains prétendent qu'on écrit toujours le même roman, d'une certaine façon. J'ai d'autres écrits sous le coude, dont un pourrait être un symétrique à *L'anesthésiste*, dans une sorte de dyptique. Mais il est inabouti et imparfait. Pas de série, de suite de prévu. D'autres manuscrits mûrent, loin du décor hospitalier. Dans l'air du temps.

PHARE: Y a-t-il un fil conducteur entre tes deux livres?

Richard Torrielli: Je n'en voyais aucun quand je l'ai envoyé à Arléa. À la réflexion, un thème s'y retrouve: celui de la culpabilité. Celle de ne pas vivre une existence «intimement correcte», en accord avec l'idée que l'on se fait d'une vie qui



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
Union Hospitalière de l'Ile-de-France

FEHAP
FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE
PRIVES NON LUCRATIFS

01 53 09 90 05 CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode



ANNONCES DE RECRUTEMENT



LE GROUPE HOSPITALIER PUBLIC DU SUD DE L'OISE



Le Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise - Établissement MCO de recours infra régional est le plus important établissement du Département de l'Oise.

Il assure des prises en charge sanitaires de premier et de second recours sur un bassin d'environ 250 000 habitants, au cœur du triangle Chantilly-Senlis-Creil.

ACTIVITÉS

L'établissement est organisé en 8 pôles cliniques et 36 structures internes. Il réalise plus de 8 500 séjours de chirurgie dont plus de 3 000 en ambulatoire, et dépasse les 8 000 actes chirurgicaux ; plus de 5 500 séjours en obstétrique, pour près de 3 000 accouchements, la première de Picardie, avec une réanimation néonatale de niveau 3 ; une offre très diversifiée de haut niveau.

LES ACTIVITÉS, LES POINTS FORTS, POUR L'ANESTHÉSIE

- Activité variée médico-chirurgicale et interface avec les urgences, le SAMU.
- Activité variée sur les sites de Creil et de Senlis en :
 - Chirurgie digestive
 - Chirurgie endocrinienne
 - Chirurgie bariatrique
 - Chirurgie orthopédique
 - Chirurgie urologique
 - Chirurgie gynécologique
 - Chirurgie maxillo-faciale, ORL
- Une maternité de niveau 3 (Site de Senlis).
- Appareil écho ALR sur les 2 sites.

CONTACTS

Tél. : 03.44.61.60.16 (Secrétariat)
Directeur DSOM : Fabrice LAURAIN
(fabrice.laurain@ghpsso.fr)
Responsable de structure interne :
Dr Estelle RENAUD (estelle.renaud@ghpsso.fr)
Référénts recrutement : Dr Blandine LEFEBVRE
(blandine.lefebvre@ghpsso.fr)
Dr Jacques RAKOTON (jacques.rakoton@ghpsso.fr)

RECRUTE Un Praticien Temps Plein

spécialisé en Anesthésie Réanimation.



Statut Praticien Hospitalier, Praticien Contractuel ou assistant ; Poste éligible à la Prime d'Engagement dans la Carrière Hospitalière et/ou statut attaché ou attaché associé lauréat de la PAE.



LES PROJETS ET ORIENTATIONS DU SERVICE

Deux sites d'anesthésie à Creil et Senlis, avec une orientation chirurgie lourde sur Creil et développement de la chirurgie ambulatoire accéléré sur le site de Senlis.

Une équipe unique GHPSO ; les praticiens recrutés ont vocation à intervenir sur les deux sites en vue de faciliter la diversité des activités et la programmation des activités.

Une organisation horaire spécifique et des modalités d'intéressement attractives.

Une permanence des soins spécifique au bloc obstétrical compte tenu du nombre d'accouchements (3 000).

MISSIONS SPÉCIFIQUES

Le GHPSO dispose de lignes de garde sur les deux sites en raison des activités (Maternités, USC, chirurgie...).

