

#96

# PHARE

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

## RECONSTRUIRE L'HÔPITAL GRÂCE AUX ÉQUIPES



PRIME DE SOLIDARITÉ | MÉDIATION | GOUVERNANCE

# CONSEIL D'ADMINISTRATION

<b>Dr Emmanuelle DURAND - Présidente</b> CHU - Reims emmanuelle.durand@snphare.fr	CFAR - CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR) - Conciliation et médiation - Commission régionale paritaire Grand Est - Revue PHARE - Trésorière adjointe du cfar - CNP ARMPO - CNP anesthésie-réanimation	Ligne directe : 03 10 73 61 28 Portable : 06 60 55 10 65
<b>Dr Eric LE BIHAN - Vice-Président</b> CHU Beaujon, Paris eric.lebihan@snphare.fr	CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR) - CRP Île-de-France, CNP anesthé- sie-réanimation - Délégation régionale Ile-de-France - Communication - Relations avec les délégués d'Ile de France	Ligne directe : 01 40 87 50 00 BIP 1050 Portable : 06 99 39 20 64
<b>Dr Veronique AGAESSE - Secrétaire gén.</b> CHU - Amiens veronique.agaesse@snphare.fr	CSN (AR - Conseil de Discipline (AR) Commission régionale paritaire Hauts de France Relations avec les délégués hors Ile de France	Standard : 03 22 80 00 00 DECT 36002 Portable : 06 33 63 20 62
<b>Dr Anouar BEN HELLAL - Secrétaire gén. adjoint</b> 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	Ligne directe : 01 30 84 96 00 Fax : 01 39 63 86 88 Portable : 06 73 78 00 46
<b>Dr Matthieu DEBARRE - Secrétaire gén. adjoint</b> CHI Saint-Brieuc matthieu.debarre@snphare.fr	Relation avec les délégués - Communication Commission Régionale Paritaire Bretagne	
<b>Dr Morgana JEANTIEU - Secrétaire gén. adjoint</b> CHI du Pays d'Aix morgana.jeantieu@snphare.fr	CRSA - Communication	Portable : 06 72 77 58 31
<b>Dr Francis VUILLEMET - Secrétaire gén. adjoint</b> Hôpitaux civils de Colmar francis.vuillemet@snphare.fr	Permanence des soins - Gardes et astreintes - Risques psychosociaux - Réfèrent des spécialités médicales non anesthésistes-réanimateurs - Retaites	Portable : 06 71 86 49 60
<b>Dr Louise GOUYET - Trésorière</b> Groupe Hospitalier Pellegrin - Bordeaux louise.gouyet@snphare.fr	CSN (AR) - PH temps partiel Qualité et organisation du bloc	Standard : 05 56 79 56 79 Portable : 06 11 94 77 20
<b>Dr Jullien CROZON - Trésorier adjoint</b> Groupement Hospitalier Edouard Herriot, Lyon jullien.crozon@snphare.fr	CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR) - Veille syndicale Relation avec les adhérents Revue PHARE	Ligne directe : 04 72 11 09 85 Portable : 06 86 72 32 24
<b>Dr Mathieu BRIERE - Administrateur</b> CHU Nîmes, Hôpital Carremeau mathieu.briere@snphare.fr	CRP	Portable : 07 77 92 65 68
<b>Dr Renaud CHOUQUER - Administrateur</b> CH Annecy-Genevois, site d'Annecy renaud.chouquer@snphare.fr	CRP - Revue PHARE	Portable : 06 82 65 56 95
<b>Dr Georges ESTEPHAN - Administrateur</b> CHU - Hôpital européen Georges Pompidou - Paris georges.estephan@snphare.fr	Revue PHARE	Portable : 06 64 71 49 81
<b>Dr Anne GEFFROY-WERNET - Administratrice</b> Centre Hospitalier de Perpignan anne.wernet@snphare.fr	CSPM - CSN (AR) - Commission régionale paritaire Occitanie - CNP anesthésie-réanimation - Intersyndicale Avenir Hospitalier - APH - Communication - Revue PHARE	Ligne Directe : 04 68 61 77 44 Portable : 06 63 83 46 70
<b>Dr Bruno GREFF - Administrateur</b> CHU - Hôpital Robert Debré - Paris bruno.greff@snphare.fr	Webmaster - Revue PHARE	Portable : 06 64 74 62 66
<b>Dr Laurent HEYER - Administrateur</b> Hôpital de la croix rouge - Lyon laurent.heyser@gmail.com	Secrétaire général du Collège National Professionnel Anesthésie-Réanimation - CNP anesthésie-réanimation - CSN (AR) Secrétaire général adjoint CFAR - Conseil de Discipline (AR) - FEMS	Portable : 06 31 18 57 61
<b>Dr Yves REBUFAT - Administrateur</b> CHU - Hôpital Laënnec - Nantes yves.rebufat@snphare.fr	Conseil de Discipline (AR) - Site web www.snphare.fr et communication - Intersyndicale Avenir Hospitalier - APH	Ligne Directe : 02 40 16 51 47 Portable : 06 86 87 62 76
<b>Dr Patrick DASSIER - Administrateur honoraire</b> Hôpital européen Georges Pompidou - Paris patrick.dassier@snphare.fr	Contentieux Retraites	Ligne directe : 01 56 09 23 16 Portable : 06 03 69 16 63
<b>Dr Claude WETZEL - Administrateur honoraire</b> claude.wetzel@snphare.fr	Chargé de Mission Affaires Européennes	Portable : 06 60 55 56 16

## TROMBINOSCOPE

SNPHARE : les membres du conseil  
d'administration qui vous représentent..... 4

## EN PRATIQUE

Prime de solidarité territoriale :  
enfin la bonne solution ? ..... 6

## LE POINT SUR

Gouvernance : l'autre grand sujet  
du Ségur pour l'hôpital public ..... 10

JOURNÉE THÉMATIQUE ..... 13

## INTERVIEW

Assistants médicaux : une réponse simple  
à la pénurie d'infirmiers... ou un métier  
d'avenir à l'hôpital ? ..... 14

## TÉMOIGNAGES

Le métier de médecin vu par des membres du  
Conseil d'Administration ..... 16

## EN PRATIQUE

Médiation : un pas en avant ..... 17

## INTERVIEW

L'interview d'Anne Wernet, ex-Présidente du  
SNPHARE ..... 20

## ACTU INTERSYNDICALE

Commissions disciplinaires, ..... 23

## INTERVIEW

Les entretiens professionnels annuels :  
l'expérience du Pr Isabelle Constant..... 26

PETITES ANNONCES..... 28

## Il y a nécessité d'une réflexion sur le sens profond du métier de médecin

Nous voyons aujourd'hui fleurir les propositions des candidats pour la santé et l'hôpital. Dans les discours apparaît un leitmotiv : il faut économiser du temps médical. Mais qu'est-ce que le temps médical ?

Le temps médical - entre autres - c'est le colloque singulier avec le patient, la mise en confiance et l'information des proches, les hypothèses et la confirmation diagnostique, l'annonce du diagnostic, les considérations éthiques de la stratégie thérapeutique, la présence, les gestes techniques, la surveillance, l'accompagnement du patient à la fin de sa vie et aussi de ses proches. Le temps médical c'est du temps de soin.

Le diagnostic fait partie du soin. Il est le choix parmi une sélection d'hypothèses plausibles qui ont été, au préalable, hiérarchisées. Il est possible parce que la culture issue des longues études de médecine permet de mobiliser ces connaissances, même dans les cas qui ne se présentent que très rarement. Le diagnostic n'est pas une habitude.

Si les médecins ont besoin de temps, c'est de temps pour soigner.

Ils ne demandent pas à économiser leur temps de soin. Ils ont défendu jusqu'à leur dernier souffle ce temps contre la régulation gouvernementale de l'offre médicale en France. Ils ont assumé la multiplication des tâches non médicales qui s'accumulaient en sus de leur métier la nuit, le jour. Ils ont mis de côté leur santé et leur vie personnelle. Leurs incessantes revendications de suivi médical et de reconnaissance de leur temps de travail n'ont été entendues par aucun gouvernement.

Alors oui, la progression des professions est un phénomène naturel qui a ses vertus. Certes, les coopérations entre professionnels sont séduisantes et feront peut-être progresser la qualité de la prise en charge des patients par l'amélioration des parcours, un meilleur suivi, une véritable prévention et une offre de proximité probablement plus grande.

Mais on ne pourra pas s'affranchir de la réflexion sur le sens profond du métier de médecin.

Les médecins ne souhaitent pas voir leur activité professionnelle fragmentée et amputée par le recours à des professions intermédiaires. Ils ont en fait des besoins comparables à ceux de leurs patients, à savoir des organisations qui les accompagnent dans leurs parcours lorsqu'ils n'ont pas à leur disposition la profusion de ressources de certaines régions privilégiées. Or l'observatoire des territoires montre bien qu'il existe autant de déserts infirmiers que de déserts médicaux, et s'il est vrai que l'on forme un infirmier plus rapidement qu'un médecin, l'effort à fournir est plus important qu'on ne le pense vu le manque criant d'effectif infirmier.

Les politiques successives de santé publique ont privé les médecins de ce temps pour des raisons purement économiques, et maintenant elles leur promettent sa disparition au profit de fonctions gestionnaires, managériales et autres technocraties.

Le métier de médecin est en train de changer, la main forcée. Mais, en raison de sa place centrale dans la prise en charge du patient, le médecin ne saurait être tenu à l'écart de tout projet de changement du système de santé.

*Emmanuelle Durand, Présidente du SNPHARE*



ISSN : 2729-1928

Présidente du comité de rédaction :  
Emmanuelle Durand

Comité de rédaction :

Anouar Ben Hellal - Renaud Chouquer -  
Jullien Crozon - Georges Estéphan - Bruno Greff -  
Francis Vuillemet - Anne Wernet

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

## Nouveau conseil d'administration : ils vous représentent

Les administrateurs du SNPHARE sont des médecins, comme vous, qui pratiquent leur art au sein de l'hôpital, participent aux gardes et astreintes. Ci-dessous les 19 membres du Conseil d'Administration.



**Emmanuelle Durand**  
Présidente  
Anesthésiste-réanimateur  
CHU Reims



**Eric Le Bihan**  
Vice-Président  
Anesthésiste-réanimateur  
CHU Paris Beaujon



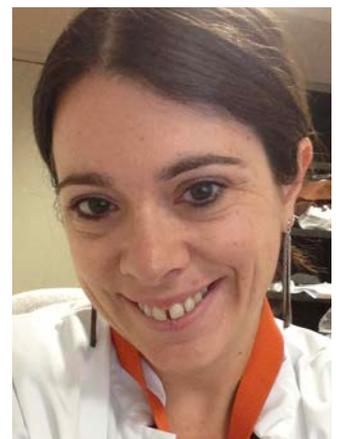
**Véronique Agaësse**  
Secrétaire générale adjointe  
Anesthésiste-réanimateur  
CHU Amiens



**Francis Vuillemet**  
Secrétaire général adjoint  
Neurologue  
CH Colmar



**Anouar Ben Hellal**  
Secrétaire général adjoint  
Urgentiste  
CH Le Chesnay



**Morgana Jeantieu-Nerisson**  
Secrétaire générale adjointe  
Anesthésiste-réanimateur  
CHI Pays d'Aix



**Matthieu  
Debarre**

Secrétaire général adjoint  
Anesthésiste-réanimateur  
CH Saint-Brieuc



**Louise  
Gouyet-Calia**

Trésorière  
Anesthésiste-réanimateur  
CHU Bordeaux



**Jullien  
Crozon**

Trésorier adjoint  
Anesthésiste-réanimateur  
CHU Lyon



**Renaud  
Chouquer**

Anesthésiste-réanimateur  
CH Annecy-Genevois



**Georges  
Estéphan**

Anesthésiste-réanimateur  
CHU Paris HEGP



**Yves  
Rébufat**

Anesthésiste-réanimateur  
CHU Nantes



**Laurent  
Heyer**

Anesthésiste-réanimateur  
CHU Lyon



**Bruno  
Greff**

Anesthésiste-réanimateur  
CHU Paris Robert Debré



**Mathieu  
Brière**

Anesthésiste-réanimateur  
CH Saint-Brieuc



**Anne  
Geffroy-Wernet**

Anesthésiste-réanimateur  
CH Perpignan



**Claude  
Wetzel**

Anesthésiste-réanimateur  
Retraité



**Patrick  
Dassier**

Anesthésiste-réanimateur  
CHU Paris HEGP

# Prime de solidarité territoriale : enfin la bonne solution ?

La prime de solidarité territoriale (PST) est une nouvelle prime qui a été créée pour permettre aux établissements de proposer une journée ou une demi-journée de remplacement dans certains de leurs services ayant un besoin ponctuel (Décret n° 2021-1654 du 15 décembre 2021).

## POURQUOI LA PRIME DE SOLIDARITÉ TERRITORIALE ?

La lutte contre l'intérim médical hospitalier est un des buts affichés du ministre Olivier Véran : il avait déjà réalisé un rapport en 2013 sur ce sujet. Cette volonté – louable sur le principe – suppose une amélioration de l'attractivité hospitalière : il suffit, pour ne pas avoir besoin d'intérim (ou peu), d'avoir un taux de vacance statutaire proche de 100 %... Or, il s'élève en moyenne à 30 %, et parfois plus de 40 % dans certaines spécialités. Estimé autour de 500 millions d'euros par le député Véran en 2013, il semblerait qu'il ait été multiplié par 4 à 6 en une petite dizaine d'années (sources : agences d'intérim). Ainsi, la ministre Agnès Buzyn faisait publier le 24 novembre 2017 un décret et un arrêté prévoyant l'encadrement des tarifs de l'intérim (application de l'article L 6146-1 de la loi « de modernisation de notre santé », 2016), qui ne sera jamais appliqué.

