

PHARE

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

LE SNPHAR-E VOUS SOUHAITE DE BONNES FÊTES DE FIN D'ANNÉE

DOSSIER : LOI DE SANTÉ 2014

DOSSIER | LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SNPHAR-E : 16 JANVIER 2015
HÔPITAL EUROPÉEN GEORGES POMPIDOU

Dr Yves REBUFAT - Président CHU de Nantes - Hôpital Laënnec - Nantes yves.rebufat@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Site web www.snphar.com	Ligne Directe : 02 40 16 51 47 Portable : 06 86 87 62 76
Dr Nathalie CROS-TERRAUX - Vice- Présidente Hôpital Général - Dijon nathalie.cros-terraux@snphar.fr	DPC Médecins en formation	Ligne Directe : 03 80 29 36 82 Portable : 06 81 58 27 95
Dr Veronique AGAESSE - Secrétaire Générale CHU d'Amiens - Centre St Victor - Amiens veronique.agaesse@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) FMC-DPC - Veille Syndicale	Standard : 03 22 82 40 00 Portable : 06 33 63 20 62
Dr Claude WETZEL - Trésorier Praticien Honoraire CHU de Strasbourg claude.wetzel@snphar.fr	Affaires Européennes	Standard : 03 88 12 70 77 / Fax : 70 74 Fax : 03 88 12 70 74 Portable : 06 60 55 56 16
Dr Patrick DASSIER - Trésorier-adjoint Hôpital européen Georges Pompidou - Paris patrick.dassier@snphar.fr	Contentieux - Retraites	Ligne Directe : 01 56 09 23 16 Fax : 01 56 09 22 20 Portable : 06 03 69 16 63
Dr Samuel LEROY - Secrétaire Général Adjoint Hôpital du BELVEDERE - Mont Saiant- Aignan samuel.leroy@ch-belvedere.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Groupe Communication - FaceBook SNPHAR-E - Site web www.snphar.com	Ligne Directe: 02 35 15 62 54 Fax. : 02 35 15 63 63
Dr Didier REA - Secrétaire Général Adjoint Hôpital de la Source - Orléans didier.rea@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Groupe Communication - FEMS	Ligne Directe : 02 38 22 96 08 Fax : 02 38 51 49 50 Portable : 06 75 02 32 23
Dr Wilfrid SAMMUT - Administrateur Centre Hospitalier Général - SAMU SMUR - Le Chesnay wilfrid.sammut@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (médecine) Conseil de Discipline (médecine) - SAMU-Urgences	Standard : 01 39 63 88 39 Fax : 01 39 63 86 88 Portable : 06 87 29 83 96
Dr Raphael BRIOT - Administrateur CHU - SAMU 38 - Grenoble raphael.briot@snphar.fr	Retraites - Urgences Représentation des médecins non-anesthésistes Relation avec les Universitaires	Ligne Directe : 04 76 63 42 86 Portable : 06 81 92 31 42
Dr Pascal CAMPOMINOSI - Administrateur CHI EAUBONNE Montmorency - SMUR pascal.campominosi@snphar.fr	Questions juridiques Réponses aux adhérents	
Dr Max Andre DOPPIA - Administrateur CHU Côte de Nacre -Caen max-andre.doppia@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Groupe Communication - Observatoire Souffrance au Travail CFAR	Standard : 02 31 06 31 06 / Fax : 53 81 Portable : 06 83 37 62 64
Dr Michel DRU - Administrateur Centre Hospitalier H. Mondor - SAMU 94- Créteil michel.dru@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Contentieux - Région parisienne	Ligne Directe : 01 45 17 95 10 Portable : 06 73 98 08 52 Fax. : 01 49 81 21 99
Dr Jean Luc GAILLARD-REGNAULT - Administrateur Hôpital Jean Verdier - Bondy jean-luc.gaillard@snphar.fr	Relations avec le Conseil de l'Ordre des Médecins Relations avec les délégués Restructurations hospitalières	Standard : 01 48 02 66 66 / Fax : 60 06 Ligne Directe : 01 48 02 66 93 Portable : 06 71 14 74 72
Dr Jean GARRIC - Administrateur Hôpital Central - Nancy jean.garric@snphar.fr	Textes officiels - Retraites Administrateur CNG - FAQ Conseil supérieur des hôpitaux	Ligne Directe : 03 83 85 20 08 / Fax : 26 15 Portable : 06 07 11 50 13
Dr Louise GOUYET - Administrateur Hôpital Troussseau - Paris louise.gouyet@snphar.fr	Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) PH temps partiel - Qualité et organisation du bloc	Standard: 01 44 73 74 75 Ligne Directe : 01 71 73 89 60 Portable : 06 11 94 77 20
Dr Laurent HEYER - Administrateur Agence de la Biomédecine Saint-Denis laurent.heyer@gmail.com	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Groupe Communication Observatoire Souffrance au Travail - Veille syndicale	Ligne Directe : 01 55 93 65 50 Portable : 06 31 18 57 61 Fax. : 01 55 93 65 55
Dr Pascal MENESTRET - Administrateur Hôpital de Ponchaillou - Rennes pascal.menestret@snphar.fr	Groupe Communication -Comité Rédaction PHAR Observatoire Souffrance au Travail Veille Syndicale - Comité Vie Professionnelle la SFAR	Ligne Directe : 02 99 28 90 74 Portable : 06 62 81 87 51
Dr Jacques RAGNI - Administrateur Hôpital Salvator - Marseille jacques.ragni@snphar.fr	Groupe Communication -Site web www.snphar.com Veille Syndicale -Newsletter	Standard : 04 91 74 42 82 Ligne Directe: 04 91 74 42 80 Portable : 06 82 35 77 16
Dr Nicole SMOLSKI - Administrateur Hôpital de la croix rousse - Lyon nicole.smolski@gmail.com	Présidente de l'intersyndicale Avenir Hospitalier Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation)	Ligne Directe : 04 26 10 93 67 Portable : 06 88 07 33 14
Dr Richard TORRIELLI - Administrateur richard.torrielli@snphar.fr	Rédacteur en chef de PHAR-E Groupe Communication - IADE	Portable : 06 07 13 75 66

SOMMAIRE

POINT DE VUE DE L'ACTUALITÉ	
Avons-nous encore de l'autonomie ?	4
AGENDA	5
DOSSIER	
Loi de Santé 2014	6
Mission attractivité : ce que préconisent les différents rapports	10
Le changement à l'hôpital !	
De quoi parle-t-on ?	12
DOSSIER	
Considérations sur les risques psychosociaux à l'hôpital	16
La limite des 48 heures de temps de travail	22
AVENIR HOSPITALIER	
Le colloque sur les coopérations inter-professionnelles	24
LU POUR VOUS	
.....	25
INTERVIEW	
La SFAR récompensent 16 ans de travail sur la santé au travail	26
ACTUALITÉ	
Châteauroux, Orthez, chroniques de drames annoncés	28
EUROPE	
Les mouvements sociaux des médecins en Europe	30
CONTRE-COURANT	
L'austérité tue	33
PETITES ANNONCES	34

Président du comité de rédaction :

Le président du SNPHAR-E

Rédacteur en chef : R. Torrielli

Comité de rédaction : V. Agaesse - R. Briot - N. Cros-Terraux - M. A. Doppia, - L. Heyer - S. Leroy - P. Ménestret - Y. Rébufat - W. Sammut - N. Smolsky

Éditeur : Ektopic

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

Directeur de publication : C. Mura

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

Impression : Imprimerie Imprimatur

Crédits photos :

ENCORE BEAUCOUP DE DOSSIERS AU POINT MORT !

À quelques jours de la trêve des confiseurs, voici venu le temps de conclure l'année 2014. Sur le plan syndical, on ne peut pas dire que le millésime 2014 sera un grand cru puisqu'à l'heure actuelle, la plupart des dossiers sont toujours au point mort. La crise démographique hospitalière est toujours prégnante et aucune mesure n'a encore été prise pour renforcer l'attractivité des postes de praticiens hospitaliers. La pénibilité n'est toujours pas évaluée, ni prise en compte. Beaucoup de jeunes médecins continuent à se détourner de l'hôpital public pour aller travailler sous d'autres cieux, peut-être pas plus cléments mais probablement plus respectueux et moins avares envers eux.

La future Loi de santé ne change pas grand-chose à cette évolution. Contrairement aux précédentes, ce n'est pas une Loi hospitalière mais un cadre général de l'organisation de la santé en France. Elle contient finalement assez peu de mesures qui concernent directement les praticiens hospitaliers. C'est ce qui a motivé notre mouvement du 14 octobre dernier : cette Loi n'apporte aucune solution aux difficultés actuelles que rencontrent les praticiens des hôpitaux publics. Pour des raisons de stratégie convergente entre les différentes intersyndicales de praticiens hospitaliers et les conférences de présidents de CME, le préavis de grève ne concernait que le volet « gouvernance des établissements publics de santé » de la Loi. Notre syndicat, le SNPHAR-E, comme notre intersyndicale Avenir Hospitalier, ne pouvaient se satisfaire d'un mot d'ordre limité aux problèmes de gouvernance : les raisons de notre colère vont bien au-delà ! Nous avons donc maintenu notre préavis !

Cette année deux événements ont braqué les projecteurs de l'actualité sur le monde de la santé. Le premier, c'est le drame de Châteauroux où une collègue anesthésiste-réanimateur a mis fin à ses jours dans sa chambre de garde au printemps dernier. Sans préjuger du rapport de cause à effet, les conditions de travail pour les anesthésistes-réanimateurs du centre hospitalier de Châteauroux semblent plutôt difficiles et la pression de productivité ainsi que l'intensification du travail ont probablement contribué à ce drame. Le SNPHAR-E a donc saisi l'ARS, le CNG ainsi que le cabinet de Madame la ministre de la santé afin que les collègues puissent retrouver des conditions de travail acceptables. À ce jour, la situation ne semble pas avoir évolué favorablement et nous sommes en attente des conclusions de l'enquête menée par l'IGAS. Nous suivrons ce dossier jusqu'au bout avec la plus grande vigilance et saurons prendre toutes nos responsabilités si aucune mesure n'était prise pour mettre fin à cette situation.

Le second drame, qui a largement marqué l'actualité de la rentrée, est survenu à la maternité d'Orthez. Il soulève deux problèmes : le premier est celui du maintien à tout prix de plateaux techniques qui, dans la période de crise démographique que nous connaissons, ne permettent pas d'assurer les soins en toute sécurité. Le second est l'absence de suivi médical par la médecine du travail des médecins hospitaliers, qu'ils soient en poste ou sur des vacations. Le fonctionnement de la médecine du travail dans les hôpitaux publics ne permet pas dans tous les hôpitaux à tous les médecins hospitaliers d'avoir un suivi régulier afin de prévenir la survenue de maladies professionnelles, en particulier toutes les pathologies dites psychosociales comme l'addiction, le *burn-out* ou la dépression. Le SNPHAR-E réclame un renforcement de la médecine du travail en milieu hospitalier et des règles précises pour le suivi des praticiens de santé.

Je tiens à remercier pour leur soutien tous les collègues qui ont fait grève le 14 octobre dernier ainsi que tous ceux qui ont répondu à notre enquête en ligne. Ces données vont nous permettre d'établir notre propre rapport sur les dysfonctionnements des structures hospitalières qui marquera les esprits au moment où une commission parlementaire sera censée faire des propositions concrètes afin d'améliorer l'attractivité des carrières hospitalières.

À tous je souhaite d'excellentes fêtes de fin d'année et je rappelle que notre assemblée générale se tiendra le 16 janvier prochain à l'hôpital européen Georges Pompidou à Paris.

Yves Rébufat, Président du SNPHAR-E

Avons-nous encore de l'autonomie ?

Assemblée générale et élections au conseil d'administration du SNPHAR-E

L'assemblée générale se tiendra le vendredi 16 janvier 2015 de 9h00 à 17h00, à l'hôpital européen Georges Pompidou. Le scrutin se déroulera par voie électronique du 8 décembre 2014 au 16 janvier 2015. Chaque membre à jour de sa cotisation recevra par e-mail ses codes afin de pouvoir voter pour le renouvellement des membres du conseil d'administration et sur d'éventuelles motions.

LE DRAME DE CHÂTEAUROUX

Plus de six mois après le suicide de notre collègue dans sa chambre de garde, il semble qu'aucune amélioration des conditions de travail ne soit effective pour les praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs de l'hôpital de Châteauroux. S'il existe des difficultés de recrutement dans la spécialité, comme dans la plupart des hôpitaux français, le sous-effectif chronique doit être intégré et la gouvernance doit nécessairement en tenir compte pour l'organisation du travail et de l'activité. Les pressions diverses qui s'exercent sur certains responsables dans les hôpitaux ou les tutelles ne doivent pas conduire à une dégradation des conditions de travail et à l'absence de respect des différentes réglementations en vigueur. En cas d'accident chacun sera responsable de ses actes ainsi que des entorses réglementaires ou statutaires, ce dont sauront bien se servir les juges et les patients victimes. Nous espérons que la mission IGAS rendra rapidement son rapport afin que des solutions pérennes soient rapidement trouvées.

LA MATERNITÉ D'ORTHEZ

Ce drame humain et médical doit rapidement amener les pouvoirs publics à s'interroger sur la nécessité du maintien de multiples plateaux techniques dans le contexte actuel de crise démographique médicale hospitalière. La protection des salariés médecins et la sécurité des patients doivent être les principales préoccupations des autorités en charge de l'organisation des soins. Nous demandons un suivi plus régulier en médecine du travail pour les pra-

ticiens hospitaliers et un renforcement de la médecine du travail hospitalière dans les hôpitaux français.

TEMPS DE TRAVAIL

Une jurisprudence récente du Conseil d'État confirme ce que le SNPHAR-E affirme depuis longtemps à savoir que le décompte du temps de travail en demi-journées n'exonère pas les directions hospitalières du décompte du temps de travail additionnel réalisé au-delà de la 48e heure d'activité. Ce point avait d'ailleurs fait débat lors de la rédaction de l'arrêté du 8 novembre dernier.

La jurisprudence du Conseil d'État ajoute que **tout moyen prouvant que du temps de travail additionnel a été réalisé peut être utilisé par les praticiens hospitaliers afin de faire valoir leurs droits**. Nous demandons donc aux praticiens d'établir leurs relevés individuels d'activités en y mentionnant le décompte en demi-journées mais aussi en heures et en calculant le temps additionnel réalisé au-delà de la 48e heure, cela quel que soit le nombre de demi-journées effectuées. Nous rappelons que la réalisation de temps additionnel doit faire l'objet d'un contrat entre la direction et le praticien hospitalier, que ce contrat doit préciser la quantité de temps additionnel que le praticien est susceptible d'effectuer sur la base du volontariat, le cas échéant sa récupération ou sa rémunération.

Nous rappelons aussi notre position concernant le temps de travail additionnel réalisé la nuit. La participation aux gardes et astreintes est une obligation statutaire, le temps de travail additionnel est lui, par définition volontaire, il ne peut donc se réaliser la nuit. Pour le SNPHAR-E **le temps de travail additionnel est donc toujours du temps de travail de jour**. D'ailleurs, s'il doit être récupéré, il le sera toujours pendant la journée et pas la nuit : il est donc illogique de faire la différence. **Aussi, nous demandons à tous nos collègues de refuser tout contrat sur lequel le temps additionnel ne serait pas toujours réalisé en période diurne !**

GRÈVE DU 14 OCTOBRE ET DROIT DE GRÈVE

Tout d'abord, un grand merci à tous les médecins qui étaient en grève le 14 octobre pour soutenir notre mouvement sur l'attractivité des carrières. La situation actuelle des hôpitaux publics est loin d'être satisfaisante et les conditions de travail s'en ressentent large-

ment. Nous rappelons que le droit de grève est un droit constitutionnel, que le refuser peut-être un cas d'obstruction au droit de grève. Les établissements de santé ont certes le droit de recourir à des assignations pour assurer la continuité et la sécurité du service public hospitalier, mais il reste que les différentes jurisprudences font la différence entre la poursuite du service hospitalier et le maintien d'une activité normale pendant un jour de grève. Nombre d'entre vous nous ont signalé que certaines directions prenaient des libertés avec ce droit, soit en menaçant les collègues de retraits de salaire abusifs, soit en pratiquant des assignations illégales afin de maintenir une activité strictement normale. **N'hésitez pas à nous faire parvenir tout document officiel émanant de votre établissement, qui permettrait de prouver que le droit de grève n'est pas respecté.**

ASTREINTE ET ARRÊTÉ DU 8 NOVEMBRE

Il existe encore de grandes difficultés à faire appliquer cet arrêté qui inclut le temps de travail réalisé pendant les astreintes dans les obligations de service. Des freins existent pour son application. Le premier est que peu d'hôpitaux sont équipés de systèmes informatiques permettant de réaliser facilement le décompte horaire des déplacements. Le deuxième est culturel, puisque les médecins se sont habitués à maintenir une activité normale après une astreinte et cela qu'elle soit déplacée ou non. Le SNPHAR-E considère que l'astreinte est justifiée quand il existe des déplacements peu fréquents et qu'à partir du moment où les déplacements sont systématiques lors de chaque astreinte, l'établissement doit réfléchir à la nécessité de transformer ces lignes d'astreinte en ligne de garde, ce qui permet de simplifier le

décompte du temps de travail et d'application du repos quotidien. Nous faisons le constat que, depuis quelques années, le recours aux astreintes a été étendu et dévoyé pour permettre aux établissements publics hospitaliers de faire des économies de temps médical et donc d'argent. Nous considérons qu'une optimisation des dépenses est certes nécessaire mais qu'elle ne doit pas se faire sur le dos des médecins et encore moins sur celui des patients qui pourraient être amenés à être pris en charge par un médecin n'ayant pas dormi depuis plus de 24 heures.

Nous avons reçu, par l'intermédiaire de notre avocat, les réponses de la Commission européenne et de la DGOS à nos recours sur l'arrêté du 8 novembre. En résumé, la réglementation est conforme et nous avons toute latitude pour l'appliquer. Morceaux choisis de la réponse du ministère : « *Le praticien hospitalier dispose de l'autonomie nécessaire pour adapter ses horaires afin de rester dans les limites de ce seuil des 48h* », « *il convient de rappeler que le praticien hospitalier dispose d'une autonomie dans la gestion de son temps et de ses activités, de sorte qu'il peut adapter dès le lendemain la durée de ses demi-journées pour ne pas dépasser la durée maximale hebdomadaire* ».

Le concept de l'autonomie organisationnelle du travail du praticien hospitalier se heurte donc aux concepts d'efficience, de rentabilité et de travail posté qui sont devenus au fil du temps les seuls critères de bon fonctionnement des plateaux techniques aux yeux de nos managers. **La loi est donc en notre faveur et nous devons, chacun dans son propre établissement, retrouver l'autonomie qui nous a été enlevée.**

Yves Rébufat, Président du SNPHAR-E

AGENDA DU CA

Depuis Septembre 2014

OCTOBRE 2014

- | | |
|--------------------|--|
| 2-3 Octobre | Déferlement médiatique à la suite de l'accident de la maternité d'Orthez |
| 9 Octobre | Colloque Avenir Hospitalier. |
| 10 Octobre | Rendez-vous avec la ministre de la Santé (mission « attractivité »). |
| 13 Octobre | Assemblée générale de la FEMS. Journée du praticien (CPH) |
| 14 Octobre | Réunion à la DGOS |
| | Grève des praticiens hospitaliers. |
| | Rendez-vous avec le cabinet de la ministre de la Santé. |

NOVEMBRE 2014

- | | |
|-----------------------|---|
| 12-14 Novembre | Séminaire du CA |
| 17 Novembre | Réunion à la DGOS |
| 27 Novembre | 1 ^{er} Conseil d'administration commun Avenir Hospitalier et CPH |

RETROUVEZ-NOUS TOUS LES JOURS, 24/24 SUR FACEBOOK ET TWITTER

Loi de santé 2014 : HPST ne sera pas enterrée cette année !

La future Loi de santé est sur le point de voir le jour. Contrairement aux précédentes, celle-ci n'est pas une Loi hospitalière. C'est une Loi qui fixe un cadre général du fonctionnement de la santé dans notre pays.