L'attribution de la Prime d'Engagement dans la Carrière Hospitalière (engagement de 5 ans) selon le statut

- Est subordonnée à une implication institutionnelle forte du praticien dans la mise en œuvre du projet médical et du projet d'établissement du GHPSO, qui restructure ses activités, les réorganise sur la base d'un projet innovant et porteur.
- Peut être réservée et différée jusqu'à son inscription à l'Ordre national des médecins, pour un attaché associé ayant réussi la PAE, désirant s'investir dans un parcours de praticien contractuel et de passage du concours de praticien Hospitalier.

Un établissement à proximité immédiate de Paris et à 20 Mns de l'aéroport ROISSY CHARLES DE GAULLE et de la gare TGV

- Site de Creil :** - Voiture : 55 minutes de Paris par A1 et A3.
- Transports en commun : 25 minutes depuis la gare du Nord.
- Site de Senlis :** - Voiture : 45 minutes de Paris par A1 et A3.
- Transports en commun : 1 heure depuis la gare du Nord.

L'Hôpital Pierre Rouquès – Maternité des Bluets est un établissement privé à but non lucratif situé dans le 12^{ème} arrondissement de Paris comptant 51 lits d'hospitalisation et 10 lits d'ambulatoire.

Entièrement dédié à la gynécologie-obstétrique, il regroupe :

- Une maternité de niveau 1 (expérimentation maternité « 1⁺ », labellisé IHAB, pratiques selon les dernières recommandations HAS) qui réalise 3100 naissances par an.
- Une unité de planification familiale et d'IVG (1100 IVG par an), dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) qui réunit les Bluets, l'Hôpital Trousseau et la Ville de Paris.
- Une unité d'aide médicale à la procréation (1100 ponctions par an).
- Une unité de chirurgie gynécologique.

Nous travaillons en partenariat avec l'hôpital Trousseau.

NOUS RECHERCHONS UN MÉDECIN ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR POUR UN CDI (TEMPS PLEIN OU TEMPS PARTIEL À 50% MINIMUM).

Rémunération

- Salaire selon la CCN51
- Reprise de l'ancienneté à 100 %
- Prime décentralisée de 5 % (versée en juin et en décembre)
- Garde : semaine = 300€ / weekend et jours fériés = 450€

Expérience souhaitée en maternité.

Les candidatures doivent être adressées à :

M. Bruno VIGNE (Coordinateur RH)

☎ 01 53 36 41 86

✉ drh@bluets.org



LE CHU DE ROUEN recrute des médecins anesthésistes-réanimateurs

pour l'ensemble des activités réparties sur un plateau moderne chirurgical de 27 blocs regroupant l'ensemble des spécialités adultes ainsi qu'un plateau de chirurgie pédiatrique de 4 salles et un bloc de gynécologie-obstétrique de 3 salles.

Le département intègre aussi une cinquantaine de lits de soins critiques répartis dans 4 réanimations chirurgicales (polyvalente, cardiochirurgie, neurochirurgie et chirurgie pédiatrique).

Le CHU de Rouen Normandie assure à la fois une mission de soins de proximité au bénéfice de 600.000 habitants, dans une logique de réseau de soins, et une fonction de recours sur un bassin de population de l'ordre de 2 millions d'habitants. Il travaille en articulation étroite avec les nombreux acteurs du système de santé et médico-social ainsi qu'avec l'université, les collectivités territoriales et les partenaires économiques de la région.

Composé de 7 sites, il offre 2 450 lits et places. Avec 10.300 salariés il assure une mission d'entraînement régional considérable, tant dans le domaine des soins que dans celui de l'enseignement et de la recherche.

PERSONNE À CONTACTER :

Pr Vincent COMPÈRE,

Département de Réanimation, Anesthésie et Médecine Périopératoire,

✉ vincent.compere@chu-rouen.fr

CHU
ROUEN NORMANDIE

LES CANDIDATURES SONT À ADRESSER À :

Magalie DUVAL

Direction des Affaires Médicales

☎ 02 32 88 14 08

✉ magalie.duval@chu-rouen.fr





R E C R U T E

2 MÉDECINS ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS

Au pied des Pyrénées ariégeoises, à une heure de Toulouse, proche des stations de ski, à 2 heures de la Méditerranée et à 3 heures de l'Atlantique, le CHAC bénéficie d'un cadre de vie exceptionnel.