Au lieu d'améliorer l'attractivité hospitalière, ce sont des contraintes encore plus dures contre les médecins intérimaires qui sont décidées en 2021 : mettant en musique des dispositions législatives issues du Ségur, la loi n°2021-502 du 26 avril 2021 « visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification » prévoyait des mesures coercitives au dépassement de ces plafonds, à appliquer dans les six mois... mais en octobre dernier, le gouvernement a dû reculer, sur ces sanctions contre les dépassements tarifaires de l'intérim, qui mettaient en péril la continuité des soins de certains établissements. Les organisations syndicales avaient pourtant mis en garde le gouvernement de ce risque... (lire l'article écrit par le SNPHARE pour APH en novembre 2021<sup>1</sup>).

1 -« Intérim médical : quand le politique va jusqu'à crever la bouée de sauvetage de l'hôpital public » <https://fr.calameo.com/read/0045682931a9af5e5fca2?page=3>

Écarter les médecins intérimaires de l'intérim, sans arriver à augmenter le nombre de praticiens titulaires, cela revient soit à diminuer l'offre de soins, soit à demander aux praticiens hospitaliers de travailler plus – certes pour gagner plus... mais à quel prix ?

Ainsi, outre le temps de travail additionnel (TTA, réalisé au-delà des obligations de service des praticiens soit 10 demi-journées par semaine, et mal rémunéré) – que les praticiens font dans l'établissement, le ministère et la Fédération Hospitalière de France ont imaginé une prime, dite « prime de solidarité territoriale » (PST), pour que les praticiens aillent faire du TTA dans d'autres établissements, en manque de personnel médical. Ce qui était autrefois illégal (mais pratiqué...) deviendrait aujourd'hui encouragé : la solution aux déserts médicaux hospitaliers semblerait être enfin trouvée !

## LE DÉCRET

La prime de solidarité territoriale est créée via le décret n° 2021-1654 du 15 décembre 2021. Elle est destinée à **des missions d'activité clinique ponctuelles, non régulières, et en dehors des obligations de service.**

- Sont éligibles à la PST des praticiens à temps plein :
  - les praticiens hospitaliers titulaires,
  - les praticiens hospitalo-universitaires titulaires (PU-PH, MCU-PH, CCA...),
  - les praticiens contractuels, y compris les assistants et les attachés.
- Dans le cadre d'une double convention, il s'agit :
  - d'une convention-cadre signée entre l'ARS et les établissements publics partenaires,

- d'une convention tripartite nominative signée entre le praticien, l'établissement d'affectation et l'établissement d'accueil : il y a une convention par mission. Cette convention est soumise à l'avis du chef de service et du chef de pôle du praticien.

La convention nominative tripartite doit comprendre :

- la nature et les objectifs de l'activité concernée,
- le nombre de demi-journées réalisées,
- l'établissement dans lequel s'exerce l'activité territoriale,
- les conditions et délais minimaux de résiliation de ce contrat,
- les conditions relatives au remboursement de la PST entre établissements,
- les modalités de prise en charge des remboursements de frais de déplacement.

Les établissements concernés (établissement d'affectation du praticien, établissement(s) d'accueil) sont chargés de veiller au respect du repos de sécurité.

L'activité « PST » du praticien doit être explicitement mentionnée sur le tableau de service de son établissement d'affectation.

Le montant de la PST est défini par décret (ou arrêté) – cf. tableau p.9. Ce montant peut être minoré ou majoré de 20 %, sur décision du directeur général de l'ARS, après consultation de la Commission Régionale Paritaire (la CRP est l'instance de dialogue social régional, à laquelle participent vos syndicats), en fonction de la spécialité et/ou de l'établissement. Cette prime est versée au praticien par son établissement d'affectation (les établissements se remboursent ensuite entre eux).

L'évaluation de ce dispositif doit être soumise à ces Commissions Régionales Paritaires.

## L'AVIS DU SNPHARE

Comme tous les textes réglementaires relatifs aux modalités de notre exercice, ce texte a été préalablement présenté aux organisations intersyndicales et voté au sein du Conseil Supérieur des Professions Médicales (CSPM) : le SNPHARE y siège au sein de l'intersyndicale Avenir Hospitalier/APH. Ce vote est consultatif... nous vous laissons apprécier !

## Résultats du vote

		Texte 1/1		
		Pour	Contre	Abst
Collège 1 (HU)	SNAM-HP	3	0	0
	<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Collège 2 (PH)	APH - JM	0	3	0
	INPH	0	1	0
	<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>
Collège 3 (non titulaires : praticiens contractuels et CCA-assistants)	JM	0	2	0
	CMH	0	1	0
	INPH	0	1	0
	<b>TOTAL</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>
Collège « représentants des établissements » directeurs d'hôpitaux et présidents de CME	FHF	5	0	0
	<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

En effet, nous dénombrons plusieurs écueils à la PST :

- **La complexification de la réalisation des tableaux de service et du suivi du temps de travail du praticien :**
  - Dès lors que le praticien exerce sur plusieurs sites (et donc plusieurs tableaux de service), l'harmonisation des activités sur les divers sites risque de relever du funambulisme.
  - Le praticien pourrait faire le choix, plutôt que de faire du TTA dans son établissement, d'aller faire de l'activité PST ailleurs : ce serait déshabiller Pierre pour habiller Paul ! Certaines CRP ont réussi à proposer d'ailleurs que l'activité de PST ne soit réalisée qu'après que le tableau du service d'origine soit complété, afin d'éviter ce risque.
  - La réalisation de l'activité PST étant réalisée au-delà des obligations de service (+/- au-delà des nécessités de TTA dans l'établissement), il sera mathématiquement obligatoire pour le

praticien de travailler plusieurs week-ends par mois pour régulariser ses obligations de service... charge au praticien de faire ses propres comptes d'apothicaire !

- Il conviendra d'ailleurs de veiller scrupuleusement au respect du repos de sécurité, qui est un droit et un devoir non négociables.
- Enfin, si les modalités de suivi du temps de travail dans ce contexte reviennent à l'établissement d'affectation, aucune disposition particulière ne contraint l'établissement ni la médecine du travail à poser une limite au-delà du raisonnable dans ce que fera le praticien, comme pour le TTA : contrainte externe (responsables d'unité, directions) ou auto-contrainte (aide de « solidarité » vis-à-vis des collègues en difficulté... ou appât d'un excessif « gagner plus »).

● **Le danger pour la santé du praticien et pour la qualité/sécurité des soins** dispensés aux patients : chacun d'entre nous constate, en garde et/ou dans des agendas très chargés, que la fatigue risque d'altérer nos prises en charge ; outre ce risque pour le patient, l'explosion du volume horaire de travail des praticiens (obligations de service + TTA interne + PST) est un facteur de morbidité et de mortalité précoce maintenant bien démontré. Sans compter l'accidentologie potentiellement dramatique lors du parcours longue distance entre lieu de la PST et domicile, en sortant de garde...

● **La création d'une inégalité entre équipe de praticiens en souffrance et praticien venu faire de l'activité PST** : comme dans le cadre de l'intérim médical habituel, les équipes en souffrance vont voir arriver leurs pairs pour faire la même activité qu'eux, mais mieux rémunérée que leur propre TTA, rendant ces postes encore moins attractifs.

● **Un dumping entre les établissements pour faire venir les praticiens** : les praticiens qui veulent faire de l'activité PST iront forcément là où c'est mieux payé, et là où il y a moins d'activité/de pénibilité...

● **Le déploiement de la mesure vers les PH temps partiels** : de manière dérogatoire, les PH à temps < 100 % (anciens temps réduits / temps partiels) pourront faire de la PST au-delà de leurs obligations de service ; on s'attend à ce que de nombreux PH fassent la demande de passer à une quotité de temps entre 50 et 90 %, leur permettant ainsi de faire de l'exer-

cice territorial sans dépasser un volume horaire exagéré... avec des conséquences majeures sur les effectifs (désertification des services et explosion des équipes), des tableaux de service et dans les relations avec les direction d'établissements pour faire modifier ces quotités dans un sens ou dans l'autre selon l'offre de PST.

● **L'officialisation des PH-valises** : il est évident que l'activité PST censée être « ponctuelle » s'inscrira dans la durée et deviendra régulière, à moins d'un regain massif d'attractivité des carrières médicales permettant de remédier aux déserts médicaux hospitaliers. Comme l'exercice dans le GHT décrit dans le nouveau statut, la PST valide le principe du PH-valise, ou PH-pion, qu'on trimballe de site en site pour remplir les cases... au point de devenir un perpétuel intermittent dans chaque site. Comme mesure d'attractivité statutaire, on ne pouvait que difficilement faire pire.

● **La fragilisation des équipes médicales encore « en bonne santé »**, qui vont voir, une fois de plus, leur temps de soin et leur projet de service exploser, sans compensation ni financière ni organisationnelle.

## COMMENT SÉCURISER LA PST ?

● **Au niveau du praticien** : être raisonnable : le « travailler plus pour gagner plus » a des limites, et l'injonction de solidarité ne doit pas être une contrainte ou un motif de culpabilisation. N'oublions jamais que « le travail de nuit nuit à la santé » et réduit l'espérance de vie. L'IRCANTEC le sait encore mieux que nous... Et n'oublions pas que l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle ne doit pas être un vain mot.

● **Au niveau du service** : une discussion au sein du service ou de l'unité fonctionnelle pourrait donner un cadre tacite d'accord sur cette PST : par exemple, pas de PST s'il y a un besoin non rempli de TTA dans le service ou l'unité ; priorisation de la liste de garde et du planning du service par rapport à l'activité de PST, etc.

● **Au niveau de l'institution** : outre le respect de la convention, nous invitons les directions à effectuer un suivi méticuleux du temps de travail du praticien, et le cas échéant interpellé le ser-

## Montant de la prime de solidarité territoriale

	PST	PST majorée (+20 %)	TTA	Intérim
<b>Par demi-journée (DJ), en brut</b>				
1 DJ du lundi au samedi matin	293,25 €	351,90 €	½ TTA, soit 160,68 €	1170,04 / 4 soit 292,51 €
1 DJ samedi après-midi, dimanche ou jour férié (JF)	427,35 €	512,70 €	½ TTA 160,68 + indemnité de sujétion soit 267,82€ soit 294,59 € le samedi 428,5 € dimanche et JF	
<b>Par 24 heures, en brut</b>				
Semaine	1441 €	1729,20 €	2 x TTA soit 321,37 x 2 = 642,74 €	1170,04 €
Samedi	1575 €	1890 €	2 x TTA + 1 ½ IS 642,74 + 1,5 x 267,82 = 1044,47 €	
Dimanche ou jour férié	1709 €	2050,80 €	2 x TTA + 2 x IS = 642,74 + 2 x 267,82 = 1178,38 €	

vice de santé au travail ; la commission d'organisation de la permanence des soins devrait être récipiendaire des volumes de PST réalisés par les praticiens, comme c'est le cas pour le TTA.

- **Au niveau des CRP** : les CRP devraient recevoir une cartographie des établissements en besoin de « solidarité territoriale » et du volume de PST réalisés par les praticiens, comme c'est également le cas pour le TTA, et donner régulièrement un avis sur les minorations/majorations de 20 % de l'indemnité *ad hoc*.

**« C'est donc bien le praticien lui-même qui est la clé de voûte de la sécurisation de cette activité PST. »**

### POUR CONCLURE...

La création de la PST par les tutelles et la FHF est un nouvel aveu d'impuissance face à la pénurie de praticiens à l'hôpital public et au manque d'attractivité des carrières médicales hospitalières. C'est une mesure qui ne voit qu'à court terme, et qui cherche à « acheter » les praticiens en les

épuisant. Elle fait partie des statuts médicaux : le SNPHARE vous met en garde des dangers qu'elle peut comporter, pour vous et pour les patients.

*Emmanuelle Durand, Anne Wernet*

### Prime d'exercice territorial (PET) et prime de solidarité territoriale (PST)

La prime d'exercice territorial ne devrait pas être comparée à la PST : c'est une activité intégrée aux obligations de service, régulière (1 à 4 DJ par semaine), compensée par une indemnisation *ad hoc*. Seul le lieu d'exercice change.

La PST s'appelait initialement « PET renforcée », ce qui illustre bien l'idée de nos tutelles : faire travailler les PH non sur un établissement, mais sur un territoire. Il aurait été plus judicieux de l'appeler TTA externe (par opposition au TTA interne, réalisé dans son établissement). Le lieu d'exercice et le volume horaire de travail du PH sont modifiés.

# Gouvernance : l'autre grand sujet du Ségur pour l'hôpital public

Le « Ségur » de la Santé n'a pas concerné que le volet des carrières et des rémunérations. Trois autres thématiques ont été abordées, dont celui de la gouvernance hospitalière. Les recommandations du Ségur – mais aussi les travaux entrepris dans le cadre de « Ma Santé 2022 » – ont été traduites dans des ordonnances/lois, puis des décrets d'applications ont été présentés aux Conseils Supérieurs – dont le Conseil Supérieur des Professions Médicales (CSPM).

Le SNPHARE, via notre intersyndicale Avenir Hospitalier/APH, participe aux réunions de ce CSPM ; nous ne pouvons vous cacher que la méthode de travail a suscité de grandes interrogations. Les textes étaient complexes, imbriqués les uns dans les autres, mais travaillés sur des calendriers décalés. L'ensemble des organisations représentatives des praticiens a le plus souvent voté « contre », tandis que la FHF a voté systématiquement pour les textes proposés par la DGOS.

Le grand leitmotiv de la réforme de la gouvernance hospitalière est de passer d'une gouvernance verticale, telle que voulue par la loi HPST (2009) – un seul patron, le directeur général de l'hôpital – à une gouvernance plurielle, plus « médicalisée ». C'est tout à fait cohérent avec les méthodes modernes de management bienveillant, qui favorise la participation et l'horizontalisation des décisions.