La Loi de santé a été présentée au Conseil des ministres à l'automne et devrait être présentée au Parlement début 2015. Elle fait suite à la stratégie nationale de santé, grande séance de concertation nationale sur l'organisation de la santé qui s'est tenue pendant toute l'année 2013 et qui a rassemblé tous les acteurs intervenant ou intéressés dans le domaine de la santé en France.

Le projet de Loi de santé est orienté autour de trois axes qui sont la prévention, l'accès aux soins et l'innovation. Chaque axe contient cinq à six mesures qui sont détaillées dans le tableau ci-contre (cf tableau ci-contre).

Il existe, au stade actuel de la Loi, 5 titres et 57 articles dont finalement assez peu concernent le monde hospitalier. Nous détaillerons exclusivement dans cet article les mesures à venir pour les hôpitaux et les praticiens hospitaliers.

Pour ceux qui sont intéressés, l'ensemble du dossier contenant à la fois la Loi et l'exposé des motifs est disponible sur le site de l'Assemblée nationale. Il existe par ailleurs sur le site du ministère de la santé un dossier de presse « Loi de santé » qui permet de comprendre le périmètre de cette loi.

L'Article 1 est un article introductif qui donne le cadre général de la politique de santé.

TITRE 1 : RENFORCER LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ

- Articles 2 à 5 : Promotion de la santé en milieu scolaire, favoriser l'accès à la contraception d'urgence pour les élèves du second degré, lutter contre l'alcoolisation massive des jeunes, introduction d'une politique de santé nutritionnelle.
- Article 6 : Soutenir les services de santé au travail.
- Article 7 : conforter la pratique des tests pour le dépistage des maladies infectieuses transmissibles.
- Articles 8 et 9 : Réduction des risques pour les usagers de drogues, salles de consommation à moindre risque (salles de shoot).
- Article 10 et 11 : Pollution de l'air et réduction des risques liés à l'amiante.

Axe 1 : Prévenir avant d'avoir à guérir

- Mesure 1 : Désigner un médecin traitant pour les enfants
- Mesure 2 : Améliorer l'information nutritionnelle
- Mesure 3 : Prévenir l'ivresse des jeunes en sanctionnant l'incitation à la consommation excessive d'alcool
- Mesure 4 : Lutter activement contre le tabagisme : 20 ans pour que les enfants d'aujourd'hui deviennent les non fumeurs de demain
- Mesure 5 : Favoriser des stratégies de prévention innovantes
- Mesure 6 : Créer l'Institut national de prévention, de veille et d'intervention en santé publique

Axe 2 : Faciliter la santé au quotidien

- Mesure 7 : Généraliser le tiers payant, supprimer l'avance de frais chez le médecin
- Mesure 8 : Étendre le bénéfice des tarifs sociaux pour les lunettes, les prothèses auditives et les soins dentaires
- Mesure 9 : Créer un numéro d'appel national pour joindre un médecin aux heures de fermeture des cabinets médicaux
- Mesure 10 : Mettre en place le service public d'information en santé
- Mesure 11 : Permettre l'action de groupe en santé (« class action »)

Axe 3 : Innover pour consolider l'excellence de notre système de santé

- Mesure 12 : Refonder le service public hospitalier
- Mesure 13 : Créer le service territorial de santé au public
- Mesure 14 : Permettre aux professionnels de mieux coordonner le parcours de leur patient
- Mesure 15 : Moderniser les pratiques et les professions de santé
- Mesure 16 : Améliorer l'accès aux données de santé

TITRE 2 : FACILITER LES PARCOURS DE SANTÉ

- Article 12, 13 et 14 : Création du service territorial de santé au public. Mise en œuvre d'un service territorial de santé publique, de l'organisation territoriale de la santé mentale ainsi que des dispositifs d'appuis aux professionnels de santé. L'objectif est une meilleure coordination des

structures existantes, tant publiques que privés. Les acteurs devraient proposer aux ARS des organisations pertinentes tenant compte des réalités de terrain.

- Articles 15 à 17 : Faciliter l'accès aux soins de premier recours. Ici on traite de l'accès aux soins et d'un numéro de téléphone unique que pour entrer en contact avec un médecin. L'article 16 organise l'accès aux soins pour les enfants et affirme le rôle pivot du médecin traitant dans le suivi de l'enfant.
- Articles 18 à 20 : Lutter contre les barrières financières à l'accès aux soins. Garantir l'accès aux soins. Généralisation du tiers-payant pour les consultations de ville. Objectiver le refus de soins aux bénéficiaires de la CMU, de l'ACS et de l'AME. Encadrement des prestations d'optique, prothèses dentaires et orthodontiques, aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).
- Article 21 à 23 : Mieux informer et mieux accompagner les usagers dans leur parcours de santé. Dispositif d'accompagnement des patients, information des patients, mise en œuvre d'un service public d'information en santé, plateforme multimédia facilement accessible et à jour. Il est prévu par ailleurs une information du patient sur les coûts de son hospitalisation.
- Articles 24 et 25 : Renforcer les outils proposés aux professionnels pour leur permettre d'assurer la coordination du parcours de leurs patients. Ici on traite de la coordination entre l'hôpital et la ville, il est notamment prévu qu'une lettre de liaison soit remise au patient à la fin d'une hospitalisation dès la sortie. L'article 25 propose de refonder le dispositif du dossier médical personnel (DMP) désormais appelé dossier médical partagé (DMP 2).
- Articles 26 et 27 : Ancrer l'hôpital dans son territoire.

L'article 26 fonde le service public hospitalier. La Loi définit ce qu'est le service public hospitalier et les obligations qui lui sont liées. Les établissements qui assureront le service public hospitalier assureront l'ensemble de ses obligations sur toute leur activité.

L'article 27 traite des groupements hospitaliers de territoire (GHT) qui se substituent aux communautés hospitalières de territoires (CHT).

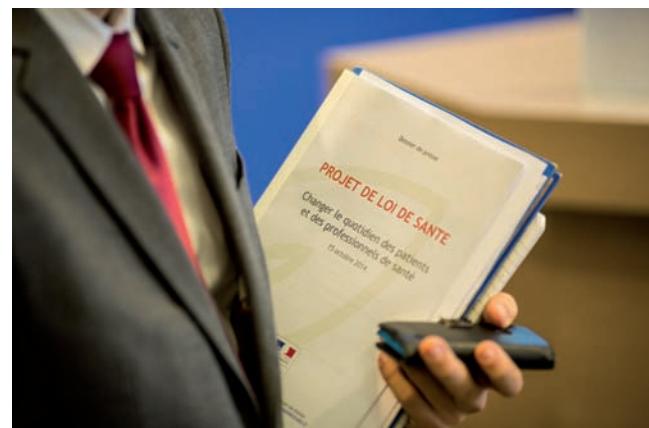
Les établissements devront élaborer ensemble un projet médical unique entre les différents établissements publics de santé d'un même territoire. Cet article permet donc la coopération entre les différents établissements mais aussi, de manière sous-entendue, le regroupement de plateaux techniques ou d'activité hôtelières.

Le point de vue du SNPHAR-E

L'article 27 vise très clairement à regrouper les petits établissements publics autour d'établissements plus grands et à limiter les doublons qui n'ont pas toujours de sens. Pour nous, il est inenvisageable que les praticiens hospitaliers travaillent dans d'autres structures que leur hôpital de rattachement s'ils ne sont pas volontaires pour cela et si aucune indemnisation n'est prévue pour le faire. Les GHT devront donc être clairement surveillés par les agences régionales de santé et les commissions régionales paritaires, très largement associées aux projets et informées des conditions de travail des praticiens hospitaliers qui seront amenés à y exercer. Une véritable réflexion devra précéder la mise en place de coopérations qui pourraient nuire aux différents établissements en risquant de provoquer une baisse de l'attractivité de l'exercice médical hospitalier et donc avoir des conséquences induites en termes d'effectif médical.

TITRE 3 : INNOVER POUR GARANTIR LA PÉRENNITÉ DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ.

- Articles 28 et 29 : Innover en matière de formation des professionnels.
- L'article 28 propose de mieux définir le contenu et l'obligation de développement professionnel continu et de rénover le dispositif qui a fait preuve de lourdeur et de dysfonctionnements.



- L'article 29 concerne les lieux de stage pour les étudiants paramédicaux.
- Articles 30 à 34 : Innover pour préparer les métiers de demain.

L'article 30 traite de l'exercice en pratique avancée pour les professions paramédicales. Définition de la notion de pratique avancée et création des auxiliaires médicaux formés assurant ces pratiques avancées.

L'article 31 permet aux femmes d'accéder plus facilement à l'interruption volontaire de grossesse

par voie médicamenteuse en autorisant les sages-femmes à réaliser cet acte. Les compétences des sages-femmes sont également étendues en matière de vaccination.

L'article 32 étend les compétences des pharmaciens d'officine en matière de vaccination.

L'article 33 les médecins du travail, les sages-femmes et les infirmiers peuvent prescrire des substituts nicotiniques.

L'article 34 vise à endiguer les dérives de l'intérim médical. La mesure introduit plus de transparence et de rigueur dans le recrutement de praticiens temporaires en plafonnant leur rémunération. Il permet aussi de recourir à des médecins hospitaliers volontaires pour effectuer des remplacements au travers d'une position de remplaçant au sein du statut de praticien hospitalier.

Le point de vue du SNPHAR-E

La Loi de santé élude donc les véritables questions sur l'existence de l'intérim médical et son développement exponentiel en ce moment, qui sont celles de la régulation démographique des médecins associée à l'attractivité des carrières hospitalières. Les questions des rémunérations, de la pénibilité, de l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, de l'autonomie professionnelle et de la qualité de vie au travail des médecins hospitaliers ne peuvent être enterrées au détour de cette Loi de santé. Il faut une évolution urgente des dispositions statutaires dans ces différents domaines. L'avenir de l'hôpital public dépend de celui des carrières hospitalières.

- Articles 35 et 36 : Innover pour la qualité des pratiques, le bon usage du médicament et la sécurité des soins. Révision du rôle de la HAS qui devra développer des fiches de bon usage sur le médicament et les pratiques cliniques. Renforcer les moyens de lutte contre les ruptures d'approvisionnement de produits de santé.
- Article 37 : Développer la recherche innovation. Concerne les recherches cliniques industrielles au sein des établissements publics de santé. Soutenir la recherche dans le domaine des thérapeutiques innovantes.

TITRE 4 : RENFORCER L'EFFICACITÉ DES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA DÉMOCRATIE SANITAIRE.

- Articles 38 et 39 : Renforcer l'animation territoriale conduite par les ARS. L'article 38 renforce le rôle stratégique de l'ARS

au sein du territoire en simplifiant le projet régional de santé. Par ailleurs, l'ARS devra définir des zones démographiques sur et sous denses au sein du territoire de santé. L'article 39 renforce les dispositifs d'alerte sanitaire.

- Article 40 et 41 : Renforcer l'alignement stratégique entre l'État et l'assurance maladie. Meilleure coordination entre l'État et l'assurance maladie en terme de gestion du risque. Conditions de négociation des conventions nationales.
- Article 42 : Réformer les systèmes d'agences sanitaires. Pose les bases d'un institut national dédié à l'ensemble des missions de santé publique qui regrouperait les missions actuellement assurées par l'INvS, l'INPES et l'EPRUS. Simplifier les missions de l'EFS et de l'ANSM. Évolution de l'ASIP.
- Articles 43 à 46 : Associer les usagers à l'élaboration de la politique de santé.

L'article 43 définit la présence des usagers dans les organes de gouvernance de toute agence sanitaire nationale.

L'article 44 énonce l'évolution de la CRUQPC (Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge) vers la CDU (commission des usagers) et la montée en puissance de la place des usagers dans les établissements de santé.

L'article 45 donne les fondements d'une action de groupe (*class action*).

L'article 46 définit les conditions d'accès au dossier médical d'une personne décédée par une personne pacsée, un concubin ou un tuteur.

- Article 47 : Créer les conditions d'un accès ouvert aux données de santé en respectant la confidentialité des données personnelles. Création de l'institut national des données de santé. Autorisation de traitement de données personnelles à des fins de recherches ou d'études.
- Article 48 et 49 : Renforcer le dialogue social. Article 48 : création d'une instance consultative des personnels médicaux et pharmaceutiques des établissements publics de santé et détermination des règles de représentativité.

Article 49 : gouvernance hospitalière et modernisation de la gouvernance des établissements publics de santé. L'organisation en pôles en dessous d'un certain seuil sera facultative. La place du président de la CME dans la désignation des chefs de pôles sera renforcée ainsi que celle de la CME. La concertation interne au sein des pôles sera aussi favorisée et le président de la CME aura aussi un rôle renforcé dans la désignation des médecins au directoire.

Le point de vue du SNPHAR-E

Pour nous, cet article 48 est un article majeur de la Loi de santé qui va enfin permettre de créer une instance nationale consultative et représentative des différents personnels médicaux, odontologues et pharmaceutiques des établissements de santé, cela de manière tout à fait démocratique. Cela devrait permettre, nous l'espérons, une meilleure lisibilité sur la représentativité des organisations syndicales et des différents corps professionnels qu'elles représentent. Le corollaire de cet article est aussi la déclinaison de ce que seront les moyens syndicaux qui pourront être attribués aux organisations représentatives soit en termes de décharge de temps, soit en termes de financement.

Le syndicalisme médical hospitalier ne peut plus se contenter de la bonne volonté de concertations ou de négociations des gouvernements en place, il doit avoir les moyens de représenter les différents corps professionnels ainsi que le temps de pouvoir le faire.

L'article 49 est celui qui a été révisé après le mouvement de grève du 14 octobre dernier. La Loi de santé aménage quelques dispositions introduites par la Loi HPST en 2009 sans revenir sur les mesures princeps. Le rôle du président de la CME est renforcé mais la place des médecins dans la gouvernance hospitalière n'est pas fondamentalement modifiée.

TITRE 5: MESURES DE SIMPLIFICATION.

- Article 50 concerne la coopération au sein des groupements de coopération sanitaire.
- Article 51 concerne les simplifications, l'harmonisation du droit et l'abrogation de dispositions devenues obsolètes.
- Article 52 vise à encadrer la pratique des soins de conservation par les thanatopracteurs.
- Article 53 est relatif au droit européen et au règlement sanitaire international.
- Article 54 vise à mettre la législation française en conformité avec différentes réglementations internationales.
- Article 55 est relatif aux services de santé des armés.
- Article 56 est relatif à l'outre-mer.
- Article 57 concerne diverses mesures gouvernementales.

EN CONCLUSION

Cette nouvelle Loi rassemble de nombreuses évolutions touchant le monde de la santé. Il reste que les fondements de la Loi HPST ne sont pas remis en cause, le directeur reste le « patron » de l'hôpital et le service public hospitalier n'est pas réintroduit *ad integrum* dans ce nouveau texte. Il n'y a aucune



remise en cause du mode de financement par la tarification à l'activité, ni de ses dérives (caractère inflationniste, intensification du travail) et de ses conséquences (déserts médicaux hospitaliers, déstructurations des équipes, intérim médical). Les GHT devraient en principe être une réponse au « saupoudrage » des plateaux techniques sur les territoires qui entraîne souvent une inadéquation des moyens humains et matériels en regard de l'activité, dans un sens comme dans l'autre. Nous n'avons cependant pas beaucoup d'illusions sur leur réelle efficacité face aux différentes pressions que subissent les ARS sur ce sujet.

Un point majeur pour les syndicats de médecins hospitaliers est la création d'une instance nationale permettant les évolutions statutaires ainsi qu'une définition claire des critères de représentativité des intersyndicales qui siégeront au sein de cette instance.

La grande déception est celle du contrôle de l'intérim médical qui est abordé par l'aspect financier alors que toutes les questions autour de l'attractivité des métiers médicaux hospitaliers sont éludées.

Cette Loi ne répond donc en rien aux attentes des médecins hospitaliers et ne remet pas en cause la précédente, dans ce qu'elle a apporté de négatif dans le fonctionnement des équipes médicales. Nous avons donc encore beaucoup de travail devant nous...

Yves Rébufat, Président du SNPHAR-E

Mission attractivité :

Ce que préconisent les différents rapports

	Mission Toupillier	Rapport Véran
Protection sociale		
Temps de travail	Journée de 5 quartiers/24H. Effectifs quantifiés dans les équipes (TAPA). Adéquation des qualifications aux activités. Contractualisation du temps clinique et non clinique avec modularité de la quotité de travail au sein de l'équipe	
Grille salariale	Rapprochement rémunérations secteur public et privé. Valorisation avec part fixe et part variable (30% max, transparente et évaluée) selon projet d'équipe. Intéressement collectif.	Début de carrière revalorisé à l'échelon 4. Plus de chute de salaire aux changements de statut
Pénibilité	Détermination d'un seuil de pénibilité ouvrant à aménagements, y compris pour les droits à retraite.	Négociations État/partenaires sociaux sur pénibilité. Dépister le stress et la surcharge de travail. Améliorer la gouvernance des équipes. Eliminer la charge administrative pénalisant le temps médical.
PDS	À valoriser sur le territoire.	
Statuts de post-internat	Harmonisation des statuts temporaires.	Harmonisation des statuts temporaires.
GRH	Carrière modulable au sein d'un statut commun. Unification du statut. Minimum de 3 modules de 3 à 10 ans (valences) par carrière avec gestion CNG, fonctions différentes selon âge. Profil de poste individuel avec évaluation annuelle. Bourse emploi. Soutien aux conditions de travail (crèches, garderie, lieux de repos).	Extension du CESP aux postes prioritaires des CH. Bourse à l'emploi (gérée par le CNG) informant de tous les postes à pourvoir. Cellules d'appui pour les GRH médicales région, audits d'attractivité. Postes vacants prioritaires avec conditions particulières. Corps de médecins remplaçants valorisé. Modularité de carrière au sein du statut. Personnalisation du parcours professionnel. Audit d'attractivité des hôpitaux.
Santé Travail	Référent médical au sein du pôle en charge de la QVT. CHSCT propre aux médecins. Médecine du travail niveau territoire.	
Territoire	Équipe médicale niveau local ou territorial avec contractualisation des activités diverses en son sein. Contrat collectif d'équipe et contrat individuel d'engagement, droits et devoirs. Chef d'équipe choisi par ses pairs.	Coopération médicale entre EPS, équipes territoriales. Prime de coopération hospitalière de territoire et valorisation de prime multi sites pour les postes prioritaires. Collaboration CHU-CH

Lors du mouvement de grève du 14 octobre dernier, les cinq intersyndicales de médecins hospitaliers ont été reçues par la ministre de la santé. Consciente que son projet de loi de santé ne réglait aucun des problèmes de l'attractivité des carrières médicales hospitalières, la ministre a donc annoncé la mise en route d'une mission parlementaire qui, en se basant sur les conclusions des différents rapports existant (Mission Toupillier, Rapports FHF et Véran), devrait permettre de lui donner une série de mesures à mettre en place rapidement pour améliorer cette attractivité.

Nous avons donc repris dans un tableau synthétique les mesures préconisées dans ces différents rapports, rédigés à des époques différentes par des auteurs de sensibilité toutes aussi différentes.

Vous verrez que s'il y a quelques divergences, beaucoup de propositions sont convergentes. La mission parlementaire sera finalement confiée à Jacky Le Menn, ancien sénateur de l'Ille-et-Vilaine.

Rapport Couty	Rapport FHF
	Des statuts post-internat.
	Revalorisation des débuts de carrière. Atteindre plus rapidement des niveaux de rémunération de l'exercice libéral. Valoriser les postes en zone désertique. Envisager une part variable de rémunération (spécialité ? activité ? objectifs ? performance ? individuelle ? collective ?).
	« À prendre en compte »
	Revaloriser la rémunération des gardes et astreintes.
	Adapter le post-internat à l'évolution du numérus-clausus. Harmonisation statuts post internat vers statut unique attractif hors U, avec prime d'engagement et SPE semblables. Suppression sous condition de la période probatoire.
Participation aux conseils de pôle. Dialogue social même pour les PH ! Médiation, gestion des conflits. Veille sociale au sein des EPS. Négociations sur les conditions de travail et les horaires dérogatoires de travail. Passerelles.	Mieux communiquer sur les carrières. Journées d'intégration. Gestion prévisionnelle des métiers et compétences au sein des pôles. Talent management et job planning. Accompagner carrières médecins formation. Offrir des perspectives de carrière dès l'internat. Améliorer l'accueil des internes. Bourse aux postes. Postes à temps partagé avec avantages. Dispositifs de reconversion. Former au management. Mieux former les managers et évaluation des pratiques managériales.
CHSCT avec 2 sous-groupes dont un médical	Améliorer la qualité de vie au travail et les conditions matérielles d'exercice. Renforcement de la représentation médicale CHSCT. Accès à la médecine du travail. Projet social de l'établissement favorisant équilibre vie professionnelle et vie privée. Solliciter les collectivités territoriales pour aide à l'installation des médecins.
Retour à la notion d'équipes pluri professionnelles.	Équipes territoriales, coopérations entre EPS, postes de PH de territoire avec bonification financière et de l'avancement de carrière. Assouplir la gestion des primes multi-sites. Valorisation financière dans les zones de faible densité.