Le Centre Hospitalier comprend plus de 1000 salariés, dont une soixantaine de médecins, 4 Pôles Cliniques, des activités diversifiées (MCO, Urgences, SSR, SIR, Centre de Réadaptation Neurologique, Psychiatrie intra et extra de l'Ariège, EHPAD) et un plateau technique complet avec Laboratoire, Pharmacie et Scanner.

CONTACTS

Adresser votre CV et lettre de motivation par courrier ou mail à :

Mme Marie-Hélène LEMOINE
Gestion des Affaires Médicales
mh.lemoine@ch-ariège-couserans.fr - 05.61.96.28.53

Pour plus d'informations concernant le poste vous pouvez contacter le chef de pôle :

Dr MAIGA GRAVAILLAC
a.gravaiillac@ch-ariège-couserans.fr
n.delort@ch-ariège-couserans.fr - 06.78.81.70.19



LE CENTRE HOSPITALIER ALÈS-CÉVENNES (GARD),

hôpital situé à 1h15 de Montpellier et 40 min de Nîmes, idéalement situé entre mer et montagne.

RECRUTE



1 PRATICIEN TEMPS PLEIN

POUR LE SERVICE D'USC - RÉANIMATION POLYVALENTE

Le service est doté de 8 lits de réanimation et 4 lits d'USC. Recrutement essentiellement médical et post-opératoire digestif. Liens forts avec les réanimations des CHU de Nîmes (45 km) et de Montpellier (65 km).

1 PRATICIEN TEMPS PLEIN

POUR LE SERVICE D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION

DESCRIPTION DE L'HÔPITAL

1600 agents dont 135 médecins et 24 internes œuvrent au quotidien pour la prise en charge des patients. Les malades et les usagers sont accueillis grâce aux 483 lits et places MCO-PSY-SSR, et 374 lits et places d'EHPAD-USLD.



PROFIL DEMANDÉ

PH titulaire ou Contractuel.

CONTACT ET CANDIDATURE :
Direction des Affaires Médicales :
affairesmedicales@ch-ales.fr
OU 04 66 78 30 45



LE CENTRE HOSPITALIER DE GOURDON

recherche :

1 médecin anesthésiste en Unité Chirurgicale Ambulatoire et Endoscopie, Temps Plein, organisation de travail 1 semaine sur 2.

L'UCAE, est composée de 2 salles d'intervention et 1 salle de surveillance post interventionnelle.

Les prises en charge sont organisées une matinée par spécialité (viscérale/proctologie, orthopédie, gynécologie, ORL, ophtalmologie, urologie...) et une salle d'endoscopie digestive tous les jours.

L'équipe est composée de 2 MAR, 2 IADE, 2 IBODE, 2 IDE polyvalentes (SSPI et endoscopie), 2 AS et 1 ASH auxquels s'ajoutent 1 IDE et 1 AS en secteur d'hospitalisation de jour (5 lits).

L'organisation des MAR de l'UCAE propose une organisation de travail une semaine sur deux, pour un temps plein, activité de bloc en matinée et de consultation en après-midi.

Pour aider à la recherche d'un emploi pour le/la conjoint(e) ou d'un logement, l'équipe municipale met en réseau les acteurs aidants sur le territoire. Le praticien peut être hébergé sur site initialement.



L'Hôpital de Gourdon dans le Lot, est implanté sur un bassin de santé de 30.000 habitants et se positionne clairement comme centre hospitalier ressource de proximité avec 336 lits et places, 430 professionnels et :

- 1 plateau technique complet : Urgences/SMUR, laboratoire, service d'imagerie médicale (radio, écho, doppler, mammo, pano, scanner 64 barrettes), service de rééducation.
- 2 services de médecine, 2 services de SSR.
- 1 plateau ambulatoire avec un panel complet de consultations médico-chirurgicales, 2 hôpitaux de jour et 1 Unité de Chirurgie Ambulatoire et d'Endoscopie (UCAE).