## QUELLES ÉVOLUTIONS DANS LA GOUVERNANCE DEPUIS LE SÉGUR ?

### À l'échelle de l'hôpital

- Les équilibres directeurs/soignants sont modifiés dans le directoire, permettant une « remédicalisation » de la gouvernance, via l'ajout d'un professionnel de santé « non médical » au sein du directoire.
- La CME garde ses petites prérogatives, et a toujours un avis consultatif sur de maigres sujets.
- Le nouveau président de CME devient co-

décisionnaire, avec le directeur, en ce qui concerne la politique médicale de l'établissement. Ainsi, le directeur et le président de CME arrêtent conjointement l'organisation interne, signent ensemble les contrats de pôle d'activité et décident de la nomination des chefs de pôle, responsables de service et d'unité fonctionnelle. Le PCME est le vice-président du directoire.

- Une plus grande liberté d'organisation est donnée aux professionnels et aux établissements... tout en inscrivant cette liberté dans le carcan du GHT : les textes à ce sujet sont sinon inapplicables, du moins totalement opaques, même pour les spécialistes des textes.

### À l'échelle du GHT

- La commission médicale de groupement (CMG) est au GHT ce que la CME est à l'établissement. Ses missions sont de « *contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie médicale du groupement et du projet médical partagé du groupement [...] notamment l'élaboration de la politique territoriale d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité, et de la pertinence des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers* ».
- Le président de la CMG est chargé de cette politique territoriale, conjointement avec le directeur du comité stratégique.
- Sous réserve d'accord de toutes les parties, les CME des établissements d'un GHT peuvent disparaître au profit d'une commission unifiée de groupement. Dans ce cas, le président de



cette CMG unifiée devient vice-président des directoires des établissements-parties du groupement.

### Pôles et services

Les pôles sont maintenus, mais deviennent facultatifs, et les services sont réhabilités. C'était une forte demande du Ségur. Une délégation de gestion est conférée aux chefs de pôle et de service (gestion RH, petits investissements, initiatives visant la qualité au travail, etc.). L'incitation à user de la liberté d'organisation est développée dans le « guide Claris », paru à la fin de l'été 2021 (<https://snphare.fr/fr/blog/posts/reforme-de-la-gouvernance->).

### Rémunération des fonctions managériales

Les fonctions managériales font l'objet de primes :

- création d'une indemnité de chefferie de service (200 euros brut mensuels),
- doublement de l'indemnité de chefferie de pôle (part fixe : 400 euros brut mensuels, part variable annuelle : 4 800 euros brut, déterminée

par le directeur d'établissement en fonction de la réalisation des objectifs du contrat de pôle),

- doublement de l'indemnité de présidence de CME : 600 euros bruts mensuels,
- création de l'indemnité de présidence de CMG : 600 euros brut mensuels.

Ces primes sont cumulables, dans la limite de 1 000 euros brut par mois (hors part variable des chefs de pôle).

### NOTRE AVIS !

En réalité, les évolutions annoncées sont très timides. Il y a fort à parier que cela ne va pas changer la vie des praticiens et de l'ensemble des professionnels de santé dans l'hôpital. Pourquoi ?

- La médicalisation de la gouvernance se limite aux prérogatives du président de CMG et de CME, et non à l'ensemble des médecins qui les compose.
- Les CME donnent des avis qui restent consultatifs. L'ensemble des médecins vote, qu'ils

soient élus ou non, y compris pour la désignation du président de CME. Le poids des praticiens élus, donc représentatifs en est *de facto* affaibli.

- Le retour aux services était attendu ; en pratique, dans la plupart des hôpitaux, les services n'avaient pas disparu : la réforme de la gouvernance leur redonne leur place, et réhabilite au passage le chef de service sans rénover son mode de nomination.

**« Le grand leitmotiv de la réforme de la gouvernance hospitalière est de passer d'une gouvernance verticale, à une gouvernance plurielle, plus « médicalisée » : mais les évolutions annoncées sont très timides ».**

- La démocratie sanitaire n'est toujours pas la règle : la désignation des chefs de service et de pôle se fait par cooptation, sur proposition du PCME et sur décision du directeur. Le SNPHARE et son intersyndicale Avenir Hospitalier/APH estiment que la force d'un chef de service ou d'un chef de pôle, que ce soit vis-à-vis d'une négociation locale avec la direction ou pour asseoir son autorité dans le service/pôle est liée à sa légitimité, et donc à une désignation par ses pairs – voire une élection par ses pairs. Cette idée n'est pas partagée par l'ensemble des intersyndicales !
- L'écriture dans la réglementation d'un temps spécifiquement dédié à la chefferie de service et de pôle était très attendue. Il faut regretter que ce temps n'ait pas été alloué également aux responsables d'unités fonctionnelles, qui, dans les gros services (notamment anesthésie-réanimation, urgences...), ont une charge de travail managérial au moins aussi importante que celle des chefs de service plus petit.
- Fallait-il rémunérer les fonctions managériales ? Les primes managériales ne sont pas une nouveauté... et la carotte n'était pas très attrayante. Certes, ce sera peut-être davantage une source d'attractivité pour ces activités qui en manquent cruellement, mais il ne faut pas perdre de vue non plus que l'amoncellement

de primes liées à des contrats, en complément du salaire d'un PH, marque une volonté supplémentaire de casser le statut dit « unique » (cf. notre précédent numéro) et de libéraliser les métiers dans l'hôpital.

Le seul texte qui entre dans le détail d'une gestion réinvestie par les soignants de terrain, sur un mode participatif et avec l'objectif de mieux soigner, est la circulaire DGOS du 6 août 2021. Pourquoi le ministre a-t-il tout gâché en précisant dans cette même circulaire, que ce guide managérial n'était pas « normatif » ?

## En conclusion

Tout est fait pour que rien ne change. Livrer les établissements à eux-mêmes dans leur organisation où il n'existe ni instance démocratique ni temps d'équipe pour y réfléchir, est une injonction paradoxale. Le guide Claris est pavé de bonnes intentions, écrit alors que tous les décrets n'étaient pas encore fixés, mais ne donne aucune recette et ne propose pas de moyens pour faire vivre un service – ce que nous savons tous faire – occultant même le fait que la notion d'équipe a disparu dans de nombreux endroits, si l'on compte le nombre de médecins intérimaires et autres « infirmières du pool » qui viennent faire tourner l'hôpital.

Alors que la réforme de la gouvernance devait prendre modèle sur l'expérience de la première vague de la crise sanitaire, c'est-à-dire la gouvernance qui part du terrain pour organiser les services, les parcours des patients, les fonctionnements, et qui est validée par la direction, aucun réel moyen n'est donné aux équipes dans ce sens...

*Anne Wernet et Yves Rébufat*



**Journée thématique du SNPHARE**

**17 juin 2022**

**LA FABRIQUE 52 ter rue des vinaigriers 75010 Paris**

## **Nouveaux statuts et concept d'équipe**

**TABLE RONDE DU MATIN 10H-12H  
NOUVEAUX STATUTS : COMMENT SÉCURISER L'EXERCICE MIXTE ?**

**Modérateurs :** Dr Eric Le Bihan et Dr Laurent Heyer

**Invités :**

- Mme Eve Parier, Directrice Générale du Centre National de Gestion M. Quentin Hénaff, Fédération Hospitalière de France
- Pr Souhayl Dahmani, chef de service d'anesthésie à l'hôpital Robert Debré, Paris
- Dr Francis Vuillemet Praticien hospitalier
- Témoignage d'un assistant à temps partagé

**TABLE RONDE DE L'APRÈS-MIDI 14H-16H  
L'ÉQUIPE, UN CONCEPT D'AVENIR ?**

**Modérateurs :** Dr Matthieu Débarre et Dr Yves Rébufat

**Invités :**

- Pr Souhayl Dahmani, chef de service d'anesthésie à l'hôpital Robert Debré, Paris
- Mme Tanina Wathle, coaching d'équipe en cancérologie, ELIVIE
- Mme Laurence Théry, ARACT Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail Hauts-de-France
- M. Yvon Miossec, Maître de conférence en psychologie du travail au CNAM

# Assistants médicaux : une réponse simple à la pénurie d'infirmiers ... ou un métier d'avenir à l'hôpital ?

**L**a pandémie a été à l'origine d'une pénurie d'infirmiers qui a conduit Olivier Ganansia, chef de service des urgences à l'hôpital Saint-Joseph (Paris), à déployer de nouveaux métiers à l'hôpital.

**PHARE : Afin de trouver des solutions à la pénurie d'infirmiers dans votre service d'Urgences, vous avez mis en place de « nouveaux métiers à l'Hôpital ». Quels sont-ils ? Et quels sont leurs rôles ?**

**Olivier Ganansia :** En préambule, pendant une année, nous avons travaillé avec un ingénieur en nous focalisant sur les flux de patients et sur les organisations du service des urgences. Il nous a apporté un regard intéressant en termes d'aide organisationnelle et logistique.

Dans des périodes de pénurie d'infirmiers, nous avons considéré qu'il fallait recentrer les personnels sur leur métier de base. Ainsi, nous rendons leur métier plus attractif. Ce qui épuise le plus les infirmiers ce n'est pas le nombre de patients, c'est la multitude de tâches qui parasitent l'exercice de leur métier, c'est-à-dire soigner. Le métier d'infirmier, comme celui de médecin, est un métier d'expertise.

L'idée a été d'observer le quotidien du fonctionnement de notre service d'urgence. C'est ainsi que nous nous sommes rendu compte du nombre de tâches qui ne concernaient pas les infirmiers. Nous avons donc envisagé de confier ces tâches à des administratifs dénommés « assistants médicaux ».

**« Les assistants médicaux sont à l'écoute des patients, de leur famille, mais également des soignants. »**

**PHARE : Quels sont les profils et les formations de ces acteurs ?**

**Olivier Ganansia :** Nous avons fait appel, sur la base du volontariat, à des agents administratifs

qui ont une connaissance de l'univers de l'hôpital et qui sont attirés par le travail aux urgences. Actuellement, il est moins difficile de détourner ces agents administratifs de leurs missions que de trouver des infirmiers. Un encadrant assure en quelques heures leur formation. On leur fournit également des fiches de poste avec leurs missions d'assistant médical. Ces assistants sont à l'écoute des patients, de leur famille, mais également des soignants.

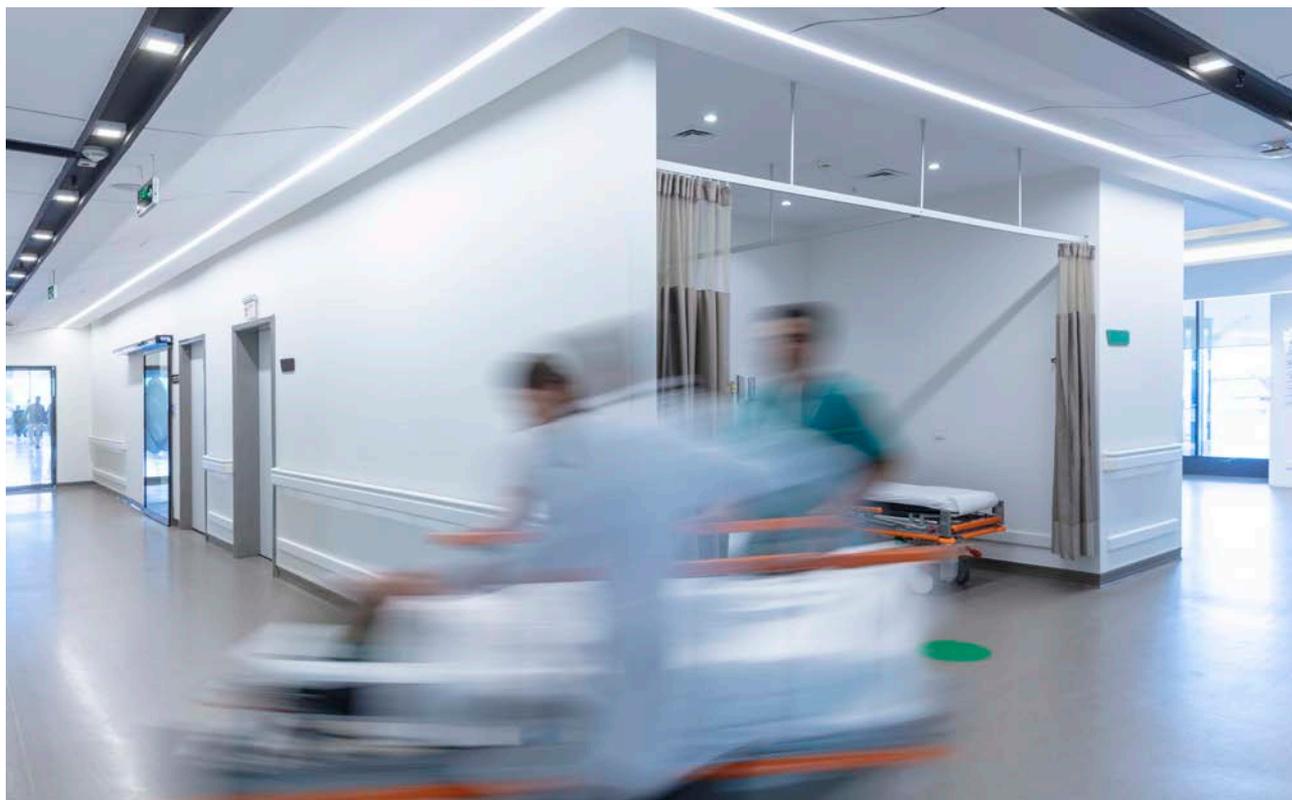
**« L'hôpital de demain doit s'inscrire dans ces modèles de transformation. »**

**PHARE : Quel est le périmètre de leur exercice ?**

**Olivier Ganansia :** Ces « assistants médicaux » ne sont pas dans des bureaux, mais à nos côtés dans le service. Ils sont soumis au secret médical. Il n'y a aucune délégation de soin. Leur rôle est de répondre au téléphone en centralisant tous les appels, de rédiger un bon de transport, de commander les ambulances, de renvoyer les patients en EHPAD quand cela est nécessaire, d'imprimer les papiers de sortie, d'assurer le retour à domicile des patients, de commander les brancardages, toutes ces tâches qui polluent le travail des infirmiers. C'est un vrai soulagement pour eux ! Quant aux assistants médicaux, ils retrouvent du sens à leur travail en étant à l'écoute des patients et des soignants.