Le changement à l'hôpital !

De quoi parle-t-on ?

Le SNPHAR-E a demandé Gilles Herreros, sociologue, professeur des Universités à Lyon, de nous éclairer sur les tenants et les aboutissants des ré-organisations successives et leurs impacts dans le monde réel.

Lorsque l'on s'intéresse aux organisations (comme sociologue analyste ou praticien desdites organisations), c'est un truisme de souligner que l'on bute sur l'omniprésence de la thématique du changement. Elle est prônée partout. Sous l'influence d'une pensée gestionnaire qui s'est répandue partout en appui sur une « novlangue séductrice », s'est installée cette idée selon laquelle, sans changement, les organisations seraient conduites à péricliter. Mobilisant un darwinisme social donné comme une évidence, il est rappelé doctement, par nombre de managers de tout rang, que les espèces qui n'évoluent pas sont condamnées à disparaître. Ce discours, la logique qui le sous-tend, se sont imposés au fil des décennies ; l'hôpital public n'y a pas échappé.

Les gouvernements successifs et leurs porte-paroles (experts, gestionnaires, Agences et autres Hautes Autorités...), ont ainsi fabriqué un discours institutionnel dont la finalité consiste à louer les vertus du changement. Ainsi ledit changement est supposé conduire l'hôpital vers le modèle de l'entreprise. Réorganisé en pôles, accrédité/certifié, doté budgétairement selon la logique de la tarification à l'activité, les pratiques des professionnels évaluées de tous côtés... l'hôpital doit être « gouverné » selon des principes en vigueur sur les marchés.

Sans pouvoir passer en revue, ici, ce que furent et ce que sont toujours les conséquences des différentes réformes (certification, T2A, Nouvelle Gouvernance...) engagées au sein de l'hôpital public depuis deux décennies, nous voudrions néanmoins livrer quelques réflexions sur ce qui nous semble être à l'œuvre au sein de l'univers hospitalier.

Nous allons suggérer que le discours institutionnel à propos des présumées vertus du changement gagnerait à être questionné en même temps que mériterait d'être développée une dynamique de réflexivité.

LE DISCOURS INSTITUTIONNEL : RÉALITÉ ET FÉTICHE !

Dans son ouvrage « *De la critique, Précis de sociologie de l'émancipation* » (2009), L Boltanski rappelle que le travail des institutions consiste à énoncer ce qu'est le réel. Dans un travail incessant de répétition, les institutions s'efforcent de fabriquer « la réalité de la réalité » dans une sorte de déni de la complexité du « monde ». Pour le dire autrement et dans un vocabulaire moins hermétique, les institutions s'efforcent de rendre acceptables des situations dont l'expérience quotidienne concrète génère, chez ceux qui la vivent, un sentiment contraire. Ainsi, l'institution pourra affirmer sans faille que tel ou tel changement est source de bienfaits pour tous,

alors même que ceux qui y sont confrontés éprouvent un sentiment contraire. Ainsi, la réalité scandée par l'institution ne correspond-elle pas au monde de l'expérience tel que celle-ci est vécue par des êtres qui eux disposent d'un corps, à l'inverse de l'institution dont Boltanski rappelle qu'elle est un « être sans corps ». Curieusement, c'est de cette absence de corporéité dont l'institution se prévaut pour prétendre que sa vision de la réalité est objective, alors que l'expérience du monde des individus serait quant à elle faussée par

“ Un président de CME également vice-président du directoire de l'hôpital devrait renforcer le poids des médecins dans la gestion de l'hôpital... mais les praticiens considèrent que les décisions de gestion n'ont jamais été aussi lourdes de conséquences et n'ont jamais autant entravé l'exercice médical. ”

leur ressenti, leur subjectivité, en un mot leur corporéité. Le quotidien fournit une multitude d'exemples de cet écart entre le discours institutionnel sur le réel et l'éprouvé de chacun. On peut exemplifier le propos. Ainsi l'institution énonce que les lois dites de la « Nouvelle Gouvernance » et HPST ont permis de renforcer la collaboration entre le directeur de l'hôpital et le corps médical. Ainsi, la direction des conseils de pôles par les médecins leur donne une capacité d'orientation stratégique. De même, le fait que le président de la CME soit vice-président du directoire de l'hôpital renforce le poids des médecins dans la gestion de l'hôpital », alors que

les praticiens considéreront que « les décisions de gestion n'ont jamais été aussi lourdes de conséquences et n'ont jamais autant entravé l'exercice médical ». Autre exemple, pendant que l'institution affirmera qu' « après 6 ans de fonctionnement, le dispositif d'accréditation représente le premier dispositif français de retour d'expérience sur les événements indésirables médicaux, témoignage d'une dynamique médicale dans le domaine de la gestion des risques », les praticiens auront tendance à penser que « l'absence de confiance et le contrôle systématisé n'ont jamais été aussi marqués et qu'ils entravent la coopération entre professionnels ».

Le discours de l'institution se veut imparable car il est supposé objectif. Celui des professionnels est discutable car empreint de subjectivité.

Pourtant, et ce n'est pas un mince paradoxe, « l'être sans corps » institutionnel est contraint de réitérer inlassablement son discours car la réalité qu'il entend produire peine à s'imposer. Ainsi, ministères, Agences Régionales de Santé, Haute Autorité de Santé, Anap (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements médico-sociaux) à grand renfort de textes de lois, de dispositifs techniques, d'articles, de prises de paroles officielles, de colloques, de journées nationales ou régionales, d'universités d'été, de formations, répètent infatigablement leur vision de ce qu'est la réalité de la réalité. Sous forme de cérémonies ritualisées (auxquelles les professionnels sont régulièrement conviés) l'institution s'efforce de produire une vision du réel qui soit acceptable et acceptée. Cette détermination à produire et reproduire une image sans faille de ce qu'est la réalité finit par interroger : une telle répétition ne constitue-t-elle pas un indicateur tangible de la difficulté qu'a l'institution à ensevelir sous son discours le monde de l'expérience, le monde vécu ?

Si la rhétorique institutionnelle a autant de difficulté à installer sa vision acceptable de la réalité, c'est au moins pour deux raisons.

La première réside tout honnêtement dans le fait qu'il y a une distorsion considérable entre ce qui est dit de ce qui est par l'Institution et ce qui est pratiqué et ressenti par les acteurs.

La seconde se niche au cœur d'une contradiction fondamentale : ceux-là mêmes qui énoncent le discours prétendument objectif de cet « être sans corps » qu'est l'institution disposent tous d'une corporéité !

En effet, ceux qui portent la parole institutionnelle ont des statuts, des stratégies, des positions, des idéologies ; leur point de vue n'est jamais qu'une vue exprimée depuis un point, dont ils ne peuvent prétendre qu'il

s'assimile au « point géométral » de l'objectivité absolue. En conséquence, chacun peut douter du caractère objectivant du discours institutionnel. Aussi, pour parvenir à imposer sa vision « de la réalité de la réalité », l'institution procède à un coup de force qui passe par la disqualification du propos que tiennent les acteurs à propos de leur expérience du monde vécu. Ce coup de force prend appui sur la fabrication d'une sémantique qui à force d'itérations et de réitérations produit des fétiches. Citons en quelques-uns : le changement, l'efficience, la qualité, la gouvernance, les bonnes pratiques, la performance... Que les contours de ces notions soient pour le moins vagues et renvoient à des contenus plus imaginaires que réels n'a pas grande importance ; un fétiche n'est pas agissant parce qu'il est réel, il est agissant parce qu'il est fétiche.

Prenons comme illustration l'usage qui est fait de la notion de changement. Fétiche par excellence, le changement est proclamé, salué, brandi, promis par l'institution. C'est en son nom que les professionnels sont invités à changer leurs pratiques, à modifier leurs logiques, à faire preuve de créativité, de responsabilité, à ne pas rester figés sur des habitudes, crispés sur des « archaïsmes professionnels ».

Mais avec ce propos, mille fois entendu, de quoi est-il question ? S'agit-il de promouvoir une nouvelle vision de l'institution hospitalière au point, par exemple, de lui ôter ses fonctions « d'hospitalité » et de pratique « hôtelière » afin d'en rester à la dimension technique ? Est-il question de dissoudre une organisation destinée à accueillir afin d'en faire une mécanique à gérer les flux de patients, comme un aéroport s'occupe des flux de voyageurs en accélérant au maximum son transit, comme les plateformes téléphoniques traitent leurs flux d'appels ? Y aurait-il une réflexion théorique sur le « caractère total » (au sens goffmanien du terme) d'une fonction hospitalière jugée trop normalisatrice et insuffisamment plastique pour prendre en compte les processus toujours plus marqués de désir d'individuation des patients ? Serait-ce l'intention de repenser la manière dont coopèrent les différentes professions de santé présentes à l'hôpital en modifiant leurs processus de socialisation professionnelle dans la perspective de faire tomber les barrières symboliques qui peuvent entraîner les collaborations dans les services qui agiteraient les pouvoirs publics ? La liste des questions pourrait être allongée.

Quelles que soient les positions que les uns et les autres pourraient adopter en se confrontant à ce type de questionnement, c'est à un débat sur le devenir des institutions de santé, sur les formes organisationnel-

les de l'hôpital, sur les statuts des professionnels auquel chacun pourrait être invité.

Approchée au travers d'un questionnement théorico-politique sur les contours institutionnels, organisationnels et professionnels que pourraient revêtir les dispositifs de santé publique, la question du changement à l'hôpital pourrait recouvrir une signification. Au lieu de cela, le changement est donné à la fois comme vertueux en soi et utile car producteur d'« efficience », autre fétiche organisationnel s'il en est.

Depuis plus de 20 ans, l'évolution vers un hôpital entreprise n'a comme objectif que l'équilibre des comptes

Depuis plus de 20 ans, avec l'introduction des Projets d'Établissements, la mise en place progressive des dispositifs de mesures de l'activité (PMSI, T2A), l'arrivée des référentiels qualité et les procédures dites d'accréditation (devenues des procédures de certification à l'instar de ce qui se pratique dans l'univers marchand), les réorganisations en pôles d'activité (mutualisation oblige) avec la loi sur la « Nouvelle Gouvernance », la généralisation des Cpom (Contrats pluri-annuels d'objectifs et de moyens), le changement de l'hôpital a consisté à en faire une entreprise.

Le *New Management Public* (NMP), décliné sous la présidence de Sarkozy sous le vocable de RGPP (Révision Générale des Politiques Publiques) et repris avec une légère variation sémantique par le présent gouvernement sous l'appellation « Modernisation de l'Action Publique », sont les incarnations d'un mouvement à l'œuvre qui semble n'avoir pour horizon que celui de l'équilibre des comptes.

Le discours porté par l'institution sur la qualité, la centralité du patient, le respect des personnels, entre en contradiction forte avec l'expérience vécue qui conduit les acteurs des lieux à douter des améliorations énoncées.

L'écart entre une réalité institutionnelle discursive et un monde réel expérientiel nourri des ressentiments, des fragilités individuelles, collectives, organisationnelles, professionnelles que l'appel incessant au changement sans résistance ne comblera pas.

À l'hôpital, les appels incantatoires et répétés, à mettre en œuvre le changement au nom d'une modernité qui devrait faire de l'hôpital une structure « efficiente » nous paraissent susceptibles de provoquer plus d'effets pervers que de mobilisations solidaires. Sans doute serait-il préférable d'imaginer des politiques managériales tournées vers le souci de réflexivité.

POUR UN HÔPITAL RÉFLEXIF

Les définitions de la notion de réflexivité sont multiples. Les mathématiques, la sociologie, la philosophie et la psychologie, usent toutes de cette notion. Si on ne peut ici se livrer à un travail de recensement des définitions avancées par les différentes disciplines, et encore moins des positions qui elles aussi peuvent varier selon les auteurs, on peut néanmoins se risquer à une définition générique minimale. La réflexivité désigne le mouvement d'une réflexion qui se prend elle même pour objet en examinant aussi bien ses conditions de possibilité que ses prolongements. La réflexivité ne désigne donc pas seulement la pratique simple de la réflexion mais une réflexion qui prend ladite pratique comme objet. Par extension on dira donc d'une organisation qu'elle est réflexive quand elle met en question ses pratiques sans autre

finalité que d'en saisir leurs significations, leurs conséquences. Loin de toute normativité, d'orientations a priori, scandées et rythmées par des projets de changement institutionnellement portés, la réflexivité parce qu'elle interroge

ce qui n'est plus même aperçu permet d'offrir le socle sur lequel une organisation peut se déployer. Trois dimensions ou postures nous semblent être au fondement d'une dynamique réflexive.

Le premier temps de la réflexivité est déposé dans la réhabilitation de la critique.

Les organisations contemporaines, l'hôpital public compris, ne laissent plus guère de place à la critique. Trop souvent, chacun est jugé et évalué non plus sur la singularité de sa professionnalité mais sur sa capacité à tenir un discours attendu, c'est-à-dire celui qui est institutionnellement porté et labellisé. Dans ce genre de situation, toute parole dissonante est immédiatement perçue comme une dissidence à combattre. Trop souvent, on assiste, à tous les niveaux de l'organisation bien sûr mais surtout dans les sphères managériales, à une compétition discursive continue avec comme unique Saint Graal l'atteinte de « l'excellence conforme ». Évidemment, à la machine à café, dans les couloirs, les langues peuvent se délier et l'intelligence individuelle et collective réapparaître, mais le plus souvent la peur ou le désir de ne pas se démarquer de la « ligne » interdit toute expression critique. Cette anesthésie de la critique nourrit l'affadissement de l'organisation. Manier la critique revient à savoir se saisir des dissonances fréquentes entre le discours officiel qui explique doctement ce qu'est « le réel » de l'organisation et l'expérience qu'ont les salariés du réel

“
L'anesthésie de la critique
nourrit l'affadissement de
l'organisation.

en question. Créer les conditions pour qu'à l'hôpital cet écart soit parlé pourrait permettre de sortir de l'imaginaire leurrant où l'enferme le discours institutionnel.

La seconde posture requise pour favoriser la réflexivité consiste à interroger l'activité.

Ce terme d'activité doit être compris à la façon dont le pensent les cliniciens de l'activité (Y. Clot, 2008), c'est-à-dire comme différent de la tâche. Ainsi, l'activité désigne les gestes réels, ceux qui sont effectués comme ceux qui sont empêchés. Pour se déployer, l'activité sort donc nécessairement des bornes que fixe la tâche prescrite. L'activité c'est ce qui constitue le professionnel comme tel, ce qui donne sens autant à ce qu'il fait qu'à ce qu'il est. L'activité, pour reprendre le vocabulaire précédemment utilisé, c'est l'expérience du monde vécu.

Réfléchir cette activité revient pour le professionnel à se demander ce qu'il fait quand il fait ce qu'il fait non seulement à lui-même mais aussi aux autres. Il n'y a pas d'agir individuel et collectif sans pâtir ; il est donc légitime d'interroger ce que sont les conséquences de son action sur soi comme autrui. Cette interrogation n'a pas pour vocation l'auto-flagellation mais au contraire elle conditionne l'augmentation de la puissance d'agir de chacun. C'est en identifiant les prolongements de son action que l'on peut en maîtriser ou, *a minima*, en comprendre mieux la signification.

Depuis cette perspective des questions surgissent : que devient l'activité (des soignants) quand ceux-ci passent de plus en plus de temps à pratiquer du « *reporting* », à accomplir des tâches administratives ? Que fait-on aux métiers, aux professions (et à ceux qui se définissent comme des gens de métier et des professionnels) qui portent le soin lorsque seuls importent les résultats budgétaires aux mépris des pratiques qui constituent la professionnalité ? Que devient l'acte professionnel, son contenu, ses modalités, ses inflexions, son souffle, quand les salariés sont sommés de mettre en œuvre des scripts, des référentiels, dont il sera vérifié à coups d'évaluations répétées qu'ils ne s'en autonomisent pas ? Quand l'activité devient secondaire, enchaînée qu'elle est dans des contraintes gestionnaires, c'est le socle de l'organisation qui se trouve menacé. Quelle figure pourrait revêtir un hôpital où les pratiques médicales et soignantes ne seraient plus interrogées que budgétairement dans l'oubli de l'activité effective ?

En troisième lieu, la réflexivité suppose l'existence et l'animation de collectifs.

Pour qu'un collectif existe, il ne suffit évidemment pas

de rassembler des individus et de les placer dans une coordination formelle à partir d'une division du travail réglée. Un collectif n'existe que dans la mesure où des individus partagent des communs. Evidemment ces communs ne peuvent se confondre avec le genre d'injonctions institutionnelles que l'on rencontre ordinairement à l'hôpital et qui se déclinent par exemple sous la forme de chartes, de contrats d'objectifs, de projets de services ou de pôles, sur fond de discours répétant à l'envi que « le patient est au centre », que « la qualité est un horizon partagé », « que l'efficience est l'affaire de tous »... Un commun, s'il peut revêtir les contours les plus divers, ne peut qu'être attaché à l'activité concrète de chacun entendue comme définie au paragraphe précédent. Cette activité fournit le cadre à partir duquel se définit la capacité d'agir des uns et des autres. C'est elle qui donnera un support aux collectifs. Comme l'activité n'est jamais donnée (ni par un texte, une procédure, un règlement, ni par un ordre quelconque) mais bien plutôt toujours construite (au travers de jeux d'acteurs), elle est continuellement marquée par le surgissement de possibles incertitudes sur les façons de faire.

Ce sont ces incertitudes sur l'activité qui fournissent aux individus les objets de discussions, de controverses, d'échanges et de coopération, qui deviendront ou non les communs qui permettent de faire exister les collectifs.

Exercice de la critique, centralité de l'activité, instauration de collectifs soudés autour de communs, voilà quelques-uns des ressorts de la réflexivité. Aujourd'hui, à l'hôpital, quels sont les temps, les espaces où ces exigences sont prises en compte ?

Pour qu'une telle dynamique réflexive s'instaure il y a des changements radicaux à opérer ; ils n'ont pas grand rapport avec les actuels discours institutionnels : créer des scènes de controverses, ne plus sacrifier la perspective gestionnaire, respecter dans l'exercice quotidien les personnels comme les malades et leurs familles... Ces changements se prêtent mal à l'exercice de la rhétorique institutionnelle, pourtant ils pourraient susciter des dynamiques que les actuelles orientations managériales classiques peinent à obtenir.

Gilles Herreros, Sociologue Professeur des Universités,
Lyon 2, Centre Max Weber, CNRS.

Considérations sur les risques psychosociaux à l'hôpital

Exercer sa profession dans la sécurité et la sérénité, tout en conservant une vie sociale et familiale, est un droit encadré par une réglementation qu'il faut rappeler. Une partie de ce dossier aborde le rôle essentiel du CHSCT et du médecin du travail dans la gestion de ces risques.

Quelques définitions

Selon l'Agence Européenne pour la santé et la sécurité au travail : « *Un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a des ressources pour y faire face* ».

Selon l'ANACT (Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de travail) : « *L'expression, plus large des risques psychosociaux (RPS) évoque diverses situations de mal être, de ressenti négatif par rapport au travail. Elle renvoie à des causes très variées : surcharge de travail, contraintes excessives de temps mais aussi perte de repères, difficultés à trouver du sens au travail, conflit de valeurs... Elle rappelle surtout que la santé psychique n'est pas seulement une dynamique individuelle, mais qu'elle se construit aussi dans la relation aux autres : par la reconnaissance, par la possibilité d'échanges, de constructions et de coopérations au travail, avec le soutien des collègues et de la hiérarchie.* »

CADRE RÉGLEMENTAIRE ET OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR

Liés aux conditions générales de travail, les RPS font peser sur les salariés la menace d'une altération de leur santé. Il appartient à l'employeur de réduire, voire de supprimer ces risques afin d'assurer la sécurité des salariés et de protéger leur santé physique et mentale. Pour ce faire, l'employeur doit prendre les mesures appropriées et les mettre en œuvre conformément aux principes généraux de prévention énumérés par le Code du travail.