Pour tout renseignement complémentaire s'adresser à : direction@ch-gourdon.fr
Plus d'information sur www.ch-gourdon.fr

avec

Prise de poste : Le plus rapidement.
Possible Salaire : Selon la CCN FEHAP et accords collectifs.
Temps : Temps complet ou 80 %.
Poste : CDI.
Service : Urgences.

Le Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble fait partie du Groupe Avec. C'est un établissement ESPIC MCO et SSR de 437 lits et places (30 places de SSR), deuxième opérateur de santé du bassin grenoblois, produisant annuellement 75 000 séjours dont 33 500 séances de chimiothérapie et radiothérapie, plus de 89 000 consultations externes et plus de 33 000 passages aux urgences.

Si vous êtes intéressés, nous vous remercions d'adresser votre candidature par mail ou courrier à Madame Sarah THOMAS - sarah.thomas@avec.fr



LE GHM recherche : MÉDECIN URGENTISTE

PROFIL RECHERCHÉ

Statuts recherchés : CAMU ou DESC de médecine d'urgence.
 Médecin généraliste avec expérience de l'urgence Inscription au conseil de l'Ordre obligatoire.

DESCRIPTION DU POSTE

Pour son service d'urgence et UCHD (temps plein ou 80 %).

- 4 lignes de garde de senior en journée.
- 2 médecins en filière longue 8h-20h avec un interne.
- 1 médecin en filière courte 9h21h, avec un interne.
- 1 médecin en 16-22h.
- 2 lignes de garde 2 médecins sans interne la nuit 20h-8h.
- 1 médecin à l'UHCD 8h-18h.

Un temps partagé avec le service des soins continus est envisageable en fonction du profil du candidat.

SPECIALITÉS DANS L'ÉTABLISSEMENT

Cardiologie médicale et interventionnelle, U.S.I.C. U.S.C, chirurgie viscérale, orthopédique, gynécologique, urologie, oncologie, gastro-entérologie, médecine, gériatrie.

Plateau technique : Laboratoire H24, radio et scanner H24, I.R.M, Coronarographie H24.

Service : 6 salles d'examen de médecine, 3 salles de parage, 1 salle de plâtre, 2 boxes de déchoquage, 10 lits U.H.C.D



Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, établissement support du GHT Bresse Haut-Bugey

Au cœur du département de l'Ain, en Auvergne-Rhône-Alpes, le Centre hospitalier de Bourg-en-Bresse (CHB) compte plus de 550 lits et places de Médecine Chirurgie et Obstétrique.



NOUS RECRUTONS UN MÉDECIN RÉANIMATEUR (H/F) avec un profil polyvalent afin de couvrir l'ensemble des activités réalisées par le service.

Locaux entièrement neufs et fonctionnels, avec plateau technique complet : 12 lits de réanimation et 8 lits d'USC.

Compétences ou diplôme requis : DES Anesthésie-réanimation ou DESC de réanimation ou compétence ordinaire reconnue en réanimation.

Conditions de recrutement proposées : Praticien hospitalier temps plein ou temps partiel (H/F), Praticien contractuel (H/F), Assistant spécialiste (H/F). Poste éligible au versement de la Prime d'Engagement dans la Carrière Hospitalière pour les anesthésistes-réanimateurs (30K€).

L'inscription à l'Ordre des médecins est requise pour postuler sur ce poste.

Temps de travail : Service en temps médical continu décompté sur la base de 48H.

Formation et projet professionnel : Selon les besoins du candidat et les projets du service, l'établissement accompagne les projets de formation médicale continue et de développement des connaissances et compétences, y compris universitaires (DU et DIU). Très actif dans le domaine de la recherche clinique, le CHB met à disposition des professionnels les moyens de son Unité de Recherche Clinique pour accompagner les différents projets RC.