**PHARE : Comment sont financés ces nouveaux postes ?**

**Olivier Ganansia :** Ces postes ont été financés par les postes d'infirmiers vacants pendant la



pandémie. Mais cette pénurie étant chronique et les infirmiers pouvant enfin se focaliser uniquement sur le soin, il est important de conserver ces postes. Nous avons fait tourner le vivier d'agents administratifs, formés, sur ces nouveaux postes. J'ai la chance d'être dans un hôpital qui ne raisonne pas en « administratifs », en « soignants » et en « médical ». Je suis chef d'un service de 160 personnes, tous corps de métiers confondus. Nous vivons dans une harmonie décentralisée, ce qui nous a permis de discuter de ce projet avec le coordinateur administratif, sans avoir besoin de passer par plusieurs strates administratives pour obtenir un accord. Nous avons monté ce projet en une semaine.

Aujourd'hui tous les postes infirmiers sont pourvus, mais nous avons créé un poste quotidien d'assistant médical financé par des queues de budget. Dans un service il y a toujours des postes vacants (congé maladie, congé maternité...) de l'ensemble des acteurs du service (médecins, infirmiers, administratifs). Nous espérons pouvoir étendre ces postes 7 jours sur 7, au moins 12 heures par jour. L'hôpital de demain doit s'inscrire dans ces modèles de transformation.

*Propos recueillis par Christiane Mura*

**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>

## Le métier de médecin vu par des membres du Conseil d'Administration

**L'essence de notre métier se retrouve dans la définition de la « Qualité des soins » donnée par l'OMS :**

« Délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins. »

Anouar Ben Hellal

Être médecin, c'est soigner tout patient sans discrimination, en offrant la meilleure qualité de soins possible. L'exercice hospitalier doit permettre des prises en charge complexes par un travail en équipe, de qualité. J'ai vu les conditions de travail se dégrader en bientôt vingt ans d'exercice, l'inadéquation entre les missions et les moyens devenant de plus en plus criante. **J'espère que nous allons réussir à arrêter la spirale infernale dans laquelle le service public hospitalier est entraîné, pour préserver notre modèle de santé, autrefois réputé pour être le meilleur du monde !**

Éric Le Bihan

**Que reste-t-il de nos soins, que reste-t-il de l'humain ?**

Par delà l'aspect scientifique du soin médical : trouver le bon diagnostic pour proposer le traitement le plus adapté, il y a aussi le « prendre soin » (le « cure » et le « care », aussi inséparables sans doute que le yin et le yang).

On a longtemps dit - et plaisanté - au sujet de ma discipline, la neurologie : purement « contemplative ». Vous, vous faites de savants diagnostics, avec des éponymes illustres, voire totalement inconnus des non-initiés... mais quand on commence à discuter thérapeutique, vous n'êtes plus très loquaces : vous n'avez rien qui marche !

Certes, cette époque est aujourd'hui bien révolue : l'imagerie et les traitements ont considérablement progressé et véritablement chamboulé notre spécialité. Mais il reste encore, hélas, des maladies neuro-dégénératives et des situations incurables, où les soins pourtant continuent... et l'accompagnement aussi. Un soin peut être palliatif et terriblement humain.

**Si le terme de vocation peut paraître aujourd'hui désuet, il y a derrière le choix de nos professions médicales, la volonté de prendre soin.** Souvent d'ailleurs, les patients y attachent une importance primordiale : pour eux, le meilleur médecin n'est pas toujours celui qui leur prescrit le meilleur traitement, mais celui qui sait leur expliquer et surtout, les écouter...

Car derrière le soin, il y a toujours une relation humaine et aussi la rencontre de quelqu'un qui est en demande d'aide et d'un soignant, un autre être humain idéalement animé par une vraie volonté d'aider, ce qui veut dire aussi de faire preuve de compassion, de prendre sur soi et de donner de sa personne.

Car si nous ne devenons plus, demain, que des applicateurs de protocoles, les algorithmes suivront alors aussi les protocoles et l'intelligence artificielle, qui va beaucoup plus vite que nous, aura tôt fait de nous remplacer.

Mais sera-t-on encore alors véritablement dans le soin (« care ») ?

Francis Vuillemet

L'essence de mon métier de médecin réanimateur, c'est un contact humain, un diagnostic, un traitement et le devoir de soulagement des symptômes. Cela implique d'être proche du patient. Le moment où je me sens meilleur médecin c'est lorsque j'examine un patient et que je parle avec lui !

**Tout ce qui m'éloigne du patient, symboliquement et géographiquement, m'éloigne de l'essence de mon métier.**

C'est le cas de nombreuses choses qui ont été imposées à notre profession, souvent par des gestionnaires ou des « manageurs ».

C'est le cas du « reporting de l'activité » et « la cotation des actes » pour la T2A. Mais aussi, pour pallier les faiblesses du système de soin, le temps passé pour trouver des lits et à gérer tous les conflits entre soignants générés par cette crise des lits.

Le transfert de certaines tâches de secrétariat médical sur les médecins et les ratés de l'informatisation des hôpitaux (jusqu'à 8 logiciels différents pour gérer l'admission d'un malade) ont accentué le problème.

Mais il y a plus insidieux, la réduction des moments de communication entre professionnels d'une même équipe, lors des soins et au sujet des soins ne permet plus de construire ensemble la prise en charge du malade.

La fragmentation de l'exercice (dans le temps ou par la multiplication des sites) fait qu'on ne se connaît plus et qu'il y a moins de complicité, moins de solidarité dans l'exécution des tâches.

Et cela, le patient, même alité en réa, s'en rend compte et nous le dit. C'est toujours dans ces quelques moments de soins en équipe, ceux que l'on peut encore faire (en particulier lors de l'admission), que le malade réalise que plusieurs personnes se consacrent à lui seul pendant de longues minutes, voire plus, et qu'il qualifie cela de merveilleux ou formidable. Ou quand il nous remercie parce qu'il n'en revient pas d'avoir été écouté alors qu'il énumérait ses plaintes et ses besoins, juste ça ! **C'est ça l'essence de mon métier : s'occuper de ceux qui en ont besoin en pratiquant une médecine humaniste, qui met de côté l'efficience pour se recentrer sur des soins pertinents et consentis.**

Renaud Chouquer

## Médiation : un pas en avant

La médiation n'est pas un nouveau concept. C'est en 2016 que Mme Marisol Touraine, alors ministre de la Santé, lance un grand plan d'amélioration de la qualité de vie au travail pour les soignants. Faisait partie de ce grand plan, un dispositif pour détecter et prévenir les risques psychosociaux. Nous revenons ici sur ce que signifie la médiation et quelles ont été les avancées depuis 2016.

Après le suicide médiatisé d'un médecin à Paris, la ministre nomme en 2017 un médiateur national en la personne de M. Édouard Couty, qui a des moyens bien en deçà de ce qui est nécessaire pour mener à bien sa mission.

En 2019, sous l'égide de Mme Agnès Buzyn, un décret et un arrêté concrétisant la mise en place de cette médiation sont rédigés, structurant plusieurs niveaux de médiation/conciliation devant une profusion de dossiers impossibles à traiter par une seule commission.

- **Décret n° 2019-897 du 28 août 2019** instituant un médiateur national et des médiateurs régionaux ou interrégionaux pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux.
- **Arrêté du 30 août 2019** portant approbation de la charte de la médiation pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux.

### QU'EST-CE QUE LA MÉDIATION ?

La médiation s'entend de tout processus par lequel deux ou plusieurs personnes tentent de parvenir à un accord afin de résoudre un différend. Un médiateur accompagne la démarche en toute impartialité, indépendance, neutralité, équité.

La médiation s'applique à tout différend entre un prati-

### La médiation en bref

La médiation est un processus volontaire bilatéral avec recueil préalable obligatoire de l'accord de chaque partie. Le directeur de l'établissement est informé de l'intervention du médiateur.

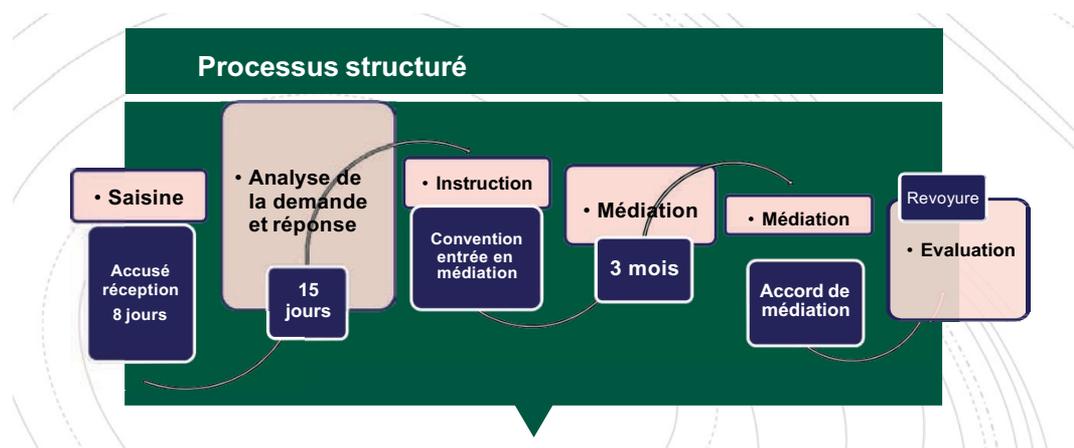
Elle répond à des codes d'écoute très précis, et n'a pas vocation à imposer sa solution. Le médiateur bénéficie d'une formation qualifiante ainsi que d'une formation professionnelle continue.

La médiation peut être dénoncée à tout moment par l'une ou l'autre partie et par le médiateur lui-même.

Lorsque le processus se termine, il ne peut être repris et le médiateur informe les parties des recours contentieux qui leur sont ouverts. La médiation ne peut se mettre en place lorsqu'une action en justice a été initiée.

Elle n'a pas d'obligation de résultat.

### Processus de mise en route de la médiation





cient avec sa hiérarchie, un autre praticien ou tout autre professionnel de l'hôpital dans lequel il exerce.

Ne font pas partie de la médiation :

- les conflits sociaux,
- les différends relevant des instances représentatives du personnel,
- les différends faisant l'objet d'une saisine du Défenseur des droits.
- les différends faisant l'objet d'une procédure disciplinaire,
- les différends relatifs à des décisions prises

après avis d'un comité médical ou d'une commission de réforme.

## QU'EXISTE-T-IL AUJOURD'HUI ?

Il existe une procédure de conciliation au sein du conseil de l'ordre, mais celle-ci n'est pas spécifique des conflits entre médecins. En effet, la même commission peut s'ouvrir aux conflits avec les patients. En ce qui concerne les conflits entre médecins, elle s'appuie essentiellement sur le code de déontologie et est plus éloignée des spécificités hospitalières.

De fait, nous retenons aujourd'hui 4 niveaux de conciliation-médiation.

**L'instance de conciliation** est un comité qui est créé en local (encore balbutiant dans beaucoup d'établissements faute de moyens), et est un passage obligé de tentative de résolution du conflit avant la saisine d'une médiation régionale. Son rôle est d'établir avec les personnes concernées un diagnostic, si possible partagé, de les conseiller et les accompagner, et, si nécessaire, d'intervenir personnellement pour proposer des solutions au problème.

L'intérêt de ce dispositif tient à ce qu'il est plus facile, en théorie, de prévenir un conflit larvé et désorganisant dans un service que d'intervenir trop tard au moment où chacun campe dans ses certitudes et ses ressentiments. L'objectif, bien entendu, étant de protéger les personnes concernées lorsque le conflit s'éternise.

Son intervention ne doit pas s'inscrire dans un délai trop long (raisonnablement 3 mois) au risque de participer à l'enkystement du conflit. Au-delà de ce délai, l'échec de la conciliation doit être constaté et le processus peut se déplacer vers d'autres instances.

Ce type de structuration de prévention des conflits dans les établissements est mis en place dans certains centres, et a la réputation de bien fonctionner, par exemple le groupe bien-être au travail (BEAT) créé par Michèle Maury (livre « Les médecins ont aussi leurs maux à dire ») à Montpellier, la Commission vie hospitalière (CVH) de l'APHP. Ces structures ont des fonctionnements très divers qui ont fait leurs preuves. Chaque établissement est censé mettre en œuvre les moyens nécessaires à leur création. Mais cette mise en place dans les petits centres hospitaliers est complexe et l'articulation dans les GHT n'est aujourd'hui pas prévue.

**Le deuxième niveau local est constitué par la commission régionale paritaire (CRP)**, qui est considérée comme intervenant local en conciliation plus particulièrement, mais également en médiation si la demande lui en est faite. Cette commission est constituée de façon paritaire par des représentants de chaque intersyndicale de praticiens hospitaliers, des représentants des internes, des représentants directeurs et directeurs des affaires médicales, et des représentants des présidents de CME. Elle est présidée par l'ARS.

Elle peut être saisie directement par le praticien, par la commission de conciliation locale, par le directeur ou le PCME. Les membres de la CRP ont pu bénéficier d'une formation dans certaines d'entre elles, plus ou moins complète. Les moyens ne sont pas encore bien encadrés, mais le dispositif existe et a le mérite de permettre d'externaliser la démarche des parties vers un lieu et des conciliateurs neutres.