Compte tenu de la nature de l'activité exercée, il doit ainsi évaluer les risques professionnels, consigner les résultats dans un document, appelé document unique (DU), et mettre en œuvre des actions de prévention. Il est également tenu à une obligation générale d'information et de formation à la sécurité.

Arrêt Cour de Cassation du 5 mars 2008 n°06-45.888 : « Il est interdit à l'employeur dans l'exercice de son pouvoir

de direction, de prendre des mesures qui auraient pour objet ou pour effet de compromettre la santé et la sécurité des salariés. »

Principes généraux de prévention énumérés par le Code du travail.

L'employeur a des obligations fixées par l'article L.4121-1 du Code du travail et notamment l'obligation de prendre toutes les mesures de prévention pour protéger la santé physique et mentale de ses salariés.

L'art L.4121 - 2 du Code du travail dispose que :

« L'employeur met en œuvre les mesures prévues à l'article L. 4121-1 sur le fondement des principes généraux de prévention suivants :

- 1° éviter les risques ;
- 2° évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
- 3° combattre les risques à la source ;
- 4° adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;
- 5° tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;
- 6° remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
- 7° planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambients, notamment les risques liés au harcèlement moral, tel qu'il est défini à l'article L. 1152-1 ;
- 8° prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- 9° donner les instructions appropriées aux travailleurs. »

Art L. 4121 - 3

« L'employeur,évalue les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs... dans l'aménagement ou le réaménagement des lieux de travail ou des installations et dans la définition des postes de travail.....

À la suite de cette évaluation, l'employeur met en œuvre les

actions de prévention ainsi que les méthodes de travail... garantissant un meilleur niveau de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs. Il intègre ces actions et ces méthodes dans l'ensemble des activités de l'établissement et à tous les niveaux de l'encadrement. »

Inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail et évaluation des risques professionnels dans le document unique

Seuls les risques mentionnés et analysés peuvent être évités. En la matière, l'employeur a des obligations fixées par l'article R.4121-1 du Code du travail et notamment celle de référencer et d'analyser les risques professionnels dans le **Document Unique de l'établissement**. Pour ce faire, l'employeur peut s'appuyer sur différentes sources d'information disponibles dans l'établissement : analyse des risques réalisée par le CHSCT, liste des postes de travail à risques particuliers, fiche d'entreprise établie par le médecin du travail... Le Document Unique doit être régulièrement mis à jour et revu lorsqu'une modification survient. **La modification de l'organisation du travail doit donc conduire à une nouvelle évaluation des risques psychosociaux. Le défaut d'élaboration du DU et l'absence de mises à jour sont pénalement sanctionnés.**

Art R. 4121 -1

« L'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs à laquelle il procède en application de l'article L. 4121-3. Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement. »

Art R. 4121-2

La mise à jour du document unique d'évaluation des risques est réalisée :

- 1) au moins chaque année ;
- 2) lors de toutes décisions d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail au sens de l'article L. 4612-8 ;
- 3) lorsqu'une information supplémentaire intéressant l'évaluation d'un risque dans une unité de travail est recueillie.

L'évaluation des risques doit concerner les risques pour la santé physique et mentale. Le programme de gestion des risques doit référencer la charge psychique, au même titre que tous les autres risques professionnels, pour toutes les unités de travail. L'unité de travail choisie doit être au plus près des travailleurs et donc intégrer le personnel des blocs opératoires, sans exclusive.

“ 48h00 est la borne maximale absolue de temps de travail hebdomadaire autorisée et ne peut en aucun cas être considérée comme la durée légale. ”

Durée légale du travail et conservation de la qualité de vie au travail

Toute période durant laquelle le salarié est au travail, à la disposition de son employeur et dans l'exercice de son activité ou de ses fonctions, est considérée comme du temps de travail. Sont

donc inclus dans le temps de travail : le travail de jour clinique et non clinique, les temps de repas, de déshabillage et d'habillage, le travail en permanence sur place, les déplacements en astreinte et le temps de formation.

En France, la durée légale du travail est de 35H00. 48H00 est la borne maximale absolue de temps de travail hebdomadaire autorisée par la directive européenne 2003/88 CE et ne peut en aucun cas être considérée comme la durée légale.

- **Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements :**

Art 5 : La durée du travail effectif s'entend comme le temps pendant lequel les agents sont à la disposition de leur employeur et doivent se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles. Lorsque l'agent a l'obligation d'être joint à tout moment, par tout moyen approprié, pendant le temps de restauration et le temps de pause, afin d'intervenir immédiatement pour assurer son service, les critères de définition du temps de travail effectif sont réunis. Lorsque le port d'une tenue de travail est rendu obligatoire par le chef d'établissement après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, le temps d'habillage et de déshabillage est considéré comme temps de travail effectif.

Art 6 : La durée hebdomadaire de travail effectif, heures supplémentaires comprises, ne peut excéder 48 heures au cours d'une période de 7 jours.

Art 7 : «1° Lorsque les contraintes des continuités du service public l'exigent en permanence, le chef d'établissement peut, après avis du CTE et du CHSCT, déroger à la durée quotidienne du travail, 2° sans préjudice de la protection appropriée ».

Cette règle d'ordre public ne saurait faire obstacle aux règles d'ordre public relatives aux droits et à la santé des travailleurs. La santé des patients ne saurait se payer du prix de la santé de leurs soignants.

- **Directive européenne 93/104 du temps de travail (DETT), arrêt SIMAP de la Cour de Justice des Communautés Européennes (octobre 2000) et statut de PH.**

La DETT 93/104 se donne pour objectif de permettre au salarié de conserver une vie équilibrée entre son travail et sa vie de famille. Traduite dans le statut de PH, elle fixe la durée hebdomadaire maximum absolue à 48 heures. L'Arrêté du 8 Novembre 2013 précise, une nouvelle fois, que nul ne peut être obligé à travailler plus de 48 heures par semaine lissées sur un quadrimestre, nul ne peut subir de préjudice en raison de son refus de contractualiser du TTA au-delà de la 48^{ème} heure.

Organisées en demi-journées (DJ), les obligations de service (OS) des praticiens ne peuvent dépasser 10 DJ, sans que la durée hebdomadaire de travail ne puisse excéder 48 heures en moyenne sur 4 mois. La durée de la demi-journée n'est pas définie, pour autant, l'obligation s'impose à l'employeur de veiller au respect des durées quotidiennes et hebdomadaires.

Organisées en temps continu par dérogation, les OS hebdomadaires des praticiens sont calculées en heures et ne peuvent dépasser 48 heures ou au prorata de la durée hebdomadaire des obligations de service du praticien.

L'absence de décompte horaire du temps de travail, au motif d'un décompte en demi-journées, ne permet pas de s'assurer que le praticien reste dans la limite maximale du temps de travail. La volonté d'utiliser le flou de DJ non bornées, permet souvent à l'employeur-hôpital de contourner sciemment la durée hebdomadaire maximale tout comme elle laisse aux praticiens qui peuvent encore en jouir, une autonomie de gestion de leur présence hospitalière, mais combien sont-ils encore ?

Rôles du CHSCT et du médecin du travail dans la prise en compte des risques psychosociaux.

Il n'y a pas de prévention sans analyse des risques professionnels. L'évaluation des risques n'est pas une fin en soi,. Elle trouve sa raison d'être dans les actions de prévention qu'elle va permettre par la mise en place de mesures effectives pour écarter le risque, conformément aux principes généraux de prévention. Il revient au chef d'établissement de s'assurer que les CHSCT sont consultés sur les modifications de l'organisation du travail, sous peine d'entrave à la Loi.

Le CHSCT observe les effets des organisations de travail préexistantes et les réorganisations proposées. Il s'enquière de l'adhésion du personnel à l'organisation future proposée, qui ne soit pas aggraver des difficultés préexistantes.

Il analysera les alertes des syndicats, portera un regard attentif sur la mise à jour annuelle du Document Unique d'évaluation des risques professionnels et sur le suivi des mesures correctives et des plans d'action. Il a pouvoir de prescription d'un audit interne ou externe s'il en identifie le besoin.

En cas d'événement grave ou potentiellement grave (décès d'un membre du personnel, suicide ou tentative de suicide sur le lieu de travail ou en possible relation avec l'activité professionnelle, ou situation identifiée à haut risque) il convoquera ses membres en assemblée extraordinaire en alertant également le Médecin Inspecteur du Travail (MIT). Charge à l'administration de veiller à ce que l'Inspecteur du Travail reçoive une convocation pour être présent en séance.

Art L.4612-8

« Le CHSCT est consulté, avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et, notamment, avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit ou de l'organisation du travail, avant toute modification des cadences et des normes de productivité liées ou non à la rémunération du travail. »



L'évaluation des risques n'est pas une fin en soi, elle trouve sa raison d'être dans les actions de prévention qu'elle va susciter.

Art 4623-1 du Code du travail

Le médecin du travail est le conseiller de l'employeur, des travailleurs, des représentants du personnel et des services sociaux, notamment sur :

1° l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise ;

2° l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la santé physique et mentale, notamment en vue de préserver le maintien dans l'emploi des salariés ;

3° la protection des travailleurs contre l'ensemble des nuisances et notamment contre les risques d'accidents du travail ou d'exposition à des agents chimiques dangereux ;

4° l'hygiène générale de l'établissement ;

5° l'hygiène dans les services de restauration ;

6° la prévention et l'éducation sanitaires dans le cadre de l'établissement en rapport avec l'activité professionnelle ;

7° la construction ou les aménagements nouveaux ;

8° les modifications apportées aux équipements ;

9° la mise en place ou la modification de l'organisation du travail de nuit.

Afin d'exercer ces missions, le médecin du travail conduit des actions sur le milieu de travail, avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire dans les services de santé au travail et procède à des examens médicaux.

Art D 4626 -1 du Code de travail

« Les dispositions des chapitres I à V s'appliquent aux établissements de santé, sociaux médicaux sociaux etc... »

Le médecin du travail (MDT), membre de droit du CHSCT, est un acteur déterminant dans la prévention des risques, notamment des risques psychosociaux pour l'individu ou le collectif. Son rôle est d'éviter toute altération de la santé (physique ou mentale) des travailleurs du fait de leur travail. Il a la connaissance de l'entreprise, des postes de travail et les connaissances médicales. Il dispose d'une voix consultative et, par sa connaissance et son expérience, éclairera les membres du CHSCT.

L'équipe de santé au travail interviendra dans la rédaction des fiches de postes, identifiant, notamment pour chaque poste spécifique, les facteurs de risque et de pénibilité. Par l'intervention du MDT, elle émettra tout avis nécessaire à la direction pour préserver la santé physique et mentale et la sécurité des agents quel que soit leur statut. Le MDT est associé par l'employeur à la détermination du contenu de l'information et à l'élaboration des actions de formation à la sécurité mentionnée ci-dessous. Il dispose également d'un droit d'alerte collectif, lorsqu'il identifie un risque.

À l'embauche, le médecin du travail vérifiera que l'état de santé est compatible avec le poste envisagé. Pour les professions à risque et à forte pénibilité, un suivi médical mais soutenu sera proposé par des entretiens individuels et des examens cliniques pour vérifier l'adéquation entre l'état de santé et le poste occupé. En cas de difficulté, ce suivi pourra être sollicité par le salarié lui-même. Le cas échéant, il émettra un avis sur la pertinence du maintien de la participation à la permanence des soins, sur l'exposition à des journées longues ou autres formes de pénibilité du poste occupé. Le cas échéant, le MDT pourra proposer des aménagements pour limiter les facteurs de risque ou suggérer une réorientation professionnelle.

Le service de santé au travail étant un acteur clef, l'absence de médecin du travail, de psychologue du travail ou le vieillissement des équipes en place non anticipé, met les établissements de santé dans l'impossibilité de référencer, d'analyser et de lutter contre les risques psychosociaux. Les établissements sont confrontés à des difficultés de recrutement et de fidélisation des professionnels de santé. Très peu de postes de praticien hospitalier sont offerts aux médecins du travail et la plupart d'entre eux exercent à l'hôpital sous contrat, ou partent dans le privé...

Selon l'Ordre des Médecins en 2008 :

« L'écoute d'un salarié en détresse est un acte médical qui entre totalement dans le champ de compétence du médecin du travail et à ce titre, il doit être le point d'entrée et le pivot de tout dispositif de prise en charge des RPS. »

Accord national interprofessionnel sur les stress en 2008 : « Le médecin du travail est une ressource en termes d'identification du stress au travail. »

IMPACT DE LA RÉORGANISATION DU TRAVAIL

Des listes d'attente trop longues, des déprogrammations successives des patients atteignent la réputation des établissements et produisent insatisfaction et fuite des patients, ce qui se traduit. L'hôpital subit alors une perte de ressources. Les revenus d'un bloc opératoire étant liés à la patientèle des chirurgiens, la réorganisation des blocs opératoires, dans un contexte concurrentiel de T2A, vise à augmenter l'offre de vacations opératoires actuelles et à venir. De nombreuses embauches de chirurgiens ont été faites sous cette pression, et les chirurgiens eux-mêmes subissent une forte pression pour augmenter leur activité. Pourtant, qualité des soins et sécurité des patients et du personnel peuvent s'avérer à la baisse si la pression à l'activité n'est pas en harmonie avec la démographie de tous les intervenants et/ou si l'organisation est défaillante.

Les particularités ou prérogatives de l'acte d'anesthésie sont souvent incomprises car elles semblent être un frein à l'extension indéfinie des activités : « La responsabilité de l'anesthésiste-réanimateur débute avec la consultation d'a-



nesthésie et ne cesse qu'à la fin des soins post-opératoires du domaine de sa compétence ». Les temps pré-opératoire et post-opératoire ne sont jamais pris en compte dans les modélisations d'organisation.

L'attention et la vigilance nécessaires à toute intervention peuvent être difficiles à soutenir chaque jour sur des plages horaires trop extensives, d'autant qu'elles s'appliquent souvent à plusieurs patients simultanément. Pourtant, « Tout médecin étant, par principe, libre du choix de ses actes, dans le respect des règles déontologiques, le fait de céder à une pression morale ou économique n'atténue en rien sa responsabilité en cas d'accident ».

Les insuffisances démographiques, la pression de production permanente, l'allongement de la durée d'ouverture des blocs, qui se répand de plus en plus mettent



en danger la qualité du travail des agents et la sécurité des patients.

Ces tensions expliquent l'exposition aux risques psycho-sociaux des médecins (épuisement professionnel, TMS, addictions, divorce, et parfois, le suicide facilité par l'accès et la connaissance des médicaments).

L'équilibre personnel et la vie sociale et familiale des médecins anesthésistes sont impactés. Les difficultés démographiques actuelles, qui n'épargnent aucun hôpital, induisent un fonctionnement ne garantissant pas un exercice en tous points serein.

Les tensions liées à un déséquilibre démographique entre chirurgiens et anesthésistes rajoutent au stress, d'autant que l'activité de nuit n'a pas diminué.

Les réorganisations visant à « produire » toujours plus à effectif constant ne sont pas adaptées à la pénurie actuelle. Lorsque les organisations sont défectueuses, la réflexion et la communication inexistantes ou non organisées sur l'articulation urgences-programmées, mais aussi, l'intégration de l'activité libérale de certains chirurgiens, induisent des ambiances tendues au sein des blocs, des déprogrammations de patients toujours difficiles à accepter. Très souvent il est impossible de consacrer le temps nécessaire au suivi des patients en post-opératoire, ce qui est source d'insatisfaction et de non qualité.

Dans un effectif insuffisant, l'extension des horaires de bloc opératoire réduit nettement l'autonomie professionnelle des médecins, obligés de passer tout leur temps au bloc opératoire, ce qui participe grandement à leur fatigue et à leur insatisfaction professionnelle.

Contraints de dépasser contre leur gré la borne européenne maximale du temps de travail, leur qualité de vie familiale et sociale se dégrade. Permanence des soins comprise, il n'est pas rare que le temps de travail atteigne 78 heures hebdomadaire dans les équipes sous dimensionnées (1 garde de semaine + 1 garde de WE). La sécurité est-elle vraiment respectée avec de telles amplitudes horaires ? Comment envisager de travailler sereinement dans ces conditions ?

Comment trouver du sens au travail, comment faire du « bon » travail quand on est cloué au bloc 10 à 12 heures par jour tous les jours ?

Il n'est pas étonnant de voir les cas de souffrance au travail progresser, surtout quand le seul sens donné à cette

organisation est la production d'actes rapportant de la T2A à l'hôpital, sans réflexion sur la pertinence des actes ou leur éthique.

En sus de la fatigue, il est décrit un sentiment d'absence de reconnaissance et de mépris (les anesthésistes étant en général les seuls postés toute la journée au bloc, en voyant se succéder plusieurs opérateurs sur la même journée), avec, de plus, le sentiment que seuls les médecins produisant directement de la T2A sont écoutés. Les anesthésistes semblant n'exister que lorsqu'ils ne peuvent pas assurer toute l'activité, il est alors facile de les stigmatiser comme LE facteur limitant et LA cause de toutes difficultés.

Comment s'étonner que de plus en plus de collègues se tournent soit vers un exercice libéral, soit vers l'intérim médical, justifiant leur choix par la possibilité de choisir leur rythme de travail et un salaire plus attractif. « Quitte à travailler 12 heures par jour, autant le faire en gagnant plus et seulement en 3 ou 4 jours par semaine », entend-on souvent.

POURSUITE DE L'EMPLOYEUR

Tout hôpital se doit, en tant qu'employeur, de respecter le Code du travail. Tout directeur d'établissement sait bien qu'il ne peut s'affranchir de certaines règles. S'il le fait, c'est en pleine conscience et donc en toute responsabilité. Il ne peut s'exonérer de sa responsabilité en se cachant derrière l'ARS, dont ce n'est pas la compétence. Ni le principe de continuité des soins, ni l'argument de service public ne sauraient être retenus pour dédouaner le directeur de l'hôpital et celui de l'ARS ayant validé l'organisation, des responsabilités qui sont les leurs.

Les concepts de mise en danger d'autrui et de prise de risque vis-à-vis des patients et des soignants peuvent être retenus à l'encontre des directions qui s'exonèrent des règles de droit et de dialogue social, notamment en cas de risques psycho-sociaux avec conséquences sur la santé des soignants ou des patients.

Article 223-1 du Code pénal

« *Le fait d'exposer autrui directement à un risque immédiat de mort ou de blessure de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente, par la violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la Loi ou le règlement, est puni d'un emprisonnement et de 15 000 Euros d'amende* ».

L'inspecteur du travail, ne pouvant dresser un procès verbal à l'encontre d'un établissement public de santé en vertu de l'art L 8113-7, conformément à l'art 40 du Code de procédure pénale, peut cependant émettre un rapport au Procureur de la République en cas de faits graves.

Article L8113-7 du Code du travail

« Les inspecteurs du travail, les contrôleurs du travail et les fonctionnaires de contrôle assimilés constatent les infractions par des procès-verbaux qui font foi jusqu'à preuve du contraire. Ces procès-verbaux sont transmis au Procureur de la République. Un exemplaire est également adressé au représentant de l'État dans le département. En cas d'infraction aux dispositions relatives à la durée du travail, un exemplaire du procès-verbal est remis au contrevenant ».