VOUS VOULEZ EN SAVOIR PLUS ? N'HÉSITEZ PAS À NOUS CONTACTER :

Renseignements sur le service et le poste : Monsieur le Dr Xavier TCHENIO, Chef de service – 04.74.45.41.84 – xtchenio@ch-bourg01.fr

Renseignements administratifs et conditions de recrutement : Madame Laurence MINNE, Directrice des Affaires Médicales – 04.74.45.42.85 – lminne@ch-bourg01.fr
 Centre hospitalier de Bourg-en-Bresse – 900 Route de Paris – CS 90401 – 01012 BOURG-EN-BRESSE



GROUPEMENT HOSPITALIER PORTES DE PROVENCE

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

recrute

1 PRATICIEN RÉANIMATEUR - Temps plein 2 ANESTHÉSISTES - Temps plein

Unité Médicale de Réanimation : 12 lits et 6 lits de soins continus.
 Service de Réanimation et Établissement support du GHT Sud Drôme Ardèche.
 Vous intégrez une équipe de 8 Réanimateurs et 6 Internes, complétés pour les gardes par des médecins extérieurs.

RENSEIGNEMENTS

Dr Paul-Marie CHANAREILLE, Praticien Hospitalier
 paul.chanareille.pro@gmail.com - 04 75 53 22 46 ou 47 68
 S. MAGNETTE, ACH DAM
 sandrine.magnette@gh-portesprovence.fr - 04 75 53 41 29



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 50 000 premiers passages (polyvalents, adultes et pédiatriques).

RENSEIGNEMENTS

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



LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINTONGE

RECRUTE

DES ANESTHÉSISTES

Temps plein / Temps partiel
 Tout statut étudié



Cité hospitalière de référence, située au cœur de la Charente Maritime, à 1h de Bordeaux et 30 minutes de l'Océan, le CH de Saintes est un établissement de référence, support du GHT, pour de nombreuses spécialités chirurgicales, médicales, obstétricales et psychiatriques

CONTACTS

M. Le Docteur DUGAZ Christophe
 Praticien anesthésiste référent sur la Diction commune au
 ☎ 05 46 95 50 15 ✉ christophe.dugaz@ch-angely.fr
 Mme Laurence COULOUDOU
 Directrice des affaires médicales
 ☎ 06 32 32 18 39 ✉ l.couloudou@ch-saintonge.fr

LES MISSIONS

Vous assurez la prise en charge des patients de nombreuses spécialités chirurgicales, et intervenez sur une maternité de niveau II B.

La permanence des soins est organisée en garde sur place, avec un décompte du temps de travail additionnel avantageux (maquette d'organisation en temps continu).

LE SERVICE

Vous intégrez l'équipe médicale du pôle chirurgie-anesthésie-bloc sur un plateau technique performant, sur les 2 établissements de la direction commune.

Un projet de GCS de chirurgie territoriale est en cours d'élaboration (collaboration public / privé, activité libérale facilitée).

LE CENTRE HOSPITALIER LOUIS CONSTANT FLEMING



Date de début de contrat
Dès que possible



Le poste est à pourvoir au centre hospitalier Louis Constant Fleming situé à Spring Concordia sur l'île de Saint-Martin 97150.

PRÉSENTATION DU SERVICE ET DE L'ACTIVITÉ

Le centre hospitalier de Saint-Martin assure annuellement :

- De 2 500 à 3 000 actes chirurgicaux.
- Entre 650 et 700 accouchements dont 20 % de césariennes et 75 % d'anesthésies péridurales.
- 6 500 à 7 000 entrées.

Les actes chirurgicaux comprennent la chirurgie viscérale, l'orthopédie-traumatologie et la gynécologie-obstétrique, spécialités pour lesquelles une astreinte est assurée. On compte également des actes dans les spécialités suivantes : Ophtalmologie, endoscopie digestive, ORL, urologie et chirurgie infantile.