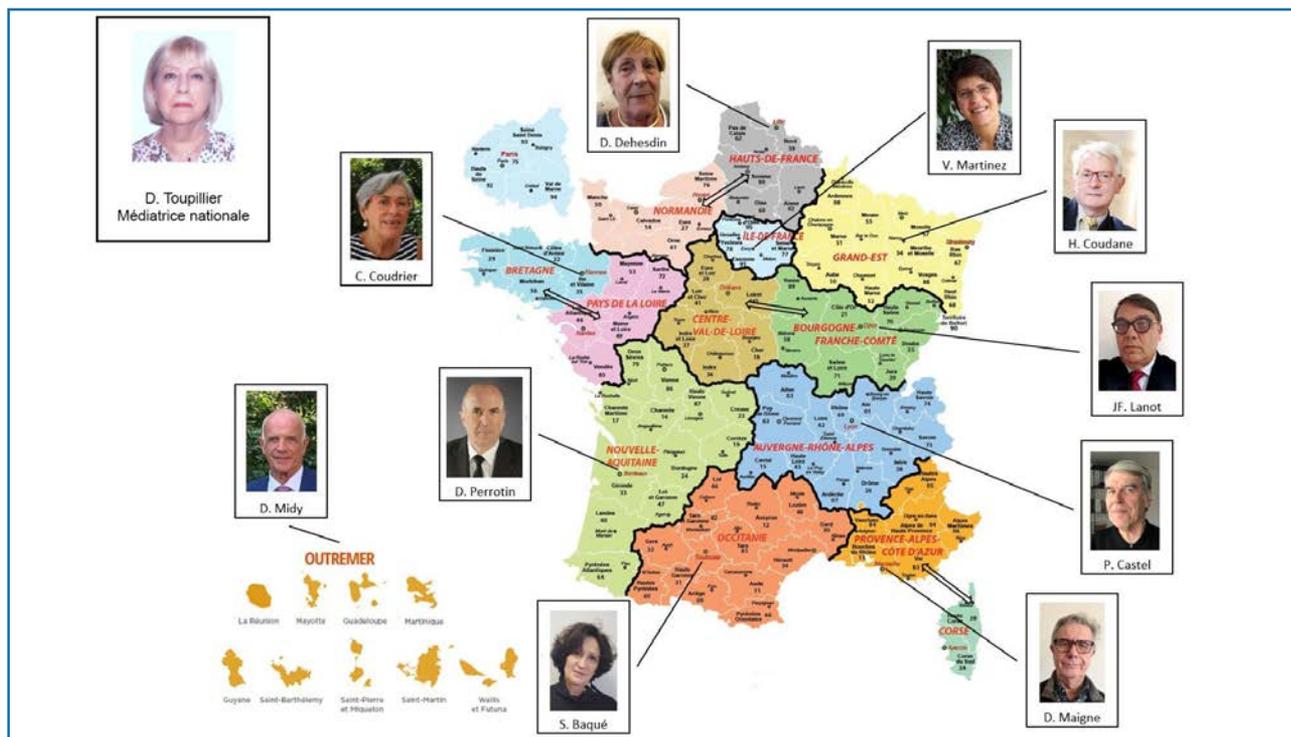
**Le troisième niveau dans la résolution des conflits est la médiation régionale.**

Chaque région est dotée, depuis 2019, d'un médiateur régional formé professionnellement et assisté d'une commission de plusieurs membres. Cette instance est parfaitement indépendante de toute institution, elle ne produit aucun rapport.

Lorsque la démarche de conciliation (local + CRP) n'a pas abouti, des médiateurs régionaux peuvent être saisis par l'une des parties concernées, le directeur de l'établissement conjointement avec le PCME lorsque les personnes impliquées sont des médecins, conjointement avec le doyen de la faculté si le conflit concerne des personnels enseignants et des internes. Une adresse mail à l'ARS est dédiée à la saisine des demandes.

D'autres acteurs peuvent également saisir le médiateur régional : le DGARS, le CNG (quand les PH ou les directeurs sont concernés), le préfet de département dans les conditions *ad hoc*.

Deux membres désignés par le médiateur régional rencontrent les personnes parties prenantes et réunissent tous les éléments issus de la conciliation locale. C'est



seulement après cette démarche qu'ils peuvent engager une médiation.

### Enfin il existe un dernier niveau assuré par la médiation nationale.

Aujourd'hui, la médiatrice nationale est représentée par Mme Danielle Toupillier (ex-DG du CNG), qui a succédé à M. Édouard Couty.

La médiatrice nationale est placée auprès du ministre de la Santé, mais est indépendante de toute hiérarchie administrative. Elle est nommée pour une durée de 3 ans, renouvelable une fois.

Elle peut être saisie par le ministre de la Santé, le CNG ou les médiateurs régionaux en cas d'échec de médiation.

Un rapport annuel anonymisé et public comporte le bilan et les propositions législatives et réglementaires visant à améliorer les actions de prévention des risques psychosociaux et des conflits. Il est présenté au conseil supérieur des professions médicales (CSPM), dont fait partie le SNPHARE via son intersyndicale depuis les élections professionnelles de 2019.

### EN CONCLUSION

S'il était temps que ce système se mette en place au vu des événements qui ont endeuillé les hôpitaux ces dernières années, la médiation reste une solution de résolution de conflits qui devraient idéalement être évités grâce à des organisations professionnelles cohérentes et démocratiques, et un management bienveillant.

Beaucoup d'obstacles restent à franchir sur la conciliation locale en termes de moyens, d'indépendance, de

communication avec l'institution et d'articulation avec la médecine du travail, qui aurait pu assumer voire coordonner en grande partie cette fonction, mais dont on déplore la trop grande difficulté aujourd'hui à l'hôpital. Mais c'est un véritable pas en avant et il faut que les établissements se donnent tous les moyens pour ne pas avoir à déplorer de situations irréparables.

*Emmanuelle Durand, Présidente du SNPHARE*

### Déroulé d'une médiation

En préliminaire, le médiateur a un devoir d'indépendance, d'impartialité, de neutralité, de confidentialité.

Les personnes ayant saisi la médiation doivent solliciter le médiateur après l'avoir informé du déroulé d'une action de conciliation ou de médiation locale.

Il est possible de choisir un autre médiateur que celui proposé, mais une seule fois. Il est possible de se faire accompagner par la personne de son choix lors des entretiens individuels, mais aussi lors des réunions plénières. Les entretiens se déroulent dans un lieu neutre.

Lorsque la médiation aboutit à un accord, un contrat est signé entre les deux parties et un suivi est engagé selon des critères qui auront été déterminés par les médiés. Si l'une ou l'autre partie ne signe pas l'accord, ou si le délai dépasse 3 mois, la médiation est terminée et ne peut revenir en arrière.

# L'interview d'Anne Wernet, Présidente du SNPHARE pendant trois années très mouvementées

**A**nne Wernet, anesthésiste-réanimateur au centre hospitalier de Perpignan, a mis toute son énergie pour mener les durs combats de ces trois dernières années. Elle partage son histoire au sein du SNPHARE et les difficultés rencontrées, notamment pendant la crise sanitaire et après...



**PHARE :** Vous avez été élue présidente du SNPHARE en 2019. Qu'est-ce qui avait motivé votre candidature à ce poste ?

**Anne Wernet :** À vrai dire, je n'avais jamais imaginé être présidente du SNPHARE. J'ai connu le syndicat (SNPHAR à l'époque) en 1996 quand je faisais un stage d'interne à Broussais, et Patrick Dassier m'avait fait découvrir le SNPHAR. J'avais retenu que ce n'était pas un syndicat « classique », mais qui avait beaucoup de réflexions, de propositions constructives, issues du terrain. J'avais toujours suivi le SNPHAR de loin en loin, puis j'ai fini par devenir adhérente, puis déléguée, sans doute suffisamment « active » pour que plusieurs membres du CA me repèrent et me demandent de les rejoindre. J'ai refusé plusieurs fois, arguant que quand je m'engageais, je m'engageais à fond : 4 enfants, un mari anesthésiste-réanimateur, et habitant Perpignan, ce n'était pas simple. J'ai fini par craquer.

De la même manière, Michel Dru, pendant sa deuxième présidence, m'a demandé de prendre sa suite. C'était un challenge inattendu (je me souviens de son coup de fil, auquel j'avais immédiatement répondu... croyant qu'il m'appelait parce que j'avais fait une connerie !) et vertigineux, mais je lui avais dit « le SNPHARE m'a tellement donné, que s'il le faut, je rendrai ce que j'ai reçu ». Je me souviens d'une phrase de Didier Réa qui m'a toujours guidée, quand je lui disais que je n'étais pas capable d'une telle mission : « Tu connais l'hôpital depuis 20 ans, donc tu sais ce qu'il faut pour l'hôpital ». Par ailleurs, j'avais déjà des responsabilités dans le milieu associatif, et j'ai baigné dans une ambiance familiale d'engagement pour les autres, et de dialogue social.

J'ai voulu aussi l'accord de mon mari (que Michel avait appelé) parce que, dans cette histoire, on embarque aussi mari et enfants... Et j'ai « appris » intensément en tant que vice-présidente auprès de Michel, qui est une icône du SNPHARE, ainsi que des autres éléphants du CA : Patrick Dassier, Didier Réa, Nicole Smolski, Jean Garric, et Max Doppia, que j'ai trop peu connu...

**« La crise sanitaire a été un moment à part, mais il nous a permis de parler de l'hôpital public ! »**

**PHARE :** Durant ces 3 années de présidence, vous avez été confrontée à une actualité brûlante : l'organisation de la grève du 14 novembre

## 2019 pour sauver l'hôpital public, le Ségur de la santé, la Covid, l'attractivité des carrières hospitalières... Comment avez-vous géré cela au sein du SNPHARE ?

**Anne Wernet :** L'actualité est toujours brûlante. La présidence, c'est faire du multitâches : être au courant de tout en temps réel, répondre rapidement, entretenir les relations avec les interlocuteurs de l'intersyndicale, mais aussi les sociétés savantes, CNP, HU, tutelles, et enfin animer un conseil d'administration : distribuer le travail, initier des thèmes de travail, écouter tout le monde, manager une équipe qui n'a pas de temps dédié au syndicalisme.

Le 14 novembre 2019 était une manifestation historique. Le Ségur a été un moment complètement raté, et qui laissera des traces pour chaque PH : pas de compensation des 4 ans donnée aux plus jeunes, rien pour la permanence des soins... Les ambitions du Ségur n'étaient pas à la hauteur des moyens qui lui étaient donnés : en calendrier, en temps, en financement... mais surtout en dialogue social, qui n'en était pas un. Au final, c'est une cicatrice pour l'hôpital public plus qu'une avancée.

**« Lors des réunions au ministère, notre travail a consisté à limiter la casse et à répéter inlassablement qu'il fallait donner de vraies solutions pour l'attractivité. La vraie question est de savoir si les tutelles ont réellement envie de sauver l'hôpital public. »**

La crise sanitaire a été un moment totalement à part. Le SNPHARE a été énormément sollicité par les médias (plusieurs appels par jour), par effet « carnet d'adresses », par les journalistes, non seulement pour des sujets syndicaux, mais pour parler du métier dans son ensemble. Cela montre combien le SNPHARE est visible dans le paysage syndical hospitalier et dans son rôle dans la défense de l'anesthésie-réanimation. Cela a permis non seulement de parler de la spécialité, mais de tout l'hôpital public. La communication du SNPHARE sur ces deux épisodes : Ségur, COVID et sur les suites du Ségur avec le contentieux sur

le reclassement des PH, nous a permis de nous faire connaître auprès des praticiens comme un syndicat dynamique, qui cherche l'intérêt du collectif et pas l'intérêt individuel de ceux qui l'administrent : les adhésions ont suivi et l'élargissement aux autres spécialités s'est confirmé.

Cette dernière année a été la mise en musique du Ségur : on ne peut que regretter des mesures (nouveaux statuts, réforme de la gouvernance, etc.) non attractives pour les PH, au point que

### Les points forts de ces 3 années de présidence

**La crise sanitaire** a marqué bien sûr ces trois ans. Au début de la crise sanitaire, le SNPHARE a été énormément sollicité et donc visible dans les médias. Nous avons pu dénoncer le manque de tout lors de la première vague *via* une enquête de grande ampleur. C'est grâce au SNPHARE que la COVID de la première vague a été reconnue maladie professionnelle. Mais cette crise sanitaire a aussi fait évoluer nos modes de communication et de fonctionnement internes (notamment, réunions en visioconférence), et nous sommes bien conscients que le « distanciel » est toujours de moindre qualité pour le débat que le « présentiel ».

**Le reclassement des PH** a été le cauchemar de cette « mandature », et nous sommes en Conseil d'État, *via* notre intersyndicale, dont nous espérons une issue favorable. Toujours est-il que ce scandale – ne pas offrir aux PH, qui tiennent l'hôpital debout depuis 20 ans, les 4 ans d'ancienneté comme c'est le cas pour les nouveaux PH – a permis de faire connaître un peu plus le syndicalisme professionnel médical, et de continuer l'élargissement du SNPHARE, puisque les praticiens de toute spécialité nous ont rejoints en masse.

**La communication du SNPHARE :** avec l'argent, c'est le nerf de la guerre, surtout quand la communication classique est verrouillée sur les messageries professionnelles : outre des newsletters fréquentes, nous développons des infographies et relayons les actions du SNPHARE en utilisant les réseaux sociaux, et bien sûr le site et la revue. Il reste cependant beaucoup à faire, notamment dans les « déserts syndicaux », qui se superposent souvent aux « déserts médicaux », pour toucher tous les praticiens hospitaliers...



même les organisations signataires (INPH, CMH et SNAM-HP) n'en font pas la promotion. La DGOS persiste dans son erreur de suivre sa ligne du Ségur au mépris de nos organisations syndicales majoritaires et d'un quelconque dialogue social constructif... Le SNPHARE reste une organisation qui met la pression sur les tutelles : la DGOS est irritée à chacune de nos expressions médiatiques, et le préavis de grève du début de l'année a contraint le ministre à s'engager sur le maintien de notre organisation de l'anesthésie dans le cadre de la pratique avancée qu'il veut accorder aux IADE.

**PHARE : Comment peut-on expliquer l'absence d'écoute du ministère et quel en a été l'impact ?**

**Anne Wernet :** L'absence d'écoute et de dialogue social est un choix du ministère, qui est lui-même tenu par le ministère du Budget (ce qui a été très problématique au Ségur) et bien sûr par le Premier ministre et le Président de la République. On a eu beaucoup de réunions, mais notre travail a consisté à limiter la casse et à répéter inlassablement qu'il fallait donner de vraies solutions pour l'attractivité. La vraie question est de savoir si les tutelles ont réellement envie de sauver l'hôpital public.