Article 40 du Code de procédure pénale

« Le procureur de la république reçoit les plaintes et les dénonciations et apprécie la suite à donner conformément aux dispositions de l'article 40. Toute autorité constituée, tout officier public ou fonctionnaire qui, dans l'exercice de ses fonctions, acquiert la connaissance d'un crime ou d'un délit est tenu d'en donner avis sans délai au Procureur de la République et de transmettre à ce magistrat tous les renseignements, procès-verbaux et actes qui y sont relatifs. »

“ Il appartient à l'employeur d'assurer la sécurité des salariés et de protéger leur santé physique et mentale. ”

CONCLUSION

S'agissant de leur sécurité ou de leur santé, par négligence ou du fait d'une conception « héroïque », « corps et âme », de l'exercice de leur métier, **les praticiens hospitaliers se sont retrouvés trop longtemps exclus des règles communes de protection**. Jusqu'à très récemment encore, ce groupe professionnel a consenti à accepter des durées et des rythmes de travail que peu d'autres professions admettent. Ceci est particulièrement vrai pour les plateaux techniques, mais pas seulement... Il est certain que l'institution hospitalière s'en est jusqu'ici très bien accommodée. Quand on ne compte pas son temps, il en coûte moins à l'employeur-hôpital... Sans doute, des bénéfices secondaires prévalaient-ils alors, tels qu'une reconnaissance sociale plus patente et le sentiment d'une latitude décisionnelle conservée. Étaient-ce d'ailleurs de bonnes raisons et est-ce toujours le cas ?

Aujourd'hui, à l'hôpital public comme ailleurs, **l'employeur doit protéger la santé physique et mentale des salariés**. Les principes généraux de prévention énumérés par le Code du travail sont applicables à tous.

Le SNPHAR-E informe précisément les praticiens hospitaliers sur leurs droits sociaux et vise à accroître ceux-ci par la négociation avec les pouvoirs publics. Lorsque c'est nécessaire, un syndicat représentatif national de praticiens hospitaliers doit pouvoir intervenir plus loca-

lement. Des espaces d'exercice syndical doivent alors se trouver, ceux-ci n'existent toujours pas formellement dans les hôpitaux : c'est une anomalie.

À présent, les attentes des praticiens sont plus claires et, grâce à l'action syndicale, leur statut tend à se normaliser. Il reste à en modifier la déclinaison sur le terrain. Un établissement ne devrait plus pouvoir imposer aux praticiens une réorganisation de leurs rythmes de travail sans s'enquérir de l'avis des ces personnels ou en s'y opposant, ou encore sans analyser et référencer les risques potentiels de cette réorganisation (RPS inclus). Le document unique de l'établissement doit alors concerner les praticiens hospitaliers. Une direction ne peut refuser un tel débat qui doit nécessairement se tenir en CHSCT. Par la nature même de son objet et de sa composition qui fait abstraction de toute appartenance syndicale, la CME ne peut pas être le lieu de cette prérogative...syndicale. Que les organisations (syndicales) de praticiens hospitaliers y soient représentées ès-qualités apparaît dès lors comme une évidence. Ce sera un combat que nous finirons bien par gagner. Le SNPHAR-E

et son intersyndicale Avenir Hospitalier avaient pu faire intégrer ce point dans le Rapport Couty du Pacte de Confiance... Certaines organisations n'ont pas voulu suivre... Elles s'expliqueront.

Lorsque la sécurité des patients et celle des soignants contraints à des organisations de travail dangereuses est menacée, l'ouverture de contentieux pour mise en danger d'autrui est possible. Le non-respect par un directeur de son obligation de mettre à jour le document unique d'évaluation des risques est une infraction. La responsabilité de l'État lui-même peut également se trouver engagée s'il n'assure pas, par la Loi et de manière équitable avec les autres catégories de personnels, la protection du personnel médical hospitalier. Notamment, l'impossibilité pour des organisations syndicales représentatives de PH d'accéder ès-qualités au CHSCT pour y délibérer sur l'organisation ou des réorganisations du travail défectueuses, peut constituer, à elle seule, un motif de recours. Le 23 juillet dernier, dans un courrier adressé à la ministre Marisol Touraine, Avenir Hospitalier, la CPH et la CGT revendiquaient ce droit avec un vrai mandat pour défendre localement les conditions de travail de l'ensemble des praticiens de l'hôpital public. À ce jour, cette lettre est restée sans réponse. **Sur ce dossier comme sur les autres, le SNPHAR-E ne baissera pas la garde.**

La limite des 48 heures de temps de travail : quoi de neuf depuis un an ? Quelle stratégie ?

La défense des intérêts des collègues pour un syndicaliste est un exercice de coureur de fond, qui nécessite entraînement, persévérance et humilité car l'arrivée est lointaine et semble parfois hors d'atteinte, même si elle arrivera inéluctablement si on ne s'arrête pas de courir !

Le temps de travail des médecins hospitaliers est un exemple paradigmique de cette course. Le SNPHAR-E porte depuis plus de 10 ans ce thème sur tous les fronts pour le faire respecter. Nous avons la Directive Européenne Temps de Travail (Directive 2003/88/CE) pour la faire transposer, par un fort mouvement, en droit français appliqué aux médecins hospitaliers. Le SNPHAR-E est le mieux placé pour affirmer que depuis 2003, alors qu'il n'a jamais ménagé ses efforts pour améliorer les conditions de travail de l'ensemble des PH, la ligne d'arrivée et l'application du principe des 48 heures maximum à tous les PH semblent encore loin.

DES ÉVÉNEMENTS RÉGLEMENTAIRES ET JUDICIAIRES QUI PEUVENT CHANGER LA DONNE...

Pourtant, même si chacun n'en ressent pas encore les effets, plusieurs événements réglementaires ou judiciaires doivent être connus de tous, car ils peuvent changer fondamentalement la donne. Les administrations hospitalières le savent bien et ont mesuré les conséquences sur les organisations, et de ce fait n'en font pas de publicité !

L'arrêté du 8 Novembre 2013

Après que le SNPHAR-E a saisi l'Union Européenne du non respect par la France de ses directives, celle-ci a sommé l'État français de protéger la santé des médecins hospitaliers. Ce texte, sorti sous la contrainte conjointe syndicale et européenne, fait beaucoup parler de lui par sa réglementation sur les astreintes, le repos quotidien et l'intégration du temps de déplacement dans le temps de travail. Mais on parle moins de son contenu sur le temps de travail global des médecins.

Pourtant, il fait grimper aux murs les administrations hospitalières, **puisque désormais le directeur est responsable, réglementairement, donc devant la Loi, de l'absence de dépassement des 48 heures hebdomadaires par les médecins.** De plus, il doit aussi, réglementairement,

restreindre ou interdire ce dépassement quand la santé et la sécurité des praticiens sont affectées.

De plus, le temps de travail additionnel est désormais dû, après contrat d'acceptation, en cas de dépassement des 10 demi-journées ET/OU des 48 heures hebdomadaires. Ce qui signifie que vous pouvez exiger de votre administration soit de réorganiser les activités pour que vous ne soyez pas obligé de dépasser 10 demi-journées et/ou 48 heures et que vous êtes en droit, si vous êtes volontaire, d'exiger d'être rémunéré en temps additionnel si vous dépassiez les 48 heures au sein de vos 10 demi-journées.

Très bien, mais comment faire quand rien n'est organisé pour mesurer le travail des médecins en heures, en dehors des médecins dont l'activité est organisée en temps médical continu ? Comment opposer à son directeur que le décompte en demi-journées à rallonges masque totalement la durée effective du travail réalisé ? Comment faire valoir qu'actuellement l'opacité sur le temps de travail est organisée, afin que personne ne sache que régulièrement nous travaillons 60 heures et plus par semaine, la demi-journée devenant un véritable camouflage de travail dissimulé ?

On sait bien que nos directions, confrontées à une pression financière de rentabilisation de leurs établissements, ont plus tendance à nous faire travailler plus, afin de faire rentrer des actes T2A, qu'à réfléchir à comment protéger notre santé. Véhiculant au passage que les médecins étant des cadres supérieurs, ils n'ont pas à compter leurs heures. Sauf que le temps des médecins héros a disparu : toutes les enquêtes syndicales réalisées ces derniers mois montrent que les compteurs d'exaspération des PH sont au rouge, voire au noir, pour ce qui concerne le temps de travail, premier de leurs sujets d'insatisfaction.

Jugement du Conseil d'État (octobre 2014)

Certains médecins sont allés devant les tribunaux et, très récemment (22 Octobre 2014), le Conseil d'État a rendu un jugement très important pour nous : en effet, au vu

de la DETT, du Code de Santé Publique (dans lequel figure l'arrêté de 2013), le **Conseil d'État annule une décision de la Cour administrative de Bordeaux et rétablit le droit à un collègue de se voir reconnaître un dépassement des 48 heures, alors qu'il n'est pas en décompte horaire mais en demi-journées** : « ...

Lorsque l'activité médicale n'est pas organisée en temps continu, les obligations de service hebdomadaires des praticiens contractuels exerçant à temps plein sont fixées à dix demi-journées hebdomadaires et ne peuvent excéder quarante-huit heures par semaine en moyenne sur une période de quatre mois ; que par suite, les indemnités forfaitaires dues, en application du b) du 1° de l'article D. 6152-23-1 du même Code, pour tout temps de travail additionnel accompli, sur la base du volontariat, au-delà des obligations de service hebdomadaires doivent être versées au praticien contractuel exerçant à temps plein qui a accompli plus de dix demi-journées par semaine mais aussi à celui qui justifie avoir travaillé plus de quarante-huit heures en moyenne sur une période de quatre mois ; que, dès lors, en rejetant les conclusions de M. B... tendant au versement de ces indemnités, fondées sur un décompte horaire tendant à démontrer un dépassement de la moyenne hebdomadaire de quarante-huit heures de travail, au motif que l'activité médicale du service dans lequel il exerçait n'était pas organisée en temps continu et que, par suite, le centre hospitalier n'avait pas à calculer en heures le service hebdomadaire, la cour administrative d'appel de Bordeaux a commis une erreur de droit... ».

En clair, les hôpitaux se doivent désormais de comptabiliser le temps de travail horaire de leurs médecins, afin de montrer qu'ils ne dépassent pas les 48 heures de travail hebdomadaires, même s'ils sont organisés en demi-journées.

COMMENT FAIRE RESPECTER CE TEMPS S'IL N'EST PAS MESURÉ ? OU COMMENT IMPOSER À NOS ADMINISTRATIONS DE MESURER NOTRE TEMPS DE TRAVAIL ?

Le problème de la mesure du temps de travail n'est toujours pas résolu. La Commission Européenne répond en octobre 2014 à l'avocat du SNPHAR-E de façon claire : « *Il semble bien, notamment, que les établissements hospitaliers sont en mesure de vérifier, mensuellement et quatrimestriellement, que les temps de travail de leurs praticiens, tels que réalisés en pratique, sont conformes à la loi. Il s'ensuit qu'il leur revient, dans le cadre de ce suivi, de remédier à tout risque de dépassement de la moyenne de 48 heures hebdomadaires sur 4 mois - étant entendu que la notion non-définie de « demi-journée » a principalement une vertu organisationnelle, mais ne saurait être l'éalon de ce contrôle, qui*

demeure, in fine, une comptabilité globale en heures. Si ce suivi s'avérait défaillant dans le cas de certains praticiens, les tribunaux nationaux compétents devraient être saisis de ces cas afin d'évaluer si le droit national transposant la Directive 2003/88/CE est effectivement mis en œuvre de façon incorrecte. »

Nicole Smolski

L'avis du SNPHAR-E

Pour nous, en l'état de l'action syndicale, on peut dire que la ligne d'arrivée n'est pas encore en vue et que nous devons courir encore, mais avec chacun de vous : en effet, il va en être de la responsabilité et du courage de chacun de faire valoir localement ses droits, avec notre aide bien sûr :

- D'abord en écrivant à nos administrations locales que nous exigeons que la réglementation sur le temps de travail soit respectée et que les organisations locales ne nous imposent pas de dépasser les 48 heures, et que donc nous exigeons un outil de mesure en heures de nos activités. Ce courrier restera sans réponse, bien sûr....
- Puis en faisant valoir auprès de nos administrations notre propre comptabilisation horaire de son temps de travail, sur 4 mois. Puisque rien n'est organisé, c'est opposable. C'est le relevé individuel d'activité.
- Vous pouvez (et c'est notre conseil en tant que SNPHAR-E) dire que vous refusez de faire du temps de travail additionnel et refusez de dépasser ces 48 heures, en sommant l'administration de réorganiser. Ou si vous le souhaitez, vous pouvez exiger que ces dépassements soient contractualisés en temps de travail additionnel, même sans dépassements en nombre de demi-journées.
- Enfin, si rien ne bouge, et comme la Commission Européenne nous y engage, vous serez en droit d'attaquer votre administration pour non respect du droit européen et français, devant le Tribunal Administratif. Vous gagnerez. Et nous avancerons, ensemble.

Comme chacun peut le constater au vu de cet article, le but n'est pas atteint, même s'il approche. Et c'est ensemble, vous avec nous, que nous allons y arriver. Nous pouvons aider chacun de vous à faire respecter le droit. Mais vous pouvez aussi nous aider, en nous soutenant et en nous syndiquant. Le chemin parcouru l'a été grâce au SNPHAR-E et à notre motivation collective. Nous allons bien sûr continuer. Mais plus les conflits et contentieux locaux seront nombreux, plus nous serons forts à faire valoir notre droit à ne pas dépasser 48 heures, avec en ligne de mire l'étape suivante : faire valoir notre droit au respect du Code du Travail, à savoir les 39 heures, et comment valoriser le delta 39-48 heures.

Avenir Hospitalier : le colloque sur les coopérations interprofessionnelles

Le colloque organisé par Avenir Hospitalier a permis une réflexion sur l'impact des coopérations interprofessionnelles sur l'organisation des soins et ses conséquences sur l'exercice médical. Face aux pressions multiples des décideurs politiques, il est nécessaire que les médecins soient proactifs s'ils ne veulent pas assister à la dégradation des soins !

Dans son exposé, le Dr François Simon, Président de la section Exercice Professionnel du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNO), souligne la nécessité d'ouvrir aux coopérations une place encadrée sur des critères ordinaires. Cette réflexion a permis l'élaboration d'une « doctrine » qui rappelle le respect du Code de déontologie, l'indépendance professionnelle et les compétences proposées à chaque profession de santé ainsi que le libre choix du patient. Les coopérations doivent être une association de compétences et non un transfert de compétences. Le CNO appelle les autorités sanitaires et tous les ordres professionnels à une concertation approfondie autour de ces principes pour construire un travail d'équipe.

Le Dr Claude Wetzel, ancien Président de la Fédération Européenne des Médecins Salariés (FEMS), a dressé le bilan des expériences européennes en matière de délégations de tâches ou de transfert de compétences. On note une grande diversité des démarches utilisées pour garantir les compétences professionnelles, liée notamment aux conditions d'exercice propres à chaque pays et aux disparités en termes de rémunération et de démographie. La tendance des gouvernements est de promouvoir la délégation/transfert de tâches ouvrant la « boîte de Pandor » sur l'avenir de systèmes de santé. Les syndicats européens doivent s'attacher à ce que ce choix politique n'ait pas pour seul but de régler des problèmes de financement ou de mauvaise organisation des systèmes de santé et qu'il ne menace pas la sécurité et la qualité des soins.

Sur le plan juridique, Catherine Lambot (juriste à la MACSF) rappelle quelques principes indispensables. Un professionnel de santé ne peut « sous-traiter » ou « déléguer » à sa guise les actes relevant de sa seule capacité professionnelle, même s'il en assure le contrôle. Le transfert d'acte n'est juridiquement possible que s'il est prévu par la Loi ou le règlement, le cas échéant par voie de protocole de coopération. À défaut, le « délégitaire » risque d'être condamné pour exercice illégal et le « délégitant » pour complicité d'exercice illégal. Les personnes morales (établissements de soins) sont également condamnables à ce titre, en dehors de protocoles validés nationalement (Art 51 de HPST). Si la mise en œuvre d'un protocole, parfaitement

respectée par les professionnels de santé, aboutissait à un accident médical, la responsabilité de la HAS et de l'ARS pourrait être envisagée.

En prenant comme fil conducteur le « Pacte de soin » de Paul Ricoeur, force est de constater, pour Florent Champy, sociologue spécialiste des Professions, et pour Frédéric Pierru, sociologue et politologue spécialiste de la santé, que s'impose un « choix tragique », puisque le cadre idéal du soin n'existe plus, notamment pour des raisons budgétaires et démographiques. L'hôpital organise les tâches à répartir entre professionnels, avec des objectifs économiques, sans que soient conceptualisées les conséquences sur les fondements de leur exercice, leur intérêt au travail, la qualité de l'exercice professionnel et le plaisir qu'ils en retirent.

Nous devons réfléchir à la pratique prudentielle de nos métiers et professions. Prudentielle signifie que chaque décision, chaque acte sur le patient est régi par une réflexion non standardisée, adaptée au patient et non une application stricte de normes : ce sont la réflexion et la délibération qui conduisent à la décision médicale et à l'action, et là est la noblesse de notre métier, le cœur de notre métier, qui n'est pas transférable.

Il est également nécessaire de réfléchir et d'identifier, au sein de nos actions, quels sont les « soins de routine » facilement transférables sans perte de qualité pour le patient et sans atteinte à l'entièreté de notre métier. Transférer ces « soins de routine » nécessite un temps de formation, expliquant que les coopérations ne sont pas la panacée en termes budgétaire, voire qu'il s'agit d'une « erreur économique ».

En France, pour les décideurs, seules les coopérations apportent une réponse aux problèmes démographiques, ce dogme ne reposant sur aucune stratégie de santé basée sur les besoins de santé, ni sur la pertinence des actes.

Nous ne devons pas accepter de décliner un « mécano organisationnel », qui découpe les tâches à effectuer et les répartit selon des décisions administratives loin du soin ou selon des objectifs financiers. L'article 51 de HPST est globalement un échec, car trop ciblé sur des aspects locaux, sans vision globale de la santé.

Nicole Smolski, Présidente d'Avenir Hospitalier

Anesthésie, analgésie, réanimation, SAMU :

Notre histoire de 1945 aux années 2000

Née aux États-Unis au milieu du XIX^e siècle, l'anesthésie a permis, avec l'asepsie, l'essor de la chirurgie. Elle va connaître un développement considérable au lendemain de la seconde guerre mondiale. Bénéficiant des progrès pharmacologiques et techniques de l'époque, elle engendre également les siens, comme ceux de la ventilation artificielle, ouvrant la voie à la réanimation.

En France, l'anesthésie doit surmonter de nombreux obstacles pour devenir une discipline à part entière. Elle étend alors son domaine hors des blocs opératoires, dans la lutte contre la douleur et vers la réanimation pré-hospitalière.

C'est l'histoire, tant humaine que technique, de l'essor de l'anesthésie-réanimation en France à partir de 1945 qu'a-aborde ce volume. Il sera suivi d'autres, traitant de la réanimation et du Samu. Œuvre collective, élaborée par le Club de l'histoire de l'anesthésie et de la réanimation, l'ouvrage mêle anecdotes et témoignages aux données scientifiques. Les anciens y voient retracées leurs années de jeunesse, les plus jeunes y trouveront les origines de leur activité et des enseignements pour l'avenir.

Un ouvrage passionnant qui permettra de comprendre l'histoire des structures et des acteurs qui ont fait notre spécialité. Roger Chacornac et Richard Torrielli avaient écrit le chapitre consacré au SNPHAR-E où l'on comprend mieux la place essentielle de notre spécialité dans l'évolution du syndicalisme hospitalier.

Par ses positions pionnières, par leur désir de rendre justice aux médecins qui construisent la médecine hospitalière au quotidien, les fondateurs du SNPHAR-E, et ceux qui les ont suivis, démontrent la nécessité d'un engagement qui fonde la démocratie sanitaire. Si les décideurs d'aujourd'hui ont une fâcheuse tendance à l'oublier, un ouvrage comme celui-ci nous



Club de l'histoire de l'anesthésie et de la réanimation

ANESTHÉSIE, ANALGÉSIE, RÉANIMATION, SAMU

Notre histoire, de 1945 aux années 2000

TOME I : L'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION



Editions Glyphe

rappelle que le métier choisi de praticien hospitalier impose respect et considération.

Max André Doppia

Anesthésie, Analgésie, Réanimation et Samu (de 1945 aux années 2000)
TOME I : L'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION. Club de l'histoire de l'anesthésie et de la réanimation 10.3917/risa.801.0133. Editions GLYPHE

La SFAR récompensent 16 ans de travail sur la santé au travail

Le Dr Max-André Doppia, membre du Conseil d'Administration du SNPHAR-E, est aussi président de la commission SMART au sein du Collège Français des Anesthésistes-Réanimateurs. Lors de son dernier congrès national, en septembre, la Société Française d'Anesthésie Réanimation lui a décerné le Trophée « Ils ont fait progresser l'anesthésie-réanimation »...