Le service fonctionne avec quatre praticiens dont les tâches se répartissent comme suit :

- Bloc opératoire, SSPI et UCA, régulation du bloc.
- Astreinte de 24 heures avec soins continus, salle d'accouchement, réponses aux appels de services, surveillance post-opératoire de 24h, bloc opératoire si nécessité d'ouvrir une 3^{ème} salle.
- Consultations (y compris tous les 15 jours à Saint-Barthélemy).

Les anesthésistes-réanimateurs sont invités également à participer aux séances d'EPP et à l'encadrement éventuel des internes.



RECRUTE

2 ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS

PH ou Praticien contractuel ou Clinicien Hospitalier à temps plein



LE POSTE

DESSCRIPTIF

Dans le cadre d'une restructuration des activités du bloc opératoire, nous recherchons 2 praticiens anesthésistes-réanimateurs.

Vous souhaitez intégrer une équipe ?

Assurer la responsabilité d'un service d'anesthésie ?

Envie de vous engager dans un projet médico-soignant au sein du GHT des Îles-du-Nord ?

Le candidat aura possiblement la chefferie du service d'anesthésie-réanimation.

Il viendra compléter les 3 postes à temps plein de l'activité d'anesthésie - réanimation.

CONDITIONS

Pour postuler à cette offre vous devez être titulaire d'un diplôme de médecine, et inscrit à l'Ordre des médecins.

Vous intégrez une équipe médicale constituée de 4 praticiens.

Vous participez aux astreintes opérationnelles la semaine et le week-end.

POUR TOUT RENSEIGNEMENT, VOUS POUVEZ CONTACTER

Direction : Marie-A LAMPIS-PATTUS, Directrice - 0590 52 26 02 - ma.lampis@chsaintmartin.fr

Romain LAMOUREUX, Directeur adjoint - 0590 52 26 02 - r.lamoureux@chsaintmartin.fr

Président de la CME : Dr Charles VANGENDERHUYSEN - 0590 52 25 96 - c.vangenderhuyesen@chsaintmartin.fr

Chef de pôle : Dr Louis JEFFRY - 0590 52 29 08 - l.jeffry@chsaintmartin.fr



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.

UN ANESTHÉSISTE

Poste à pourvoir **DÈS QUE POSSIBLE**

PH titulaire ou Contractuel
(Remplacements possibles :
minimum 3 semaines).

Rémunération très attractive (majoration DOM de 40 %).

Prise en charge du billet d'avion pour la prise de poste et mise à disposition du logement et d'un véhicule pour les remplacements.

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.



CONTACT ET CANDIDATURE :

Par mail à la Direction des Affaires Médicales
affaires.medicales@gher.fr

RECRUTE

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.

UN MÉDECIN RÉANIMATEUR

Pour l'Unité de Surveillance Continue (USC) - Postes à pourvoir **DÈS QUE POSSIBLE**

PROFIL : Médecin Anesthésiste-Réanimateur ou Médecin intensiviste-réanimateur.

PH titulaire ou praticien contractuel (remplacements possibles minimum 3 semaines).

Le praticien exercera au sein de l'Unité de Surveillance Continue (USC) dotée de 12 lits.

D'une capacité totale de 277 lits et places de MCO, 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 30.000 passages aux urgences par an.

La maternité de niveau 2 réalise 1500 accouchements par an.

Rémunération très attractive (majoration DOM de 40 %).

Prise en charge du billet d'avion pour la prise de poste.

Mise à disposition logement et véhicule pour les remplacements.



CONTACT ET CANDIDATURE :

Par mail affaires.medicales@gher.fr

RECRUTE

URGENT



À VOS COTÉS POUR LES IMPRÉVUS DU QUOTIDIEN



à partir de
10,42€*
/mois pour un Interne

PH Services, la prévoyance et la complémentaire santé
des médecins et pharmaciens hospitaliers

PH SERVICES
PRÉVOYANCE & SANTÉ

04 81 65 18 92
phservicesprevoyance@c2p.eu
www.ph-services.org