L'ambiance est plutôt à la privatisation sauvage, néolibérale de l'hôpital, et les tutelles profitent du fait que les médecins, classiquement, ne font pas grève et n'ont pas le temps de se pencher sur les problèmes syndicaux pour passer des

mesures avec un rouleau compresseur : les organisations syndicales ont plus que jamais besoin d'être soutenues par les praticiens hospitaliers pour défendre l'hôpital public, nos conditions de travail et même notre métier, aujourd'hui menacé.

**PHARE : Qu'est-ce que vous souhaitez à votre successeur ?**

**Anne Wernet :** C'est Emmanuelle Durand qui a pris la présidence, après avoir assuré pendant 3 ans la vice-présidence du SNPHARE à mes côtés. Elle connaît les dossiers et va imprimer sa « patte ». Je lui souhaite bien sûr de réussir tous nos combats syndicaux... garder la combativité, ne jamais abandonner, et avoir une famille compréhensive de cet engagement !

*Propos recueillis par Christiane Mura*

# Commissions disciplinaires, focus sur les situations individuelles et complexes : notre intersyndicale APH au plus près du suivi de la réforme proposée lors du Ségur

**A**près quatre réunions du groupe de travail « situations individuelles et complexes », il est temps de faire le point sur les propositions DGOS-CNG relatives aux possibles évolutions de la législation quant aux droits des PH. À travers notre travail et celui de notre intersyndicale, un seul but doit être atteint : le droit à l'équité pour les PH. Jean-François Cibien, praticien hospitalier urgentiste est Président d'APH, d'Avenir Hospitalier et Vice-président de Samu-Urgences de France.

**PHARE : Le CNG a organisé un groupe thématique depuis octobre 2021 afin de discuter des pistes d'une réforme des procédures disciplinaires et des sanctions, qui se réunit en visioconférences. La dernière réunion, réunion de synthèse, s'est déroulée le 13 janvier dernier. Quels étaient les objectifs de ces réunions ?**

**Jean-François Cibien :** Au cours des derniers mois, et dans le prolongement de l'accord du Ségur de la santé pour le personnel médical, nous avons échangé sur le sujet des procédures disciplinaires et d'insuffisance professionnelle des PH. Ce travail inclut le fonctionnement de nos instances (la juridiction disciplinaire, comme la commission d'insuffisance professionnelle) et le partage des enjeux de ces situations individuelles complexes, depuis leur repérage jusqu'à leur instruction et leur traitement. Par ailleurs, nous poursuivons collectivement l'objectif de mieux prévenir et traiter les conflits sous-jacents aux situations complexes qui nous sont exposées.

**PHARE : Comment a été constitué ce groupe de travail ?**

**Jean-François Cibien :** Ce groupe de travail était composé des Présidents du Conseil de discipline des PH appartenant au Conseil d'État, de membres de la Fédération Hospitalière de France (FHF), plus précisément de Directeurs des affaires Médicales siégeant pour la FHF et des présidents des commissions médicales d'établissements (PCME), ainsi que des représentants d'organisations syndicales, des Agences Régionales de Santé (ARS), de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et de la Direction Générale

de l'Offre de Soins (DGOS). Le groupe de travail a été piloté par le CNG. Avec les Dr Le Pors, Leleu et Branger, nous avons représenté APH au cours de ces réunions et nous avons diffusé l'ensemble de nos contributions aux membres du CA d'APH, dont le SNPHARE, pour partager l'information et surtout construire une stratégie d'action et une position commune.

**« Les praticiens hospitaliers doivent disposer des mêmes droits que les autres agents de l'État. »**

**PHARE : Quels ont été vos points de divergences ?**

**Jean-François Cibien :** La méthodologie proposée par le CNG, qui se voulait pourtant « agile », est toujours basée sur des réflexions institutionnelles, non partagées par les PH, qui sont décrites comme étant la solution. Nous devons, à chaque réunion, analyser les impacts de ces modifications et signaler parfois le manque de cohérence des propositions.

Un élément essentiel est également cette avancée à marche forcée que les représentants des praticiens dénoncent. Nous n'avons pas eu le temps nécessaire pour travailler le fond de ces dossiers, surtout quand les éléments à discuter nous parviennent la veille... Pour que votre information soit complète, nous devons construire avec le CNG et la DGOS en simultané le dossier « entretien professionnel annuel, probatoire et entretien d'accompagnement



de carrière », qui a également posé quelques problèmes. Nous avons rappelé en préambule que les praticiens hospitaliers doivent disposer des mêmes droits que les autres agents de l'État.

**« Les représentants syndicaux des praticiens doivent être au cœur de la construction de tous ces dispositifs disciplinaires. »**

Ainsi, nous avons insisté sur :

- Les PH « lanceurs d'alerte », qui doivent bénéficier d'une protection spécifique eu égard à ce statut.
- L'application des mesures concernant la protection fonctionnelle, qui est un droit des praticiens avec un affichage sur le site du CNG, comme c'est déjà le cas pour les directeurs, et un rappel auprès de la gouvernance et des tutelles sur cette modalité et sa juste application pour tous, en incluant les PH au maximum en deux mois. Pour APH, la représentation paritaire des CRP doit être mis en avant pour que cette instance intervienne dans la validation des suspensions et en assurer le suivi.
- L'absence du concept de présomption d'innocence pour les PH conformément à « l'article 36 de la loi du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires modifiant l'article 19 de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ». Cet article comprend un nouvel alinéa qui prévoit qu'« aucune procédure disciplinaire ne

peut être engagée au-delà d'un délai de trois ans à compter du jour où l'administration a eu une connaissance effective de la réalité, de la nature et de l'ampleur des faits passibles de sanction ». Il existe, à ce jour, potentiellement un vide juridique concernant les PH puisque bien qu'appartenant à la fonction publique nous ne sommes pas fonctionnaires, mais assimilés...

**PHARE : La dernière réunion concernait la synthèse des propositions d'évolution des dispositions statutaires relatives à la procédure disciplinaire des PH, avec la modification de l'échelle des sanctions. Quelles ont été les propositions du groupe de travail ?**

**Jean-François Cibien :** L'analyse des dossiers en Conseil de Discipline montre que les procédures préventives ainsi que la conciliation étaient trop souvent insuffisamment utilisées, et que l'instruction des dossiers se faisait souvent à charge contre le praticien. Ainsi, nous avons demandé que des règles claires soient mises en place.

Pour commencer, nous demandons la promotion de la conciliation locale en sollicitant si besoin l'intervention des CRP : ce principe étant la base d'une prévention des conflits. De même en cas de suspicion de faute, le praticien doit être informé et reçu par la gouvernance, avec idéalement son avocat et, s'il le désire, un représentant syndical pour que lui soient exposés les éléments reprochés. Cette convocation doit être notifiée dans un délai raisonnable et les motifs clairement décrits. Lorsque son dossier est présenté devant ses pairs, le groupe a proposé que la composition de la formation restreinte de la CME (ou de l'instance qui doit instruire

les faits) soit précisée, afin de se prémunir d'éventuels conflits d'intérêts (par exemple en excluant du vote l'éventuel « accusateur » ou son conjoint, comme les parties prenantes...). L'affinement de la graduation de l'échelle des sanctions devrait permettre une adaptation plus fine des sanctions aux différentes situations, comme le principe de déconcentrer les sanctions de premier niveau (avertissement ou blâme qui aujourd'hui sont décidés par la Directrice du CNG) à l'échelon local et faire en sorte qu'elles soient prononcées par le directeur selon des modalités à définir. Sur ce point nous ne sommes pas toutes et tous d'accord.

Nous avons également rappelé qu'une suspension n'est ni une exclusion ni une sanction, c'est une mesure conservatrice qui doit protéger l'institution en cas de dangerosité immédiate. Par conséquent, elle doit être motivée et ne doit pas être prononcée pour une durée indéterminée sans que la situation du PH ne soit statuée dans un délai raisonnable. Nous pensons que toute suspension devrait pouvoir être validée en termes de recevabilité sous 48 à 72 heures, et instruite au maximum en deux mois. APH a précisé que la tenue d'un registre des suspensions, que nous demandons depuis plusieurs années, permettrait une analyse quantitative et qualitative du suivi des dossiers.

#### **PHARE : Comment APH considère-t-elle ces propositions ? Souhaitez-vous les enrichir et comment ?**

**Jean-François Cibien :** L'ensemble des intersyndicales ont fait des propositions. Celles-ci ont rappelé, suite à l'insistance d'APH, la nécessité d'une réunion plénière de la commission de discipline que nous attendons depuis plusieurs mois. Ce séminaire permettrait, comme cela a été réalisé en octobre 2021 pour la commission nationale statutaire, d'exposer le bilan et de présenter les modifications proposées à l'ensemble des praticiens qui siègent au sein des commissions de discipline, et de programmer les formations nécessaires pour que ces praticiens disposent des éléments juridiques nécessaires.

#### **PHARE : Il est prévu une trousse à outils et des fiches techniques. Qu'en attendez-vous ?**

**Jean-François Cibien :** Nous attendons la présentation de ces fiches documentaires pour les valider. La publication de la fiche 12 sur la protection fonctionnelle des praticiens sur le site du CNG devient une urgence puisqu'elle est déjà disponible pour les directeurs. Je précise, à ce titre, qu'APH a fait des propositions depuis 2020 et nous avons validé cette fiche en juillet 2021... Nous constatons, malgré nos demandes répétées,

qu'aucune fiche n'aborde les modalités d'accompagnement du retour du praticien suspendu.

Peut-être pourrait-on ajouter d'autres fiches de synthèse expliquant :

- les possibilités de recours des praticiens,
- le rôle des missions de conciliations ou de médiations,
- le praticien lanceur d'alerte.

#### **PHARE : Enfin, on vous a présenté un plan de diffusion. Avez-vous d'autres suggestions ?**

**Jean-François Cibien :** L'ensemble des organisations syndicales rappellent la nécessité d'une réunion plénière de la commission de discipline, voire de journées de travail dédiées sur ce thème en présentiel, car travailler ce type de dossiers en visioconférence est un exercice complexe, très complexe.

#### **PHARE : Quelles sont les prochaines étapes ?**

**Jean-François Cibien :** Le groupe APH finalise actuellement les propositions que nous allons faire aux autres intersyndicales et aux conférences des PCME, MCO, Psy et HU. Il faut absolument que l'ensemble du corps des praticiens soit force de proposition afin que les projets viennent des praticiens eux-mêmes, et non uniquement des administrations. Nous allons certainement entrer dans une phase d'échanges que nous espérons plus constructive, en particulier sur le disciplinaire comme sur la partie entretien professionnel. Nous faisons notre possible pour que le CNG et la DGOS n'imposent pas un point de vue purement administratif, mais qu'il y ait un véritable dialogue et que les praticiens soient au cœur de la construction de tous ces dispositifs comme vous l'avez compris.

#### **PHARE : Lors des dernières élections professionnelles, il y a eu 20 élus APH/42 aux commissions de discipline, toutes spécialités confondues. Pouvez-vous nous rappeler l'importance de ces élections ?**

**Jean-François Cibien :** Elles sont fondamentales, car elles permettent d'élire le corps des praticiens qui va nous défendre au niveau de ces instances. De même, celles du Conseil Supérieur des Personnels Médicaux sont essentielles. De ces élections dépend également la représentativité de notre intersyndicale APH et de chacun de nos syndicats constitutifs au niveau national, mais aussi régional comme en Commission Régionale Paritaire.

Je pense nécessaire que les praticiens hospitaliers votent à ces deux élections, comme je pense indispensable qu'ils adhèrent à un syndicat pour défendre leurs droits et témoigner leur reconnaissance vis-à-vis de l'engagement de leurs représentants ...

# Les entretiens professionnels annuels : l'expérience du Pr Isabelle Constant

Isabelle Constant est chef de service d'anesthésie-réanimation en chirurgie pédiatrique et en gynécologie-obstétrique à l'hôpital Trousseau, à Paris. Elle a une expérience de ces entretiens, qu'elle a initiés dans son service, depuis plus de quinze ans. Elle a accepté de répondre à nos questions sur le déroulé de ces « tête-à-tête » et le vécu des praticiens.

**PHARE : Vous menez des entretiens professionnels annuels dans votre hôpital, au sein de l'APHP, depuis plusieurs années. Comment cela s'est-il déroulé ?**

**Isabelle Constant :** Je fais des entretiens individuels depuis une quinzaine d'années, bien avant que tout ceci soit formalisé. Ce qui est particulier au service d'anesthésie-réanimation c'est qu'il fonctionne comme une entreprise, car on gère une organisation transversale, ce qui n'est pas le cas dans d'autres services dans lesquels il y a peu de PH. J'ai commencé ces entretiens de façon à faire le point sur le ressenti et les projets des médecins de mon service.

Mon service est de taille humaine, entre 25 à 30 médecins. Ils ont été surpris par mon initiative d'entretiens formalisés. Ils ont été encore plus surpris quand je leur ai posé des questions du type « Comment s'est passée ton année ? », « Comment vois-tu l'année qui arrive », « Dans quel domaine souhaiterais-tu t'investir ? ». Lors de la première année, il leur était difficile d'y répondre, car l'hôpital ne nous forme pas à ce type de management et donc très peu d'entre eux avaient l'habitude de ces questions.

Ces entretiens sont très chronophages (environ une heure par praticien). Ils se déroulent donc tout au long de l'année.

**PHARE : Quel était votre objectif ?**

**Isabelle Constant :** Je souhaitais savoir comment les médecins vivaient le service et, surtout, j'avais besoin d'une vision prospective afin de gérer au mieux le service avec ses éventuelles mobilités. J'avais également besoin de savoir quels étaient les souhaits de chacun concernant, par exemple, les différentes tâches

transversales que le service pouvait proposer. Un autre objectif était de désamorcer les problèmes en cherchant à savoir ce qui ne fonctionne pas et comment on peut le résoudre.