PHAR-E : Quel a été votre sentiment en recevant cette distinction par rapport à tout le travail effectué au sein du SNPHAR-E et du CFAR, notamment au sein de la commission SMART ?

Max André-Doppia : Ce prix consacre la reconnaissance de tout le travail accompli depuis 1999, date de mon entrée au conseil d'administration du SNPHAR-E. Dans ma profession de foi, à l'époque, le travail à effectuer autour de la santé au travail en anesthésie était clairement mentionné. Aujourd'hui, ce trophée marque la reconnaissance par le Conseil d'Administration de notre Société Savante, la SFAR, d'une démarche que j'ai voulu inscrire dans la durée et au bénéfice de tous les professionnels de notre spécialité. J'ai éprouvé tout à la fois, une très grande fierté, une grande émotion, mais aussi un très grand sentiment de satisfaction personnelle lors de la cérémonie au Palais des Congrès à Paris. Trente minutes de discours m'ont donné l'occasion d'évoquer librement mon parcours, mes rencontres qui ont été fondatrices pour moi et, bien sûr, de remercier les soutiens que j'ai reçus tout au long de ce chemin.

J'ai plaisir à rappeler ici le soutien du SNPHAR-E, particulièrement celui de Roger Charcornac, disparu cette année, qui avait organisé un séminaire sur ce thème dès 1999. Mais aussi, celui du CFAR et de la SFAR au travers des sessions scientifiques qui ont permis la propagation de ce besoin de reconstruire les troubles de la santé au travail et la nécessité de leur prévention. Je n'oublie pas le soutien fort de mes proches collègues au CHU de Caen où j'exerce depuis 30 ans et qui m'ont toujours permis de consacrer du temps à fédérer les énergies nécessaires. Et bien sûr, les membres de cette commission.

PHAR-E : Pensez-vous que les drames récents de Chateauroux et d'Orthez auraient pu être prévenus par une meilleure diffusion de tout ce que vous avez mis en place au niveau de la commission SMART du CFAR ? Comme le numéro vert ?

Max André-Doppia : Tout d'abord, il faut insister sur le fait qu'il reste toujours de fortes résistances et des tabous face à la souffrance au travail, y compris dans nos métiers. Cela explique que nous n'ayons pas pu diffuser plus largement le numéro vert et les diverses ressources en ligne qui lui sont associées sur le site www.cfar.org. Il reste encore très difficile d'exprimer qu'on peut aller mal au travail et le besoin d'en parler à ses collègues ou au médecin du travail.

On peut effectivement penser qu'à Orthez ou à Chateauroux, s'il y avait eu une meilleure information sur les troubles et les difficultés psychologiques, professionnelle ou personnelle, qu'on peut rencontrer dans nos métiers, peut-être que l'environnement du travail aurait permis de les appréhender, avant la survenue de ces drames.

PHAR-E : Il reste donc encore beaucoup de chemin à parcourir pour faire connaître tout ce que la commission SMART a mis en place. Comment voyez-vous l'avenir en termes de pénétration de l'information sur les lieux de travail ?

Max André-Doppia : Nous sommes dans un processus de changement culturel, ce qui est long à mettre en place. Ce ne sont pas uniquement les directives réglementaires qui le permettront. L'appropriation de cette réflexion par le public concerné est un élément clé de la réussite d'un changement qui consiste à être capable de recevoir la parole de quelqu'un qui est en difficulté psychologique et de l'aider à consulter. Pour ce faire, nous devons obtenir un soutien institutionnel plus fort dans cette démarche. Nous avions présenté tous les éléments de la commission SMART (N° Vert et les autres outils conçus comme les auto-questionnaires : Alcool, HAD, Burn-out, Cyberdépendance, Fatigue, Sommeil, Tabac, Harcèlement, Workaholisme) à la Ministre, mais jusqu'à ce jour, il n'y a pas de diffusion de l'information au niveau des plateaux techniques, ce qui est du ressort des pouvoirs publics. Le CFAR va adresser un courrier dans ce sens à la Ministre.



www.cfar.org

Nouveau !
Autotests en équipe

Accédez aux tests : Alcool HAD Burnout Cyberdépendance Fatigue Sommeil Tabac Harcèlement

Difficultés professionnelles, personnelles, ou les deux ? Ces quelques tests sont une occasion de faire le point. Ils n'établissent pas un diagnostic, mais sont un moyen d'apporter une aide à votre équilibre. Sachez que plus de 80 % des médecins en France, vous l'avez fait !

Vous souhaitez une évaluation individuelle...
Nouveau ! Réalisez les tests ci-dessus et reportez vos scores personnels sur une fiche à télécharger.

Pour une évaluation en équipe...
C'est nouveau !
(Après avoir fait l'équipe, le porteur du projet crée un compte pour gérer lui-même les données de l'équipe volontaire.)

Créer un compte pour une équipe :
Ingrédient basé et extrait les statistiques globales de l'équipe pour les tester.

PHAR-E : Pourriez-vous nous présenter quelques données sur l'utilisation de ces outils par les médecins ?

Max André-Doppia :
Au 10 novembre

2014, les visites sur les pages concernant les autoquestionnaires s'élevaient à 2857, avec 2047 questionnaires remplis. Environ 5 tests sont réalisés chaque jour sur le site avec un taux moyen de passation (% entre l'ouverture de la page web et réalisation du test) de 72 %. Les 4 autotests les plus remplis (« burn out », HAD, somnolence et fatigue) traduisent bien les préoccupations de nos collègues. Il est à noter que 96 % des médecins qui sont allés sur la page « Burn out », ont rempli l'auto-test. Une nouveauté consiste à la possibilité de réaliser ces auto-tests en équipe, mais toujours anonymement, c'est important.

PHAR-E : Quelle communication sur SMART a-t-elle été mise en place auprès des médecins du travail ?

Max André-Doppia : Ils ont été contactés par téléphone avant l'ouverture du service. La commission SMART a comme projet d'élaborer un schéma de suivi de la santé des anesthésistes-réanimateurs. Nous reprendrons alors contact avec eux. Par exemple, ne serait-il pas judicieux d'avoir un « carnet de santé » professionnel, à remplir avec le médecin du travail, après avoir effectué un certain nombre de gardes ? Il faut rappeler que la grande majorité des médecins (80%) n'ont pas de médecin traitant. Le médecin du travail assure une consultation médicale confidentielle durant laquelle aborder l'état psychologique, les troubles du sommeil ou les consommations du soignant est possible.

PHAR-E : Encore des projets pour la commission SMART ?

Max André-Doppia :

Beaucoup reste à faire ! Réaliser un livret d'information pour les internes et les responsables académiques. Cette tâche sera menée de façon collégiale avec toutes les composantes du CFAR. Ce livret abordera notamment la manière d'aborder un collègue en difficulté. Nous allons mettre en place sur le site dès le début 2015 des fiches pratiques : « comment aborder un collègue en difficulté avec l'alcool », « comment aborder un collègue qui a évoqué des propos suicidaires », « quelle attitude face à un collègue a des consommations de toxiques médicamenteux ? »...

Il est très positif que cette réflexion, qui doit être collégiale, passe par le CFAR au sein de la commission SMART qui réunit toutes ses composantes, dont les syndicats et la SFAR.

Propos recueillis par Christiane Mura

CFAR

Professionnels de l'Anesthésie Réanimation, être écouté ça peut aider

N° Vert 0 800 00 69 62

Appel gratuit depuis un poste fixe / Tarif tout opérateur depuis un téléphone mobile

Accessible par téléphone 24h/24 et 7j/7

un service d'écoute, de soutien et d'orientation est mis gratuitement à votre disposition par le Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs

www.cfar.org

* Psychologue clinique diplômé soumis au code de déontologie de la profession

Si besoin : une orientation secondaire personnalisée

→ Vers un psychologue qualifié du réseau PSYA (ou tout autre thérapeute), au choix de l'appelant, pour une prise en charge plus approfondie.

→ Vers un médecin traitant,

→ Vers un réseau d'addictologie,

→ Vers un service de santé au travail,

→ Vers un contact syndical,

→ ou toute autre ressource mise en place par le CFAR

Qui peut appeler ?

→ Tout professionnel en anesthésie-réanimation (médecin, interne ou infirmier[e], du secteur public ou libéral), → un proche, un conjoint, un collègue...

PSYA est certifié AFAQ ISO 9001 pour son « Centre d'Ecoute Psychologique »

Service accessible 7/7 24h/24



À l'origine de ce service : les organisations composantes du CFAR et le SNIA

Ecoute + Soutien psychologique

N° Vert 0 800 00 69 62

Appel gratuit depuis un poste fixe / Tarif tout opérateur depuis un téléphone mobile

www.psya.fr espace bénéficiaires

Pour obtenir le login et mot de passe connectez vous au site du CFAR ou sur SMART

CFAR Psya

24h/24 7/7

Châteauroux, Orthez, chroniques de drames annoncés

À chaque drame qui émaille nos existences, la question qui se pose a posteriori à chacun de nous est : pourquoi et comment cela a-t-il été possible ? Si la réponse à pourquoi semble souvent complexe et nous laisse passifs, il semble plus pertinent de tenter de répondre à comment.

Comment tel ou telle personne en est-t-elle arrivée là, quel processus de son existence l'a conduite à des impasses, quelles situations l'ont contrainte au point d'aboutir au geste extrême ?

Quand la question se pose à un syndicat tel que le SNPHAR-E, quelles réponses se doit-il d'apporter ?

Trois façons de répondre ont présidé ensemble à la conduite de notre syndicat :

- dénoncer
- prévenir
- accompagner

DÉNONCER

Depuis la dérive néo-libérale opérée par les pouvoirs publics pour gérer la santé publique, le SHPHAR-E ne cesse de stigmatiser les conséquences néfastes de la T2A et de la loi HPST sur les conditions de travail et au sens donné à celui-ci. C'était déjà le cas dans l'ouvrage publié par ses soins [1]. La nouvelle loi de santé [2] ne semble hélas pas apporter une quelconque inflexion à cette façon de soumettre le fonctionnement de l'hôpital public au système épicer des recettes et des dépenses.

Au contraire, le nombre d'établissements publics où les contraintes budgétaires imposées aux directions entraînent une suractivité ne cesse de croître. De surcroit, les difficultés de recrutement médical par défaut d'attractivité des carrières hospitalières ne font qu'aggraver les situations à risque, entraînant un cercle vicieux mortifère. Le cas de l'hôpital de Châteauroux est de ce point de vue paradigmique, mais hélas pas isolé. Son plateau technique s'est vu adjointe l'activité d'établissements qui ont fermé aux alentours, alors que le nombre de médecins, déjà chichement compté, restait identique pour faire face à la situation nouvelle. Une inadéquation volume de travail/effectifs fut dénoncée sur place par le chef de service d'anesthésie de l'hôpital, à laquelle semble-t-il la direction est restée sourde. Suite au drame du suicide d'une conseur, un rapport de l'inspection du travail, auquel la presse a eu accès, dénonce l'insuffisance de concertation pour la réorganisation et les conditions du travail dans cet établissement. Trop tard, a-t-on envie de dire...

Quant à la situation de prise en charge de la gynécologie-obstétrique en la ville d'Orthez, elle interpelle notre syndicat sur plusieurs points qui ne sont pas sans lien :

- la pertinence du maintien à tout prix de structures locales en l'absence de professionnels en situation stable pouvant assurer la sécurité de la population
- les modalités de recrutement de médecins pour faire face à un incessant turn over des professionnels médicaux et le contrôle de leur capacité
- l'accentuation indéniable du stress professionnel en face de situation d'urgence dans un environnement où le praticien est complètement isolé

Seule la justice pourra faire état de la gravité d'une éventuelle faute professionnelle qu'il ne s'agit pas ici d'excuser ou de couvrir, ayant conduit au décès d'une jeune maman. On ne peut s'empêcher toutefois de penser que certaines conditions de travail prédisposent plus que d'autres à l'erreur professionnelle...

PRÉVENIR : C'EST D'ABORD À LA SOURCE QU'IL FAUT AGIR

La meilleure prévention des drames et accidents est sans conteste la mise en place de conditions de travail optimales, tant en termes matériels de locaux et de dispositifs médicaux, que de ressources humaines. Dans le cadre contraint qui est le nôtre actuellement, il est illusoire d'obtenir satisfaction à court terme sur le plan des effectifs nécessaires. Aussi, la position et le conseil à ses mandants adoptés par le SNPHAR-E est de ne pas dépasser la borne des 48 heures de travail hebdomadaire, et de n'accepter aucun arrangement ou contrat de temps de travail additionnel, qui tôt ou tard met en danger la santé des médecins, et par voie directe de conséquence celle des patients (48 heures est déjà un volume plus qu'honorables et les praticiens n'ont pas à supporter et entretenir une incurie organisationnelle chronique, souvent première cause de désaffection des établissements), et peut donner lieu à diverses addictions pour faire face au surcroît de travail. Ce refus et cette mise en adéquation du volume de travail avec les effectifs réels et un temps de travail limité pourront être tenus au prix d'une possible réduction d'activité en rompant

ainsi avec la logique productiviste. Celle-ci, hormis le fait qu'elle pourra sauver des vies (!), ne manquera pas d'interpeller les pouvoirs publics sur le bien fondé de sa politique... La mise en œuvre de cette position sera rendue possible par la part d'autonomie qui nous est propre dans l'organisation de notre travail. N'est-ce pas la FHF, sous la plume de Gérard Vincent, qui note (déplore ?) les « *modalités historiques caractérisées par la très large autonomie professionnelles dont bénéficient les médecins hospitaliers quant à l'organisation de leur temps de travail* »[3]. À chacun de nous à démontrer sa part d'autonomie sur son site de travail par le courage de son attitude de refus du toujours plus. À moyen et long terme, ce sera un des facteurs d'attractivité des carrières dans nos hôpitaux, c'est ce qui les rendra plus performants, et au final concurrentiels face au privé par la qualité et non la quantité des actes.

Agir à la source, c'est aussi promouvoir autant que possible l'action de nos collègues médecins du travail pour dépister les souffrances, les addictions induites et tous les facteurs incompatibles de façon temporaire ou définitive avec la pratique médicale. Une revendication du SNPHAR-E est de rendre effective une visite annuelle auprès de la médecine du travail, en sus de la visite d'embauche obligatoire avant toute prise de fonction.

PRÉVENIR, C'EST AUSSI GÉRER LA SOUFFRANCE DANS L'IMMÉDIAT

Quand le mal est fait, quand les situations mènent au bord du gouffre, il n'est pas trop tard pour agir. Le SNPHAR-E le prouve de deux manières :

- La mise en place de l'Observatoire de la Souffrance au Travail accessible sur notre site snphare.com dans le double objectif de débusquer les sites où les collègues sont le plus exposés, et venir directement en aide aux collègues mis en difficulté par des conditions de travail insupportables, des harcèlements, voire des abus de pouvoir de responsables médicaux ou administratifs en les contactant directement [4]
- L'animation de la commission SMART, issue du CFAR, et présidée par Max Doppia, dont nous parlions dans notre revue [5].

Les drames de Châteauroux et d'Orthez nous ont conduisent à rappeler l'existence d'un service **d'écoute, d'information et d'orientation**, accessible par un numéro vert de façon anonymisée. Il n'est pas interdit de penser que si notre collègue de Châteauroux avait eu l'information de l'existence du numéro vert, par quelque biais que ce soit, et à la possibilité d'un appel, l'issue fatale aurait peut-être pu être évitée.

ACCOMPAGNER

Dans les suites immédiates du drame de Châteauroux, le SHPHAR-E a mandaté un membre de son conseil d'administration pour participer au CHSCT exceptionnel réuni pour en débattre. L'occasion lui a été donnée de mesurer l'amplitude de l'émotion poignante provoquée par ce suicide au sein de l'ensemble des acteurs de santé, tant au niveau des médecins que du personnel soignant et administratif. Il a pu aussi entendre que la dénonciation de conditions de travail inacceptables par ces mêmes acteurs était bien antérieure au drame... Il a pu proposer la venue d'un professionnelle de la problématique psychosociale au travail afin d'évaluer les conséquences à la fois du drame et des conditions de travail contemporaines. Il a pu enfin mesurer l'importance du CHSCT pour délivrer la parole des acteurs et des responsables administratifs, et pour permettre le déclenchement d'expertises, d'audits, qui doivent aboutir à des réformes organisationnelles. Ce témoignage douloureux est primordial et conforte le SNPHAR-E dans sa revendication d'une participation institutionnelle de représentants élus des syndicats médicaux au sein du CHSCT des établissements de santé.

Accompagner, c'est aussi répondre individuellement à ceux qui s'adressent à nous au travers de l'OSAT, de SMART, ou directement par l'intermédiaire d'un délégué local, régional ou national. Ces réponses font l'objet en permanence de réflexions pour les rendre aussi adéquates que possibles.

Les évènements dramatiques de Châteauroux et d'Orthez et leurs enseignements ne font que nous conforter pour placer au cœur des revendications, des propositions et des actions du SNPHAR-E les conditions de travail et ses conséquences. Nous continuerons à œuvrer pour, à la fois, obtenir au bénéfice de tous les médecins des aménagements et des réformes prenant en compte la pénibilité, le stress au travail et l'attractivité des carrières, et pour chacun de ceux qui paye de leur souffrance les conditions délétères de travail une assistance individuelle la plus efficace possible.

Nathalie Cros-Terraux, vice-présidente, Richard Torrielli

[1] L'hôpital en réanimation, éditions du Croquant, 2011

[2] Voir dans ce numéro l'article de notre président Yves Rebuffat : La loi de santé pages 6-9...

[3] Extrait de la lettre de la FHF sur le temps de travail médical adressée à Jean Debeaupuis avec cc Raymond Le Moign et coll., novembre 2014

[4] http://www.snphare.com/data/A_la_une/phar51/8-observatoire-phar-51.pdf

[5] http://www.snphare.com/data/upload/files/numero_vert.pdf

Les mouvements sociaux des médecins en Europe

Recently, the SNPHAR-E, associated with its Intersyndicale "Avenir Hospitalier", organized on October 14, 2014 a day of strike whose demands were on the attractiveness of medical careers in hospitals, with 60 to 70% of strikers in anesthesiology-reanimation and up to 40% in other specialties represented by SNPHAR-E. The conclusions are made by 3 reports by different experts and the solutions are known. The government's response is the creation of a parliamentary mission which will still lose time in empty words and declarations of intent, when there is an emergency!

It is interesting to note that since more than a year and in all of Europe, social movements of doctors appear, on the same demands as their French colleagues.

The FEMS European Action Day on May 15, 2014 had the objective of defending the right to health: demanding from governments to preserve the financing to ensure the quality of care for all citizens of Europe, to suppress corruption and repression against doctors, to ensure decent salaries and working conditions for all European doctors, including autonomy and working conditions that deteriorate.

In Poland, a demonstration was organized on May 15, 2014 in front of the Ministry of Health in Warsaw by the representatives of medical organizations, members of FEMS, the 4 countries of the Visegrad Group (V4): Poland, Hungary, Czech Republic and Slovakia.

In Hungary, the new labor code, implemented in 2012, clearly favors employers. Syndical rights have been significantly reduced and have made strike practically impossible in public services. **In case of inadequate functioning of the health system, the government has the right to declare a health emergency and requisition health workers to work anywhere and without limitation of duration throughout the country.** Bien que l'actuel gouvernement n'ait pas encore mis en œuvre de telles pratiques, ceci constitue une menace imminente pour l'élimination des militants syndicaux lorsqu'ils organisent des actions syndicales ! Suivant la proposition du MOSZ, Organisation Hongroise des Médecins, membre de la FEMS, toutes les associations médicales (Organisation des Résidents, Organisation des

Médecins de Quartier, Syndicat des Universitaires, Fédération Médicale des Libéraux) se sont regroupées pour former une alliance. **La journée européenne FEMS de protestation des médecins, qui se tenait le 15 mai 2014, a permis une conférence de presse de l'Alliance Médicale Hongroise.** Au beau milieu de cette conférence, 50 médecins ont fait leur entrée en scène : blouse blanche et sac à dos, ils ont ainsi défilé en décrivant un cercle avant de quitter l'auditorium, en brandissant leurs passeports. Cet acte symbolise la fuite des médecins hongrois dès l'adhésion de la Hongrie à l'Union Européenne en mai 2004. Selon l'office national des statistiques, leur nombre serait d'environ 8 à 9 000 depuis l'adhésion.

In the Czech Republic, the new government communicates actively with medical organizations and works on fundamental issues such as post-university education and the Law on hospitals for profit. Syndical medical groups regrouped in LOK-SCL, member of the FEMS, demand nevertheless a salary increase to realize the signed agreement **after the campaign "Merci, nous partons" on December 2011**, and to reach a level of remuneration of 1.5 to 3 times the average salary in the country for doctors, or 10% immediate increase. Otherwise, it will not be possible to stop the exodus to the foreigner, who represents about 500 doctors a year. With a growing medical shortage, it is practically impossible to ensure the permanence of hospital care if one limits the number of hours of medical presence. The government has not implemented the necessary modifications to put in place the European Directive on working time (DE 2003/88). The good news is that the current government is not (or less publicly) for the privatization of public hospitals that the previous governments wanted to implement.

In Slovakia, medical organizations,



dont le syndicat médical LUP-LOZ membre de la FEMS, ont passé une convention avec le gouvernement en décembre 2012, mais celui-ci élabore des projets « secrets » sans véritable dialogue avec les médecins. Il en est ainsi du projet de construction de l'hôpital universitaire de Bratislava grâce à un partenariat public-privé (PPP). C'est le plus grand hôpital de la Slovaquie, qui assure également la formation des étudiants en médecine. Il n'y a aucun débat public ni d'informations sur la rentabilité du projet, qui semble être plutôt désavantageux pour les finances publiques et l'accès aux soins. **La Loi de « criminalisation » des médecins grévistes ou manifestants est toujours en vigueur en Slovaquie et peut être utilisée contre toute manifestation.** Il est difficile de faire face à la corruption au niveau national, les médecins craignent que les attaques sur les soins de santé publics continuent, même après un changement de gouvernement.

En Espagne, **des grèves avec vastes défilés de médecins et d'autres professionnels de santé** sont organisées épisodiquement dans différentes Régions Autonomes, depuis que le gouvernement central et les régions ont instauré les coupes budgétaires, en juin 2010. Les médecins ont perdu une moyenne de 30 % de leur pouvoir d'achat, alors que la charge de travail a augmenté, et seulement 10% des postes vacants par départ à la retraite sont couverts (cf. article PHAR 64, avril 2013, pp. 22-23). La Confédération Nationale des Syndicats Médicaux (CESM), membre de la FEMS, exige un financement correct de la santé pour assurer le budget au traitement correct des patients. Quant à la situation de l'emploi médi-

cal hospitalier, les coupes budgétaires ont conduit à la disparition des remplacements, avec augmentation de la charge de travail du fait de l'accumulation des tâches. La grande majorité des départs à la retraite n'est pas couverte et les contrats temporaires ne sont pas reconduits.

Au Portugal, malgré le départ de la troïka, la politique d'austérité se poursuit avec des coupes dans les fonctions sociales de l'État (Santé, Éducation et Sécurité Sociale) et dans les salaires des fonctionnaires publics et des retraités. On continue à voir divers stratagèmes pour boycotter l'application de l'accord collectif de travail négocié par les syndicats médicaux FNAM et SIM, membres de la FEMS, avec le gouvernement en octobre 2012 (cf. article PHAR 67, février 2014, pp 25-27). Cette attitude du Ministère de la Santé a conduit les syndicats de la FNAM à faire **une grève de deux jours en juillet 2014**, avec une importante manifestation devant le ministère. Le SIM, n'a pas adhéré à cette forme de lutte, considérant qu'il fallait continuer le processus de négociation pour obtenir de meilleurs résultats.

En Croatie, la grève des médecins avait débuté en septembre 2013. Le gouvernement a brisé la grève avec l'introduction de l'obligation de travail qui a été annulée par la Cour constitutionnelle en décembre 2013, permettant à l'Union médicale croate (HLS), membre de la FEMS, de poursuivre la grève. Avec la modification de la Loi sur la représentativité des syndicats, le gouvernement a établi des critères selon lesquels même si tous les médecins hospitaliers étaient membres d'un syndicat des médecins, celui-ci ne

serait pas assez représentatif. Aujourd'hui, en Croatie, 63% des médecins travaillant dans les hôpitaux sont membres de l'Union médicale croate. Avec la nouvelle loi sur le travail, le gouvernement a interdit aux syndicats de faire grève, sauf s'ils ont signé une convention collective. En raison de cela, les syndicats ont engagé une procédure devant la Cour constitutionnelle. En décembre 2013, le ministre de la Santé a signé une convention collective qui est très désavantageuse pour les médecins, sans la participation du syndicat des médecins, avec les seuls syndicats du personnel auxiliaire et des infirmières. Le système de soins de santé est en grandes difficultés financières. L'intérêt accru des médecins à quitter la Croatie est toujours présent. Dix pour cent des résidents de l'hôpital manifestent de l'intérêt à trouver ou ont déjà essayé de trouver un lieu de travail en dehors de la Croatie, accentuant le déficit important de médecins de toutes spécialités.

Roumanie : pour la Journée FEMS d'action européenne du 15 mai 2014, près de 5 000 médecins ont participé à l'action dans tout le pays. Le travail dans les hôpitaux a été arrêté de 10 minutes à 1 heure. Le 14 mai, à Bucarest, **une conférence de presse** a été organisée par la CFSMR/RFTUCP, membre de la FEMS. Il a été souligné certaines actions antisyndicales dans les hôpitaux de Prahova, où des administrateurs ont cassé les bannières et les panneaux appelant à l'action pour le lendemain. Cette journée d'action a aussi été troublée par le contexte très conflictuel de la campagne pour les élections au Parlement Européen, qui a coupé le pays en 2 camps, très violemment opposés. Les médecins travaillant dans les hôpitaux sont salariés avec un salaire de base, complété par des indices d'activité. Le nombre élevé de médecins dans les hôpitaux signifie quelques lits seulement pour un médecin, quelques opérations, quelques admissions et donc peu d'argent supplémentaire, gagné par l'activité. En revanche, dans des secteurs comme la chirurgie et la gynéco-obstétrique, on peut atteindre des salaires importants. Cette situation inégalitaire est encore aggravée par les fréquents paiements en « dessous de table ».

En Grèce, près de 90 % des 6 000 médecins de l'Organisme national de distribution de services de santé (EOPYY) à travers le pays étaient en grève pendant plusieurs semaines en novembre et décembre 2013. Ils s'opposent à la décision du Ministre de la santé de mettre en disponibilité un grand nombre de médecins de l'institution. Cela pourrait concerner jusqu'à 45 % d'entre eux. Le gouvernement grec s'est engagé auprès de ses bailleurs de fonds à placer 25 000 fonctionnaires en disponibilité d'ici à la fin de l'an-

née et à en licencier 4 000. L'idée est simple : prié de quitter son poste, l'agent est alors payé pendant huit mois à 75 % de son salaire, puis soit reclassé, soit licencié. Et l'EOPPY doit apporter sa quote-part.

En Russie, la situation devient explosive : des milliers de médecins russes licenciés, des dizaines d'hôpitaux fermés à Moscou. **Une réforme controversée a mis dans la rue les médecins russes le 9 novembre 2014.** Ils craignent l'effondrement du secteur menacé par de sévères coupes budgétaires. La réforme du secteur médical, qui doit entrer en vigueur le 1er janvier 2015, fait partie des premiers décrets signés par Vladimir Poutine après avoir été réélu en mai 2012, malgré une campagne électorale émaillée par les manifestations de l'opposition. Parmi ses directives phares, l'une prévoit de doubler les salaires du personnel médical, dont le niveau moyen national est très faible comparé à leurs homologues européens: 45 000 roubles pour un médecin (800 euros) et 26 000 roubles pour un aide-soignant (460 euros). Comme le gouvernement ne donne pas les moyens financiers à la réforme, il faut réduire le nombre de médecins concernés. L'objectif de la réforme, c'est de rentabiliser au maximum le travail du personnel médical. Les médecins moscovites ont annoncé qu'ils manifesteront à nouveau le 29 novembre. Les médecins russes paient là la politique de santé de la Russie soviétique peu transformée par les gouvernements successifs. Un modèle totalement socialiste de soins de santé avec un système centralisé, intégré, hiérarchisé par le gouvernement avec une prestation de soins de santé gratuits pour tous les citoyens. Tout le personnel de santé est employé de l'État ou des collectivités territoriales, avec un doublement du nombre de lits d'hôpitaux et de médecins par habitant entre 1950 et 1980 (Russie 5,0 méd. / 1 000 hab. - Cuba 6,7 - France 3,33 en 2011).

Comme pour la France, **la Commission européenne a engagé une procédure d'infraction contre l'Autriche** pour non-respect des règles de l'UE sur les limites du temps de travail pour les médecins. Dans sa lettre de mise en demeure, la Commission a critiqué le fait qu'en Autriche, le temps de travail hebdomadaire moyen peut être de plus de 48 heures, le repos compensatoire n'est pas toujours pris immédiatement après le service prolongé et dans des cas exceptionnels, les périodes de repos peuvent être remboursées financièrement. Il est à prévoir que la Loi sur les heures de travail à l'hôpital (Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz KA-AZG) sera prochainement modifiée et adaptée. Dans ce contexte, l'Organe fédéral des médecins salariés du Conseil de l'Ordre autrichien, membre de la FEMS, a récemment arrêté une plate-forme pour l'avenir des médecins hospi-

Contre-courant

Le billet de Richard Torielli, chargé de mission au Conseil d'Administration du SNPHAR-E

L'austérité tue

Ainsi donc c'est vrai. Ce n'est pas un simple slogan. Une image choc pour faire peur au bon peuple. Une posture idéologique de politicards écervelés. Une vision irréaliste de la gestion des économies nationales. L'austérité tue. Et quand elle ne tue pas, elle plombe durablement la santé des citoyens soumis à la rudesse des plans de redressement drastique des finances publiques dans le domaine de la santé.

David Stuckler, sociologue à l'université d'Oxford, et Sanjay Basu, épidémiologiste, viennent de le démontrer dans leur ouvrage « Quand l'austérité tue. Epidémies, dépressions, suicides : l'économie inhumaine » [1].

Pour ne reprendre dans leur livre que deux exemples : en Grèce, la réduction du programme de santé de 40 % a entraîné une augmentation de 200 % du nombre de cas de séropositifs ; en Espagne, 180 000 personnes ont perdu l'accès aux soins préventifs, tandis que la crise y provoquait une augmentation de 20 % du nombre de dépressions sévères.

Peu m'importe si « les sans dents » est un bon mot malvenu ou l'expression d'un improbable mépris. L'état délabré de la denture est une réalité objective pour une cohorte de concitoyens qui viennent grossir le flux de ceux qui frappent à la porte des urgences hospitalières, pour mille maux digestifs, infectieux, cardiaques, cutanés et autres, à la fois conséquences plus ou moins lointaines et expression accusatrice de l'abandon des soins impliqué par l'absence de moyens et de prise en charge sociale.

Et, soyons cyniques, ne retenons que la conclusion de l'ouvrage des deux Anglais : préserver les politiques de santé et de protection sociale coûterait au final beaucoup moins cher que de faire payer le prix de l'augmentation des maladies diverses et des suicides à la société.

Mieux, les économistes Kevin Murphy et Robert Topel ont mesuré en unités monétaires la valeur créée par les gains en santé et en longévité pour les États-Unis [2]. Ils obtiennent un résultat spectaculaire : entre 1970 et 2000, les gains en espérance de vie auraient ajouté chaque année à la richesse du pays une valeur équivalente à environ 32 % du PIB ! L'apport annuel des dépenses de santé serait ainsi très supérieur à leur coût, qui est de 15 % du PIB aux États-Unis en 2000 [3].

Les pouvoirs publics et tous les citoyens, quelles que soient leurs orientations politiques, ne peuvent ignorer, à l'heure de la sortie programmée d'une énième loi de santé, cette donnée fondamentale pour l'avenir du pays et de ses habitants.

RÉFÉRENCES

[1] Éditions Autrement, 2014.

[2] Murphy, (K.), Topel (R.H.), "The value of Life and Longevity", Journal of Political Economy, Vol. 114, n°5, 2006.

[3] Cité par Brigitte Dormont, Professeur d'économie de la santé, LEGOS-Université Dauphine, Titulaire de la Chaire Santé de la Fondation du Risque, dans un chapitre (La santé : un coût, certes, mais aussi des bénéfices collectifs et individuels) de l'ouvrage du SNPHAR-E, « L'hôpital en réanimation » Éditions du Croquant, 2013.

taliers visant à réorganiser et repositionner le fonctionnement de l'hôpital autrichien. Cette approche vise essentiellement à résoudre les problèmes existants : urgences surpeuplées, charge de travail médical considérable, temps de travail médical trop long, charge administrative excessive, féminisation de la profession et pénurie de médecins.

À l'image de la situation générale assez favorable dans le Nord de l'Europe, c'est finalement aux Pays-Bas que les médecins des hôpitaux sont les moins maltraités : les conditions d'emploi des médecins spécialistes dans les hôpitaux généraux (AMS) font partie de la nouvelle Convention Collective. Les négociations, en mettant

l'accent sur un environnement de travail sûr et sain et une augmentation du niveau d'influence des médecins spécialistes dans la gestion des hôpitaux, ont été conclues au cours du mois de juin 2014. L'Association médicale hollandaise (LAD), membre de la FEMS, et les autres syndicats ont décidé de souscrire aux résultats jugés acceptables, même s'ils ne sont pas pleinement satisfaisants, de la négociation qui a duré plus de 10 mois. Parmi lesquels une augmentation considérée comme modeste de salaire de 2,05 % pour 19 mois. Les nouveaux AMS entreront en vigueur à compter du 1^{er} Janvier 2015.

Claude WETZEL, Trésorier du SNPHAR-E, FEMS Past-President

ANNONCES DE RECRUTEMENT

**Le centre hospitalier
de Mantes la Jolie (Yvelines)**
cherche pour renforcer le pôle
« Urgences - Réanimation - Chirurgie »



**Les deux postes sont
à pourvoir immédiatement**

Adresser lettre de candidature et CV à :

Madame Clotilde COUSIN - Directeur adjoint chargé des affaires médicales
2 boulevard Sully - 78200 MANTES LA JOLIE

1 urgentiste/smuriste
(CAMU ou qualification en médecine
d'urgence exigée)

- 40 000 passages par an.
 - 1 300 interventions SMUR.
 - 8 lits d'UHCD.
- Service agréé pour la formation des internes dans les spécialités « médecine générale » et « médecine d'urgence ».

1 anesthésiste

- Chirurgie générale, obstétrique, ORL, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie pédiatrique périphérique.
- 7 000 patients et 2 200 péridurales par an.
- 9 000 actes réalisés et 6 000 consultations par an.
- Bloc central de 7 salles dont une salle réservée aux césariennes et 8 post SSPI.
- Bloc endoscopies d'une salle et 5 post SSPI.
- Service agréé pour la formation des internes dans la spécialité « anesthésiologie ».

Pour tout renseignement, contacter :

Madame Marie BONHOMME
Responsable du bureau des affaires médicales
Tél. : 01 34 97 40 24 - m.bonhomme@ch-mantes-la-jolie.fr



**CENTRE HOSPITALIER
INTERCOMMUNAL**
VILLENEUVE-SAINT-GEORGES
Lucie & Raymond AUBRAC

40 Allée de la Source,
94190 Villeneuve St Georges,
France.
Capacité de 450 lits.
Situé à 15 km de Paris,
accessible de la gare
(RER D) (1.1km).

RECRUTE 1 ANESTHESISTE REANIMATEUR H/F

Inscrit au tableau de l'Ordre.

Temps plein ou mi temps, sur la base de 48h hebdomadaires pour un temps plein, plages additionnelles rémunérées chaque quatrimestre.

Activité d'orthopédie (ALR écho guidée), chirurgie viscérale, urologique, maxillo-faciale, ORL, OPH, chirurgie infantile (référents pédiatriques présents, compagnonnage), gynéco-obstétricale, endoscopie digestive, consultation d'anesthésie centralisée.

Bloc opératoire neuf de 8 salles avec :

- Des gardes de réanimation (possibilité).
- Des gardes d'anesthésie en obstétrique (mater de niveau 2B, 2500 accouchements/an, garde d'interne sur place).
- Des ½ gardes ½ astreintes en anesthésie.

Contacter :

- Dr GEORGER - Chef de pôle ASUR (anesthésie, SMUR, urgences, réanimation) - Secrétariat de réanimation 9h-16h : 01 43 86 21 02
Ou par mail : jeanfrancois.georger@chiv.fr
- Dr AUGER - Chef de service d'anesthésie - Secrétariat d'anesthésie 9h-16h : 01 43 86 21 03 ou par mail : noemi.auger@chiv.fr

Le Centre Hospitalier d'Argenteuil

Situé à 10 mn en trajet SNCF de la gare St Lazare, Gare du Val d'Argenteuil à 10 minutes à pied (crèche collective, self).



Recherche Anesthésistes pour compléter son équipe (16 ETP).

Bloc opératoire nouvellement équipé dans bâtiment neuf ouvert en mai 2013. Echographes à disposition.

SSPI ouverte 24h/24, 5 DES & garde d'interne pour la maternité.

Une ligne de garde senior chirurgie et une maternité.

Pour tout renseignement contacter :

• Docteur Arnaud DEMERLIAC - Chef de Service au 01 34 23 20 24

par mail sur arnaud.demerliac@ch-argenteuil.fr

(secrétariat : 01 34 23 25 76 ou 25 78)

Envoyer C.V. et lettre de motivation au Centre Hospitalier d'Argenteuil :

• Madame Valérie CHAPELLE - Direction des Ressources Humaines

69, rue du Lieutenant Colonel Prud'hon - 95107 ARGENTEUIL CEDEX

ou par courriel à bs.drh@ch-argenteuil.fr

INSTITUT HOSPITALIER FRANCO-BRITANNIQUE
4, RUE KLEBER - 92300 LEVALLOIS-BOIS - 01 47 59 59 59
1, RUE DE LA CHAPELLE - 92300 LEVALLOIS-BOIS - 01 47 59 59 59
2, RUE BARREZ - 92300 LEVALLOIS-BOIS - 01 47 59 59 59
TÉLÉFAX : 01 47 59 59 59
TÉLÉFAX : 01 47 59 59 59



L'**Institut Hospitalier Franco-britannique** (270 lits et places – Spécialités : maternité & néonatalogie (niveau 2A), chirurgie, médecine, anesthésie - réanimation - urgences, oncologie, ambulatoire, UGA), situé à 5 mn du métro Anatole France (ligne 3) à Levallois-Perret (92), recherche :

CHEF DE SERVICE DES URGENCES ADULTES H/F

CDI temps plein - Poste à pourvoir de suite - Possibilité d'évolution de carrière.

Mission :

Vous êtes chargé de l'organisation du service des urgences adultes composée de 10 médecins, sous la responsabilité du chef de pôle d'anesthésie - réanimation - urgences.

Profil :

- Vous êtes inscrit au Conseil de l'ordre des médecins.
- Titulaire du DESC d'urgence ou de la CAMU.
- Au sein d'un service dynamique, entièrement rénové, et d'un hôpital en pleine expansion.

Rémunération : Selon profil, ancienneté et grille interne (Convention Collective Fehap).

DES MÉDECINS URGENTISTES ADULTES H/F

CDI temps plein - Poste à pourvoir de suite.

Inscrit au conseil de l'ordre des médecins.

Pour postuler : les candidatures sont à adresser à la Direction des Ressources Humaines, par mail : recrutement@ihfb.org.

MEDECIN ANESTHESISTE REANIMATEUR H/F

CDI temps plein - Poste à pourvoir de suite.

Mission :

Au sein de l'équipe du service d'anesthésie - réanimation - urgences composée de 10 médecins, vous intervenez au bloc opératoire (7 salles – 7.000 actes/an), en USC (8 lits) et en maternité (2 500 accouchements).

Profil :

- Vous êtes inscrit au conseil de l'ordre des médecins.
- Vous souhaitez vous investir dans une structure dynamique en pleine expansion.