Je me suis également beaucoup servie de ces entretiens individuels quand j'ai voulu modifier le fonctionnement et l'organisation du service. J'ai demandé individuellement à chaque praticien de faire des choix avant d'en parler collectivement. Cela m'a permis de mettre en place un certain nombre de choses en ayant leur accord en amont.

**« Je souhaitais savoir comment les médecins vivaient le service. »**

**PHARE : Qu'en ont tiré l'ensemble des intéressés ?**

**Isabelle Constant :** Je demande à peu près la même chose à tout le monde (bilan de l'année, difficultés rencontrées...). Au cours de la discussion, les choses peuvent s'orienter différemment. Quand ils ont vu ce qu'étaient les entretiens individuels, ils ont apprécié ce moment, car celui-ci leur était dédié. Leur intérêt est de pouvoir s'exprimer, d'être écoutés et de se projeter.

De 2007 à 2019, j'ai fait trois mandats de chef de pôle et j'ai fait également les entretiens individuels avec les différents chefs de service du pôle, et ils étaient également très demandeurs de ces entretiens.

**PHARE : Cela répond-il à une attente des jeunes ?**

**Isabelle Constant :** Ce type d'entretien est très important pour les jeunes médecins. Les jeunes



n'ont pas les mêmes aspirations et souhaitent se projeter en termes d'investissement. En ce qui me concerne, j'ai besoin de savoir comment ils voient leur investissement dans le service, dans quels secteurs ils souhaitent travailler, à quel niveau de compétence ils se situent, notamment en anesthésie pédiatrique. En effet, l'anesthésie pédiatrique est une compétence difficile à acquérir, et ce sur plusieurs années. Je suis très attentive aux jeunes, car je les sais souvent fragiles et facilement déstabilisés par d'éventuelles difficultés relationnelles ou professionnelles.

**« Ce type d'entretien est très important pour les jeunes médecins. »**

**PHARE :** Le 5 février 2022 est paru l'article R.6152-825 relatif aux entretiens annuels professionnels. Cela a-t-il changé votre manière de fonctionner ?

**Isabelle Constant :** Depuis le décret je n'ai rien changé, je ne fais pas les entretiens individuels pour répondre à un article ou pour être en règle. Je le fais parce que je pense que c'est important pour moi et pour les praticiens. J'avais participé au siège de l'APHP à des débats sur ces entretiens, ce qui a permis de formaliser un questionnaire qui s'inspirait du mien, car à ce moment-là j'étais pratiquement

la seule à conduire ce type d'entretien à l'APHP. Selon l'article R.6152-825, il y a tout un processus « managérial » d'entreprise qui consiste à prendre des notes et à faire signer au praticien la synthèse. Je n'applique pas ce processus, je prends des notes mais ne demande pas de signature, car ce formalisme ne correspond pas pour moi à la relation de confiance que je souhaite avoir avec les praticiens.

*Propos recueillis par Christiane Mura*

# ANNONCES DE RECRUTEMENT



ÎLE-DE-FRANCE



CENTRE HOSPITALIER DE BLIGNY

## RECHERCHE MÉDECIN RÉANIMATEUR (H/F) CDI - TEMPS PLEIN OU TEMPS PARTIEL

### CENTRE HOSPITALIER DE BLIGNY

Établissement privé d'intérêt collectif, est spécialisé dans la prise en charge des pathologies cardio-vasculaires, respiratoires, onco-hématologiques et infectieuses.

Depuis plus d'un siècle, la volonté d'humaniser le soin est inscrite dans l'ADN du Centre Hospitalier de Bligny. Une humanité au service de l'excellence, que nous cultivons jour après jour grâce à une médecine bienveillante et attentive, proche de nos patients et de notre territoire.

#### DESCRIPTION DU POSTE

Le service de soins critiques du Centre Hospitalier de Bligny propose un poste de médecin sénior (H/F) à temps partiel ou temps plein, pour renforcement de l'équipe actuelle composée de 7 médecins.

#### LE SERVICE DE SOINS

Il se compose de 12 chambres individuelles de soins critiques de niveau 2 avec monitoring non-invasif et invasif et de 12 lits de soins critiques de niveau 1 à orientation soins respiratoires post-réanimation.

L'activité principale du service se situe dans le domaine de la Pneumologie cigué mais non exclusivement. Notre particularité est la prise en charge du sevrage ventilatoire difficile et prolongé pour des patients médicaux comme chirurgicaux (chirurgie thoracique, chirurgie cardiaque, traumatologie).

Cette activité spécifique nous confère une reconnaissance des CHU Parisiens avec lesquels nous travaillons de façon privilégiée. Le service ne pratique pas l'épuration extrarénale. Il n'y a pas d'activité chirurgicale au sein de l'établissement.

Au cœur d'un parc boisé de 85ha, à 30 km au sud de Paris, nous proposons :

- Un secteur de **COURT SÉJOUR** de médecine de 126 lits d'hospitalisation complète et 12 places d'hôpital de jour en cardiologie, dermatologie, diabétologie, médecine interne, oncologie, pneumologie, soins intensifs et soins palliatifs.
- Un secteur de **SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION** de 224 lits d'hospitalisation complète et 12 places d'hôpital de jour en cardiologie, hématologie, maladies infectieuses, oncologie, pneumologie, sanatorium, gériatrie, soins de suite polyvalents.

#### PROFIL RECHERCHÉ

Vous êtes spécialisé en Anesthésie-Réanimation, ou êtes spécialiste médical (titulaire d'un DES pneumo, cardio, d'urgence,...) ou généraliste avec des capacités en réanimation.

Vous avez un attrait particulier pour l'interdisciplinaire et le travail en équipe. Rémunération CCN51 avec reprise d'ancienneté.

#### NOS AVANTAGES

- Une expérience professionnelle dans un hôpital à taille humaine, reconnu pour sa qualité de soins et son atmosphère bienveillante.
- Un Plan de Formation et des participations aux congrès de la spécialité.
- Une crèche hospitalière (sous réserve de disponibilité).
- Une mise à disposition temporaire d'un logement.

15 mn des Ullis, à proximité des axes A10 - N20 et N118 - RER B (Mossy Palaiseau) + Bus. Proche d'un terrain de golf, d'une écurie et de la forêt de la Roche Turpin.



ADRESSER VOTRE CANDIDATURE PAR MAIL CV + LETTRE MOTIVATION À :  
Dr Caroline DUPONT, Directeur Médical ✉ c.dupont@chbligny.fr ☎ 01 69 26 31 96  
Mme Madeleine ROUSSEAU, Directrice des Ressources Humaines  
✉ drh@chbligny.fr ☎ 01 69 26 30 11)



CENTRE-VAL DE LOIRE



## LE CHRU DE TOURS RECRUTE

# UN/UNE MÉDECIN ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR

Temps plein ou temps partiel - Tout statut étudié.

*Un cadre de vie privilégié à une heure de Paris !*

### CADRE D'EXERCICE POLYVALENT OU SPÉCIALISÉ AU SEIN D'UN PÔLE TRANSVERSAL DANS UN CHU

- Regroupant l'ensemble des spécialités chirurgicales adultes réparties sur deux sites hospitaliers principaux (Bretonneau et Trouseau) avec 46 salles de bloc.
- Un hôpital pédiatrique avec un plateau de 9 salles d'opération (Clocheville).
- Une maternité de niveau 3 avec un bloc de gynécologie-obstétrique avec 6 salles (Olympe de Gouges).
- Avec des équipements (robots) et des protocoles (fast-track, RAAC) pour des prises en charge de pointe (forte activité de transplantations notamment).
- Plus de 70 lits de soins critiques répartis sur 4 unités de réanimation chirurgicale (polyvalente, chirurgicale cardiovasculaire, neurochirurgicale, traumatologique et brûlés).
- Dans un collectif avec 68 praticiens séniors et 32 internes en poste.

### INTÉGRER LES ÉQUIPES DU CHU DE TOURS

- C'est rejoindre un hôpital de recours au plan régional et sur le Grand Ouest.
- Au cœur d'une agglomération de 300 000 habitants, ville étudiante, économiquement dynamique et culturellement animée.
- À moins d'une heure de Paris (sans ses inconvénients) et bien desservie en transport (TGV, aéroport, tram).
- Dans un cadre de vie attrayant en Val de Loire (loisirs, nature).

### LES PLUS DU CHU

- Maquettes d'organisation en temps continu avec un décompte du temps de travail additionnel avantageux, permanence des soins organisée en garde sur place ou en astreinte opérationnelle par secteur.
- Attention particulière accordée aux perspectives individuelles d'évolution de carrière en interne avec le soutien de nombreux projets transversaux et innovants et le développement d'activités de recherche et d'enseignement (télémedecine, simulation, hypnose...).

**CRITÈRE INDISPENSABLE :** Titulaire d'un DES d'anesthésie-réanimation inscrit à l'Ordre des médecins.

### PERSONNES À CONTACTER

Pr Marc LAFFON, Chef du Pôle Anesthésie-Réanimation  
laffon@med.univ-tours.fr | 02 47 47 38 10

Dr Fabien ESPITALIER, Adjoint au Chef de Pôle Anesthésie-Réanimation  
f.espitalier@chu-tours.fr | 02 47 47 38 10



LES CANDIDATURES SONT À ADRESSER  
à la Direction des Affaires Médicales :  
secretariat.dam@chu-tours.fr | 02 47 47 87 37

Pour plus d'infos, rendez-vous sur le site internet : [www.chu-tours.fr](http://www.chu-tours.fr)



# Les Hopitaux #du Jura RECRUTENT :



## Praticiens urgentistes, anesthésistes-réanimateurs Sur le Centre Hospitalier site de *Lons-le-Saunier*

*Dans la ville préfecture du Jura, 970 lits et places répartis sur 5 sites.  
Établissement de référence sur le territoire, nous vous proposons une offre de soins complète.*

L'activité médicale se déroule en temps continu pour les services d'anesthésie, de réanimation et aux urgences, sur la base du référentiel national du temps de travail.

Possibilité d'une activité mixte entre anesthésie-réanimation, ou entre urgences-réanimation.

**Le service d'anesthésie :** L'anesthésiste intervient sur 6 salles de bloc. Toutes les spécialités chirurgicales sont pratiquées (sauf neurochirurgie, chirurgie cardi thoracique et colonne). Plateau technique complet dont IRM et scintigraphie.

Fort pratique de l'anesthésie locorégionale écho-guidée.

**Le service de réanimation :** Le service de réanimation accueille des patients de réanimation polyvalente (10 lits) et dispose d'un plateau technique conséquent (5 machines d'hémodiffusions permettant également les échanges plasmatiques et l'épuration de CO<sub>2</sub>, un échographe et une sonde d'ETO, 12 respirateurs...). Projet en cours d'agrandissement et développement d'unité de Surveillance Continue.

**Le service des urgences :** Les urgences sont un service bi-site. Site de Champagnole : activité de SMUR et de Consultations Non Programmées. Site de Lons-le-Saunier, activité répartie entre le SAU et le SMUR.



*En toute saison, le territoire du Jura est propice à s'épanouir dans un cadre de vie riche et diversifié que l'environnement du centre hospitalier du Jura permet aussi de confirmer. N'hésitez pas à venir le constater par vous même.*



### POSTE À POURVOIR

Praticien inscrit à l'Ordre des Médecins, formations en gériatrie souhaitées.

**Statut :** PH ou sous contrat.

**Qualité de travail :** 100 %.

Horaires de journée et activité de garde. Réalisation de temps non clinique.

### LES CANDIDATURES (Lettre de motivation + CV) sont à adresser par courrier à :

Direction des Ressources Humaines Centre Hospitalier Jura Sud  
55 rue du Docteur Jean Michel - CS 50364 - 39016 LONS-LE-SAUNIER Cedex

Ou par mail à :  
recrutement.chjs@hopitaux-jura.fr



## CENTRE HOSPITALIER DE SARREGUEMINES – FRANCE

## L'HÔPITAL ROBERT-PAX



## RECRUTE DEUX MÉDECINS

à temps plein (Statut de praticien contractuel à temps plein ou praticien hospitalier), **spécialistes en anesthésie-réanimation** afin de renforcer l'effectif médical du service.

Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins indispensable. Seules les candidatures des praticiens inscrits au Conseil de l'Ordre seront examinées.

Hôpital public récent ouvert en 2009, bien positionné dans son territoire de santé et en plein développement de son activité (médecine - chirurgie - obstétrique - hospitalisation de jour - HAD - chirurgie ambulatoire - scanner - I. R. M. - médecine nucléaire avec Tepsan).

Situé à côté de SARREBRUCK (Sarre) et à proximité de STRASBOURG et NANCY.

### ADRESSER CANDIDATURE ET CV À

**Monsieur Jonathan HAAS**

Directeur des Affaires médicales,  
de la recherche et de l'innovation des  
Hôpitaux de SARREGUEMINES

Centre Hospitalier Robert-Pax  
2 rue René François-Jolly  
57211 SARREGUEMINES Cedex  
Tél. : 03 87 27 33 11 (Secrétariat)  
Email : jonathan.haas@ch-sarreguemines.fr



## CENTRE HOSPITALIER DE BOURG-EN-BRESSE

Établissement support du GHT Bresse Haut-Bugey



## NOUS RECRUTONS UN MÉDECIN RÉANIMATEUR (H/F)

Le CHB, situé au centre du département de l'Ain, est l'établissement support du GHT de l'Ain avec 47 000 passages aux urgences dont ¼ pédiatriques. Maternité de niveau 2B avec 2200 accouchements par an et une activité médico-chirurgicale complète (hors chirurgie cardiaque et neurologique).

### LE SERVICE ET SES ACTIVITÉS

Service de réanimation polyvalente, de référence sur le territoire, avec 70 % d'activité médicale pour 30 % de réanimation chirurgicale.

L'IGS2 moyen des patients en réanimation est proche de 42.

La durée de séjour, en dehors de l'épidémie COVID, est proche de 4,5 jours.

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

Activité 2019 : 884 entrées en réanimation (IGS2 à 41) et 631 en USC.