Rémunération : Selon profil et grille interne (Convention Collective Fehap).

Pour les 3 postes

Vous participez notamment :

- Au déploiement du projet médical.
- A la formation des internes de spécialité.
- Aux protocoles et études cliniques.
- Au développement de la démarche qualité et gestion des risques ainsi qu'aux bonnes pratiques professionnelles.



LE CENTRE HOSPITALIER DE BOURGES

900 lits et places. Plateau technique incluant scanner et IRM, cardiologie interventionnelle et UNV. Hôpital de référence du département. Réseau autoroutier : 1h d'Orléans, 2h de Paris, 1h30 de Tours et de Clermont-Ferrand (agglomération 100 000 habitants), recherche h/f

Praticien Hospitalier ou Praticien Contractuel ou Assistant, pour son service de RÉANIMATION POLYVALENTE MÉDICALE & CHIRURGICALE Spécialité anesthésie réanimation ou réanimation médicale

Description du service et des activités :

12 lits de réanimation • Équipe médicale actuelle de 5 PH (reste 2 postes à pourvoir) • Équipement complet avec respirateurs et surveillance hémodynamique, Picco... • Temps additionnel possible • Environ une garde de réanimation par semaine • Possibilité de garde en anesthésie • Plusieurs USC (chirurgie, urgences, cardiologie...)

Pour tout renseignement, s'adresser au Docteur MICHEL, chef de pôle **T. 02.48.48.49.55 - olivier.michel@ch-bourges.fr**

Affaires médicales : **benedicte.soilly@ch-bourges.fr / marie.pintaux@ch-bourges.fr** 145 avenue François Mitterrand, 18020 Bourges Cedex

www.ch-bourges.fr



Centre Hospitalier Ariège Couserans, au pied des Pyrénées Ariégeoises, à une heure de Toulouse, proche stations de ski, à 2 heures de la Méditerranée et à 3 heures de l'Atlantique, le CHAC bénéficie d'un cadre de vie exceptionnel.

Etablissement public de santé dont le siège social est à Saint Gérons.

Le Centre Hospitalier comprend plus de 1 000 salariés dont plus de 60 médecins, 4 pôles cliniques, des activités diversifiées (MCO, urgences, SSR, SIR, centre de réadaptation neurologique, psychiatrie intra et extra de l'Ariège, EHPAD) et un plateau technique complet avec laboratoire, pharmacie et scanner.

CHERCHE ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR

- Soins intensifs respiratoires • Surveillance médicale continue • Bloc opératoire et salle de surveillance post interventionnelle

Adresser CV et lettre de motivation à :

Mr GUILLAUME - Directeur des ressources humaines

Centre Hospitalier Ariège Couserans - BP 60111 - 09201 SAINT GÉRONS CEDEX - 05 61 96 21 94

Ou par mail : secretaire.drh@ch-ariege-couserans.fr



HOPITAUX DU PAYS DU MONT-BLANC

Site de Sallanches (25 km de Chamonix, 12 km de Megève, 50 km de Genève)
RECRUTENT

MEDECIN ANESTHESISTE

(Praticien hospitalier, praticien hospitalier contractuel, assistant spécialiste ou clinicien) – Inscription à l'ordre obligatoire ou PAE.

Pour toute information sur le poste contacter :

Madame le Docteur CAGNIN
s.cagnin@ch-sallanches-chamonix.fr - 04 50 47 30 51

Temps plein ou temps partiel

Candidature à envoyer :

Madame DELRIO-COLLIN - Responsable des affaires médicales
380 Rue de l'Hôpital - 74700 SALLANCHES
04 50 47 30 77 (touche 1) - affairesmedicales@ch-sallanches-chamonix.fr

LE CENTRE HOSPITALIER DE VALENCE RECRUTE DES ANESTHESISTES

Un établissement au cœur de sa restructuration architecturale et de son projet médical.

Postes de PH, contractuels, assistants ou cliniciens hospitaliers.

Double garde d'anesthésie, Temps continu (contractualisé 48h/hebdo).

Bloc opératoire de 11 salles dont 2 salles d'urgences, 12 200 interventions par an, 2 300 accouchements, maternité 2B.

Activité polyvalente : gynécologie-obstétrique, neurochirurgie, orthopédie, ORL, ophtalmologie, viscérale, urologie, chirurgie infantile, cardiologie, gastroentérologie.

Réanimation et soins continus indépendants.
Centre anti-douleur.



Valence, ville de 65 000 habitants dynamique et accueillante entre Vercors et Provence. Située sur un axe géographique central entre Paris (2h15 TGV) et Marseille, à proximité de Grenoble et Lyon.

Pour plus de renseignements, vous pouvez contacter :

- Dr Sandrine SOLER
Chef de service de l'anesthésie
ssoler@ch-valence.fr
- Stéphanie PIOCH - DRH-DAM
spioch@ch-valence.fr - 04 75 75 75 02



CHU Caen

Etablissement de recours pour l'ensemble de la région, disposant de 1495 lits, de nombreux secteurs de référence et d'une maternité de niveau 3, le CHU de Caen se distingue par sa volonté de poursuivre le développement de sa chirurgie ambulatoire et l'engagement du Ministère de la Santé pour sa reconstruction.



Le CHU de Caen (Calvados)

situé au cœur de la Normandie dans une agglomération de près de 230 000 habitants, à 15 mn des plages, 2 h de Paris et 1h de Lyon en avion

RECHERCHE

4 MEDECINS ANESTHESISTES REANIMATEURS

- ▶ pour les secteurs de **CHIRURGIE AMBULATOIRE**
- ▶ pour le secteur **NEUROCHIRURGIE – ORL – CMF**
- ▶ pour le secteur **RÉANIMATION CHIRURGICALE**

Candidature à adresser à :

Mathilde ESTOUR MASSON

Directeur des Personnels Médicaux

Tél : 02 31 06 30 16

Courriel : estourmasson-m@chu-caen.fr

Pour tout renseignement,
contacter le Professeur Jean-Luc HANOUZ

Chef du Pôle « Anesthésie – Réanimation – SAMU – SMUR »

Tél : 02 31 06 47 36

Courriel : hanouz-jl@chu-caen.fr



CENTRE HOSPITALIER
Intercommunal des Alpes du Sud
Gap-Sisteron

LE CENTRE HOSPITALIER INTER-COMMUNAL DES ALPES DU SUD
GAP (05) - SISTERON (04)
1 Place Auguste Muret - 05007 GAP cedex

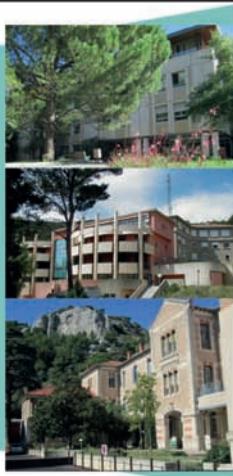
RECRUTE Pour son service d'anesthésiologie (équipe de 10 praticiens)
Suite à un départ à la retraite

1 Praticien Hospitalier

Temps plein ou Temps partiel (mutation ou PH contractuel)

Pour tous renseignements, contacter :

- Dr V. ROUX - Chef de service - 04 92 40 66 49 - vincent.roux@chicas-gap.fr
- Affaires Médicales - 04 92 40 61 72 - valerie.urbach@chicas-gap.fr



Le CHI de Cavaillon-Lauris, en direction commune avec le centre hospitalier d'Avignon, est un centre hospitalier de proximité, comprenant 318 lits et places. Il propose une offre de soins complète en médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique, urgences-SMUR, hôpital de jour, soins de suite et de réadaptation indifférenciés et pneumologiques, unité de soins de longue durée, EHPAD et un plateau technique d'imagerie avec scanner et IRM, un laboratoire de biologie médicale et une pharmacie à usage intérieur. Le projet d'établissement 2014-2018 vient d'être voté et prévoit, notamment, le développement de la chirurgie ambulatoire.

LE CHI DE CAVAILLON-LAURIS (VAUCLUSE) RECHERCHE :

UN ANESTHÉSISTE OU ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR

(Tous statuts hôpital public, praticien hospitalier, clinicien, ...)

Pour toute information, contacter la directrice des ressources humaines : n.piazza@ch-cavaillon.fr



LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES (44)

Recrute plusieurs anesthésistes à temps plein

Pour tout renseignement s'adresser à :

Madame Terrien - Direction des affaires médicales - Centre Hospitalier Universitaire de Nantes - Immeuble Deurbroucq
5, allée de l'Île Gloriette - 44 093 Nantes Cedex 01
nicole.terrien@chu-nantes.fr - 02 40 08 71 22



Le Centre Hospitalier d'Arras recrute : Des médecins anesthésistes-réanimateurs

Le Centre Hospitalier d'Arras, siège du SAMU 62, est un établissement public assurant une réponse aux besoins de santé d'un territoire de plus de 300 000 personnes, en plein cœur de l'Artois. Il offre à la population une large gamme d'activités et de ressources pour le diagnostic, les soins, la prévention et l'éducation à la santé.

Il couvre ainsi la quasi-totalité des disciplines de médecine, de chirurgie et d'obstétrique.

Le Centre Hospitalier d'Arras, reconstruit en 2007, offre particulièrement à la population de l'Artois un plateau d'imagerie public important (1.5 IRM - 1.5 scanner), une maternité de niveau III, et une offre large en chirurgie carcinologique (digestif, gynécologie, sénologie, urologie).

Le Centre Hospitalier d'Arras est également centre spécialisé de l'obésité.

Situation géographique

La ville d'Arras bénéficie d'un emplacement stratégique puisqu'elle se situe à proximité de :

Paris (50 min en TGV)
Lille (35 min)
Londres (1h20)
Bruxelles (2h)



Vous pouvez envoyer votre CV et lettre de motivation, à l'adresse suivante : affaires.medicales@ch-arras.fr

LE CHU DE BORDEAUX,

4^{eme} CHU français par son importance et leader dans de nombreux domaines

Recrute 4 médecins anesthésistes-réanimateurs temps plein

Pour différents secteurs d'activité (statut praticien hospitalier, titulaire ou contractuel, ou praticien clinicien)

Contact :
 Pr Francois SZTARK
 Chef du pôle d'anesthésie-réanimation
francois.sztark@chu-bordeaux.fr
 +33 556 795 514



Hôpitaux de Bordeaux



Au cœur du Pays Basque,
 le nouveau centre hospitalier de Saint-Palais
 recrute

MEDECIN ANESTHESISTE REANIMATEUR

Poste à pourvoir immédiatement

Statut négociable : Public/Mixte/Libéral

Direction commune et possibilité d'un poste partagé avec
 le Centre Hospitalier de la Côte Basque à BAYONNE

Etablissement de référence du Pays Basque intérieur du fait de son plateau technique performant

Contact :

M. Pierre Yves GILET - Directeur - 05 59 65 45 29 - pygilet@ch-saintpalais.fr
 Dr Catherine RIVIERE - Présidente de CME - 06 81 15 29 16 - rivcat@hotmail.fr

CENTRE HOSPITALIER SAINT-PALAIS - Avenue Frédéric de Saint-Jayme - 64120 SAINT-PALAIS

<http://www.oloron-ste-marie.fr/>

Le centre hospitalier d'Oloron comprend 319 lits répartis sur 3 sites, desservant une agglomération de 11 000 habitants dans un bassin de 25 000 habitants.

Service de réanimation de 6 lits + USC de 2 lits.

Ville à caractère historique au pied des Pyrénées, située à 30 km de Pau, 1h00 de l'aéroport Pau-Pyrénées, 1h30 de la côte atlantique, gare SNCF.

Ville dynamique, disposant de tous les commerces, de nombreuses associations sportives et culturelles, d'établissements scolaires (lycées).

LE CENTRE HOSPITALIER D'OLORON
 recherche pour son service de réanimation
2 médecins anesthésistes réanimateurs praticiens hospitaliers à temps plein

Dans un service proposant des activités variées, fortement impliqués dans la démarche d'amélioration continue de la qualité, vous serez intégré dans une équipe dynamique en constante recherche d'une bonification de la prise en charge globale des usagers.

Postes à pourvoir immédiatement.

Contact :

Madame Corinne SOLANA-HEILIGENSTEIN - DRH
corinne.solana@ch-oloron.fr - 05 59 88 30 03

Recrute un anesthésiste réanimateur



Équipe de 10 médecins anesthésistes-réanimateurs.
Bloc opératoire avec activité chirurgicale multidisciplinaire : chirurgie viscérale, gynécologique, orthopédique, ORL, endoscopies digestives, chirurgie ambulatoire. Activité obstétricale avec maternité 2B. Gardes sur place.

Possibilité de recrutement sous le statut de praticien contractuel, assistant spécialiste, praticien attaché ou praticien attaché associé.

Merci d'envoyer vos candidatures :

Marie LEBIGOT - Secrétariat direction des activités médicales
05 57 55 35 00 - marie.lebigot@ch-libourne.fr

Le Centre Hospitalier de VITRE établissement de 420 lits, comportant les services suivants : urgences (avec SMUR et UHCD), imagerie médicale, surveillance continue, chirurgie, maternité, médecine, long séjour, SSR, EHPAD. Situé dans une agglomération touristique, gare SNCF, à 30min de Rennes, TGV pour Paris 2h.



RECRUTE UN ANESTHESISTE-REANIMATEUR

au sein d'une équipe comprenant 5 ETP - Poste de praticien hospitalier à temps plein.

À pourvoir dès que possible

Adresser candidature (lettre de motivation et CV) à Monsieur le directeur - 30, route de Rennes - B.P. 90629 - 35506 VITRE Cedex

Pour tout renseignement complémentaire contacter :

Dr Claudie MONVILLERS - Chef de service - Tél. : 02 99 74 14 73 - Mail : claudie.monvillers@ch-vitre.fr



Le centre hospitalier régional et universitaire de Brest
7 sites - 2 593 lits et places - 5 500 collaborateurs

Recrute 2 anesthésistes-réanimateurs

Site de CARHAIX Statut de clinicien hospitalier

Inscrit au Tableau de l'Ordre

- À temps plein ou à temps partiel pour consolider une équipe médicale et chirurgicale du site.
- Praticien hospitalier - praticien contractuel ou contrat de clinicien.



- Intégration au sein d'une équipe hospitalo-universitaire.
- Équipe paramédicale de valeur.
- Bloc opératoire rénové de 3 salles.
- Activité de chirurgie digestive, orthopédique, gynéco-obstétrique, ORL et endoscopies digestives (2100 interventions par an, dont 29% en ambulatoire).
- Maternité.
- Unité de surveillance continue (4 lits).

Les postes sont vacants immédiatement

Renseignements :

Professeur Ozier - Chef de Pôle - Anesthésie-Réanimation - Soins Intensifs - Blocs opératoires - Urgences
yves.ozier@chu-brest.fr - Secrétariat : 02 98 34 72 98 - 02 98 34 78 51

Candidatures à adresser à Monsieur Gwendal Maringue - Directeur des Affaires Médicales
Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Brest - 2, Avenue Foch 29609 BREST Cedex
sec.affairesmedicales@chu-brest.fr - Tél. : 02 98 22 37 80 - Fax : 02 98 22 38 43

COMMUNAUTE HOSPITALIERE DE TERRITOIRE RANCE EMERAUDE

LA COMMUNAUTE HOSPITALIERE DE TERRITOIRE DE SAINT MALO - DINAN - CANCALE

RECHERCHE UN ANESTHESISTE

Afin de renforcer son équipe médicale commune (Saint-Malo/Dinan) composée à ce jour de 13 anesthésistes.

Activités chirurgicales/Réanimation/Soins intensifs

Soins de médecine/2 maternités 2A

Organisation en temps continu 40h/semaine.



Centre Hospitalier de Saint-Malo Centre Hospitalier de Cancale Centre Hospitalier de Dinan



Candidature à adresser à Monsieur le Directeur

CH de DINAN - BP 91056 - 22101 DINAN CEDEX - Tél. : 02 96 85 72 90 - Fax : 02 96 85 72 91 - direction@ch-dinan.fr

CH de SAINT-MALO - BP 114 - 35403 SAINT-MALO CEDEX - Tél. : 02 99 21 20 65 - Fax : 02 99 21 20 00 - affaires.medicales@ch-stmalo.fr



LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS

- Etablissement de référence et de recours pour toute la région Champagne-Ardenne (1 340 000 habitants) à 40 minutes de Paris.
- 2 389 lits répartis sur 10 établissements au sein de l'agglomération rémoise.
- Blocs opératoires multidisciplinaires (29 salles d'opération) : cardiologie interventionnelle et rythmologie, chirurgie bariatrique, cardio-thoracique, gynécologique, orthopédique-traumatologique, vasculaire, viscérale, chirurgie infantile...
- Unité de chirurgie ambulatoire.
- Maternité de niveau 3, 1 900 naissances par an.

RECRUTE DES ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS

Missions :

- Assurer la continuité des soins en anesthésie : consultation, bloc opératoire, soins péri-opératoires.
- Participer à la permanence des soins.
- Contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Pour tout renseignement, contacter :

- Monsieur le Professeur LEON - Chef de pôle - 03 26 78 70 30
- Monsieur le Professeur MALINOVSKY
Responsable de structure interne - 03 26 78 84 85

CV et lettre de motivation à adresser à :

Direction des affaires médicales - Hôpital Maison Blanche
45, rue Cognacq-Jay 51 092 REIMS CEDEX
03 26 78 74 44 - adupont@chu-reims.fr

Le Centre Hospitalier Geneviève de Gaulle Anthonioz – Saint Dizier – Haute Marne
1h de Reims et de Nancy – 2h de Paris



Etablissement MCO disposant :

- D'une structure d'urgences – SMUR accueillant 26 000 passages/an – SMUR (850 sorties), UHCD de 8 lits.
- Une réanimation autorisée de 8 lits avec permanence sur place suivi de repos de sécurité.
- Maternité niveau 2 B – Plateau technique de qualité : scanner, IRM, réanimation USIC.
- Chirurgie viscérale, orthopédique, gynécologique, urologique, ORL, OPH.

RECRUTE PH ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR

Inscrit au conseil de l'ordre des médecins – Temps plein ou temps partiel.

Pour compléter une équipe de quatre praticiens. Pratique de l'ARL sous écho-guidage souhaitable.

RECRUTE PRATICIEN URGENTISTE

Temps plein ou temps partiel – CAMU ou Inscription CAMU requise.

Pour compléter une équipe dynamique de sept praticiens.

Pour vos candidatures : direction@ch-saintdizier.fr - Tél. : 03 25 56 84 88 | Mr Gerevic - président de la CME - philippe.gerevic@ch-saintdizier.fr



Le centre hospitalier de Carcassonne (pivot de territoire) Recrute des praticiens anesthésistes pour renforcer une équipe cible de plus de 10 praticiens (postes disponibles) et 16 IADES



Merci de prendre contact avec les affaires médicales

Tél. : 04 68 24 20 90 ou 04 68 24 35 30

Mail : secretariat.affairesmedicales@ch-carcassonne.fr

Centre Hospitalier pivot du territoire de l'Aude de 476 lits, places et postes MCO, 290 lits d'hébergement et 15 places d'accueil de jour. 2037 salariés (membre de 12 structures de coopération, 243 conventions de coopération), engagé dans une politique d'investissement ambitieuse (nouvel EHPAD de 200 places ouvert début 2013 et un nouvel hôpital ouvert en mai 2014).

- 7 salles d'opération (dont une radio interventionnelle et une pour les césariennes en urgence) et 2 salles d'endoscopie digestive.
- 1 salle de coronarographie.
- 22 postes SSPI indifférenciés.
- Maternité de 1 784 accouchements.
- Service de chirurgies viscérale, orthopédique, vasculaire, traumatologique, urologique, ORL et spécialités de la face.
- Dossier patient informatisé, prescription informatisée.
- Plateau technique performant : 2 gamma caméras, 2 accélérateurs de particules, 2 scanners, IRM, réserve PET scan.
- 1 garde sur place tous les jours + 1 astreinte opérationnelle en semaine transformée en garde le week-end (1 IADE en H24 + 1 IADE d'astreinte + 1 IDE SSPI en astreinte les WE et JF).

Carcassonne est une ville attrayante située à 94 km de Toulouse, 60 km de Narbonne, à proximité des pistes de ski des stations pyrénées et des plages méditerranéennes. Aéroport, 10 lignes en Europe.