Le service est en continuité direct avec l'USINV (6 lits) et l'USIC (6 lits) et met en place une activité de cardiologie interventionnelle.

Intégration d'une coordination hospitalière tête de réseau local.

### COMPOSITION DE L'ÉQUIPE MÉDICALE

Équipe jeune et dynamique, de 6 équivalents temps plein. 6 internes interviennent chaque semestre avec un tour de garde autonome.

### NOUS RECHERCHONS

Un praticien (H/F) avec un profil polyvalent afin de couvrir l'ensemble des activités réalisées par le service. Temps médical continu.

### 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.



### RENSEIGNEMENTS SUR LE SERVICE ET LE POSTE :

Monsieur le Dr Nicholas SEDILLON  
Chef de service  
04 74 45 41 84  
nsedillon@ch-bourg01.fr

### RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET CONDITIONS DE RECRUTEMENT :

Madame Laurence MINNE  
Directrice des Affaires Médicales  
lminne@ch-bourg01.fr  
04 74 45 42 85

## LE CHU DE LIMOGES

RECRUTE



**Le CHU de Limoges est un établissement assurant trois missions de service public :** Les soins, l'enseignement et la recherche. Ses personnels exercent au sein de 5 hôpitaux

(le CHU Dupuytren 1, le CHU Jean Rebeyrol 1, le CHU Dupuytren 2, l'hôpital de la mère et de l'enfant et le Centre de gérontologie Chastaing) et d'un Centre de biologie et recherche en santé. L'ensemble de l'établissement comprend plus de 2 000 lits et places.

Le service d'anesthésie-réanimation du CHU de Limoges (environ 40 ETP médicaux) est organisé en secteurs répartis sur tous les sites de l'établissement.

Le service d'anesthésie et réanimation cardiaque est situé au sein de l'hôpital Dupuytren 2, ouvert en 2019 et comprend les blocs de chirurgie cardiaque/thoracique/vasculaire, un secteur de 10 lits de soins continus postopératoires et un secteur de 8 lits de réanimation cardiaque (extensible à 11 lits). Le secteur de réanimation prend en charge les soins postopératoires de chirurgie cardiaque ou vasculaire lourd ainsi que les assistances circulatoires.

Poste ouvert aux praticiens contractuels et praticiens hospitaliers.

# UN ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR

## POUR SON SERVICE DE CHIRURGIE CARDIAQUE



**ENVOYER VOS CANDIDATURES À :**

Mme Fanny TUYERAS  
Responsable  
des Affaires Médicales  
fanny.tuyeras@chu-limoges.fr  
05 55 05 60 03

LE CENTRE HOSPITALIER DE PÉRIGUEUX, établissement support du G.H.T de la Dordogne, hôpital de référence du département, situé dans un cadre agréable, à 1h15 de Bordeaux (autoroute), offrant de nombreux avantages (politique d'établissement dynamique, crèche du personnel...) recherche :

**1 à 2 ANESTHÉSISTE(S) (H/F) pour renforcer son équipe**

### ÉQUIPE

- 8 Anesthésistes.

### ACTIVITÉ

Notre bloc opératoire compte 12 salles. Nous réalisons des anesthésies dans 11 d'entre elles. Toutes les spécialités chirurgicales sont représentées hormis la neurochirurgie et la chirurgie cardiaque. Nous avons également une activité de cardiologie interventionnelle réglée et d'IRM sous AG. Nous prenons en charge les enfants à partir de 1 an et 10kg. Nous nous occupons d'une maternité qui compte environ 1 500 accouchements par an.

Sur le plan matériel médical, nous disposons d'un parc de respirateurs (Primus de Dragër, Flow I de Maquet) régulièrement mis à jour, d'un parc de 3 échographes dont 1 de moins de 2 ans. Nous avons 4 modules de BIS et un moniteur Starling pour le monitoring hémodynamique non invasif. Un Cell Saver est en cours d'acquisition.

Les gardes sont sur place, avec une équipe comprenant un MAR, un IADE, un interne, 2 IBODE. Le temps de travail est décompté en heures et le temps additionnel est compté à partir de 42 h de travail.

Repos de garde systématique.

Nous formons 2 à 3 internes tous les 6 mois. Nous avons organisé une garde commune avec les internes d'anesthésie formés par la réanimation. L'entente avec le service de réanimation est absolument cordiale.

### STATUTS PROPOSÉS

- PH.
- Praticien contractuel.
- Assistant.
- Praticien Attaché.

### LE CENTRE HOSPITALIER DE PÉRIGUEUX EST L'HÔPITAL PIVOT DE LA DORDOGNE

- 1 272 lits et places, 6 pôles d'activité clinique.
- Plateau technique complet (2 Scanners, 2 IRM, Laboratoire, bloc opératoire, endoscopie).
- Équilibre budgétaire permettant la création d'activités nouvelles pérennes.

### PÉRIGUEUX ET SA RÉGION C'EST

- La qualité de vie du Sud-ouest, la proximité de grandes villes comme Bordeaux ou Limoges, 2 h d'Arcachon, une liaison quotidienne en avion pour Paris (1 h).
- Une vie économique, culturelle, associative et sportive importante.
- Une Terre d'histoire, de tradition et de gastronomie.
- Une offre immobilière raisonnable.

### CONTACT

Dr Sébastien OGER, Chef de service d'Anesthésie  
sebastien.oger@ch-perigueux.fr - 05 53 45 25 25  
Direction des Affaires Médicales :  
da.am@ch-perigueux.fr - 05 53 45 25 58



**Nous cherchons, pour étoffer notre équipe d'Anesthésie du Centre Hospitalier de Narbonne, des Médecins Anesthésistes Réanimateurs**  
(Tout statut envisageable : PH, Assistant, Contractuel, temps plein, temps partiel)



Nous sommes une équipe de 5.4 Praticiens Hospitaliers, Équivalent Temps Plein. Nous développons une activité d'anesthésie polyvalente et variée :

- Chirurgie orthopédique : ALR+++ , échographe. Chirurgie viscérale.
- Chirurgie urologique.
- Chirurgie gynécologique ; Endoscopies digestive.
- Un peu de chirurgie maxillo-faciale et ORL Pédiatrie à partir de 5 ans.
- Obstétrique 1100 accouchements/an, 80 % d'analgésie périmédullaire.

Bonne organisation et excellente entente dans l'équipe :

- Garde sur place (3 à 5 gardes/mois) Repos de sécurité.
- Congés annuels, RTT.

- Congés formation.
- Équipe de 12 IADE, 1 IADE/salle, 1 MAR pour 2 salles sauf chirurgie lourde et pédiatrie, 7 salles d'intervention + 1 salle d'endoscopie parfaitement équipées aux normes SFAR. 3 salles d'accouchement, 1 salle de césarienne.
- Matériel performant : 2 échographes Sonosite Xpote / Respirateur Dräger Primus / Scopes Dräger Infinity C700 / AVOC / ANI / Glidescope / Monitoring hémodynamique Edwards / 3 BIS.
- 1 DESAR/semestre SSPI de 12 postes.
- Soins continus et réanimation gérés par réanimateurs.

**Conditions d'exercice réellement attractives dans une très belle région :**

Proche de la mer, de la montagne et de l'Espagne, Montpellier à 1 heure, Toulouse à 1.5 heure.

### CONTACTS

Dr Frank Bolandard  
frank.bolandard@ch-narbonne.fr





## LES CH DE MANOSQUE ET DE DIGNE-LES-BAINS

Établissements du GHT 04 (Alpes-de-Haute-Provence)

**RECRUTENT  
DES MÉDECINS  
AU SERVICE  
DES URGENCES**

Le service d'urgences de Manosque assure 35 000 passages par an. 1 ligne de SMUR. Le service fonctionne sur 4 lignes de jour (3 lignes en 8h30-18h30 et une ligne de filière courte en 10h-22h) et 2 lignes de nuit. Équipe médicale de 9 ETP, équipe paramédicale stable exerçant en 12h formée SMUR et IAO. UHCD de 8 lits - Maison médicale de garde sur place ouverte les dimanches et fériés de 8h à 20h. Appareil d'échographie dans le service.

Le service d'urgences de Digne-les-Bains assure Urgences de proximité, pathologies traumatiques et pathologies liées aux activités de montagne, forte activité saisonnière, médicalisation du secours en montagne du département, établissement siège du SAMU 04, il propose une activité variée, partagée entre urgences, UHCD ; SMUR terrestre et hélico et régulation médicale (Urgences : 20 000 passages/an, SMUR : 700 interventions primaires 50 TIH/an, SAMU : 35000 DRM/an)

**Conditions pour postuler :** Inscription à l'Ordre.

Possibilité embauche titulaire ou contractuel / Temps plein ou temps partiel.

Possibilité d'hébergement temporaire.

**Primes attribuables :** Engagement dans la carrière hospitalière, exercice territorial, solidarité territoriale.

Établissements à taille humaine dotés d'un nouveau projet médical de territoire.

Cadre de vie privilégié dans la Haute Provence authentique, entre mer et montagne.



Envoyer vos candidatures à Claire AILLOUD et Christophe CROUZEVIALLE, Directeurs délégués :  
ailloud.c@ch-manosque.fr et ccrouzevialle@ch-digne.fr - Tél. : 04 927345 63 (tous nos profils de poste consultables via le QRcode).



Le CH de Hyères **RECHERCHE** pour son pôle inter-établissement

## Un ANESTHÉSISTE À TEMPS PLEIN

(Praticien Hospitalier - Praticien Contractuel - Assistant Spécialiste)

L'anesthésie fonctionne en pôle inter-établissement avec le Centre Hospitalier Intercommunal Toulon La Seyne-sur-Mer (C.H.I.T.S), établissement support du GHT 83. Possibilité de poste partagé entre les 2 établissements.

Le bloc opératoire a une activité chirurgicale multi-disciplinaire : orthopédie, chirurgie viscérale, urologique, ORL, maxillo-faciale, vasculaire, ophtalmologie, endoscopies digestives. La maternité du CHH - niveau 1 - réalise entre 900 et 1000 accouchements par an.

Un anesthésiste est présent en garde H24 pour la maternité.

La ville de Hyères bénéficie d'un cadre de vie exceptionnel en bord de mer, proche de la montagne, à 15 minutes de Toulon et 1h de Marseille, avec de nombreuses possibilités d'activités culturelles et sportives.

Pour postuler à cette offre, vous devez être inscrit auprès de l'Ordre français des médecins.



### CONTACTS

Docteur Sophie PRIEUR :

sophie.prieur@ch-toulon.fr - 04 94 14 57 93

Service des affaires médicales :

affmed@ch-hyeres.fr - 04 94 00 24 77



## LE CENTRE HOSPITALIER DE TOULON

Capacité de 1 200 lits, 1<sup>er</sup> établissement hospitalier non universitaire de la région PACA - Établissement pivot du territoire de santé - Zone d'attraction de 550 000 habitants à forte croissance démographique.

**LIEU D'ACTIVITÉ :** Hôpital Sainte Musse.

### SERVICE D'ANESTHÉSIOLOGIE :

- Plateau technique complet et moderne présentant l'ensemble de l'éventail des spécialités médicales et chirurgicales.
- **Bloc opératoire avec activité chirurgicale multidisciplinaire :** Chirurgie viscérale, chirurgie bariatrique, gynécologie, thoracique, vasculaire, orthopédie, chirurgie du rachis, ophtalmologie, ORL, maxillo-facial, endoscopies digestives, cardiologie interventionnelle, chirurgie infantile, chirurgie ambulatoire.
- Activité obstétricale avec une Maternité de niveau 2B de 3 200 accouchements / an.
- Deux gardes d'anesthésie sur place dont une dédiée à la maternité et une au SAU.
- Équipe composée actuellement de 19 médecins anesthésistes.

Cadre de vie exceptionnel dans la préfecture du Var en bord de mer. Aéroport de Toulon à 15 minutes et de Marseille à 1 heure.

### RENSEIGNEMENTS ET CANDIDATURES :

M. Frédéric DELPECH, Directeur des Affaires Médicales : Tél. : 04 83 77 24 60 - frederic.delpech@ch-toulon.fr  
Mme Aline LEONIS, Attachée d'Administration Hospitalière : Tél. : 04 83 77 24 61 - aline.leonis@ch-toulon.fr - dam@ch-toulon.fr  
54 rue Ste Claire Deville - CS 31412 - 83056 TOULON Cedex - Tél. : 04 83 77 24 66 - Fax 04 83 77 24 65

Dr Sophie PRIEUR, Chef de pôle : sophie.prieur@ch-toulon.fr - Dr Géraldine SLEHOFER, Chef de service : geraldine.stehofer@ch-toulon.fr



RECHERCHE  
**SPÉCIALISTES  
EN ANESTHÉSIE**





Contrat créé en 1976 par le  
**SNPHAR**  
au service des médecins  
et pharmaciens hospitaliers

## PH SERVICES PREVOYANCE assure les médecins et pharmaciens hospitaliers dès l'internat

Ce contrat, adapté à tous les statuts hospitaliers et hospitalo-universitaires, est défendu et amélioré par le CA de PH SERVICES composé de médecins et pharmaciens hospitaliers.

**CONTRAIREMENT À BEAUCOUP DE CONTRATS PREVOYANCE, VOS GARANTIES PRINCIPALES\* (MAINTIEN DE VOTRE REVENU EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL TEMPORAIRE OU DÉFINITIF ET GARANTIES DÉCÈS) S'APPLIQUENT COMME PRÉVU :**

- **Pour vos activités sportives y compris en cas d'accident :**
  - De parapente, d'ULM, de kitesurf
  - De plongée sous-marine et ce sans condition de profondeur ou de pratique
  - De ski y compris en dehors des pistes balisées, sans limite d'altitude et sans obligation de guide
- **En cas de problèmes dorsaux ou pathologies liées à la fatigue ou à la dépression\*\***

**PH SERVICES**  
PRÉVOYANCE & SANTÉ

**04 81 65 18 92**  
phservicesprevoyance@c2p.eu  
[www.ph-services.org](http://www.ph-services.org)