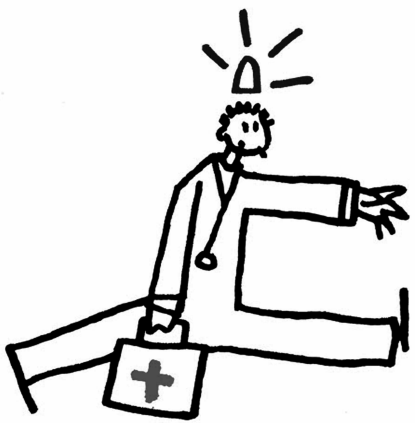


AMUF - 14 rue Vésale
75005 PARIS

☎ : 01 43 36 22 14
Fax : 09 64 44 03 76
E-Mail : secretariat@amuf.fr

LA MUFLÉE

53

CONTRE LE HARCÈLEMENT MORAL AU TRAVAIL

ÉDITO

Socialement votre !

Pour la première fois de l'histoire syndicale des médecins des hôpitaux une campagne nationale alerte sur le harcèlement moral, les conditions de travail et les risques suicidaires des médecins et des professionnels de santé.

Au delà des faits divers qui nous rappelle la brutalité des destins, nous avons eu l'idée de cette campagne après l'étude de santé publique que nous avions conduite avec la confédération des médecins des hôpitaux, le SNPHAR, le SNARMU. 75% des médecins urgentistes sont en burn-out moyen ou grand. Ce chiffre à lui seul aurait dû être une tempête sous le crâne de l'ensemble de notre profession. Mais parfois les souffrances des uns arrangent celle des autres ! Siégeant au conseil national statutaire du centre national de gestion (notre pôle emplois des médecins) j ai pu mesurer combien le caractère, la personnalité des médecins urgentistes comme des autres, sont mis en avant pour les … virer ! A ce propos jamais un PUPH n'est viré ou remis en cause dans ses acquis comme un PH l'est ! Tel est le paradoxe de cette réforme des hôpitaux qui affichait une volonté de renouveau et qui n'est qu'une destruction sociale lente et sournoise du service public. Saluons tous ces médecins qui ont soutenu cette réforme et qui maintenant se plaignent comme le soutien sans faille de médecins syndicalistes comme le dr Aubart , de président de CME désormais inutile comme le dr Fessinger , etc… N'oubliez pas que lorsque vous applaudissez la ministre vous applaudissez celle qui va appliquer cette loi et l'ONDAM fixé à moins de 3% entrainant une vague de licenciement historique. Le plus inquiétant est que dans les salons feutrés de plus en plus de dirigeant hospitaliers remettent en cause le SAMU, les SMUR, de nouveau il est question d'émietter les services d'urgences, d'en fermer…

C'est ainsi, notre époque est au mensonge, à l'égoïsme et l'hôpital est touché en plein dans ses principes. Mais nous ne devons pas rester les mains dans les poches désormais trouées. Il faudra rentrer en conflit direct contre des médecins devenus chefs de pôle, membres du conseil exécutif, directeur… des médecins vont virer des médecins ! La déontologie et la confraternité devenant alors totalement dépassées. Avec la fédération de la permanence des soins et la confédération des praticiens des hôpitaux nous allons nous battre. Mais les grèves en brassard, les actions symboliques sont désormais terminées. Le temps à passer et la violence qui vous est faites dans votre travail va désormais avoir des conséquences dans le rapport social. Nous avons avec le bon Dr Jacques Trevédic fait la synthèse de ce qu'est devenu l hôpital avec la loi HPST. Chaque phrase vous concerne. Bonne lecture.

NE RESTEZ PAS ISOLÉ ! LES SYNDICATS SONT LÀ POUR VOUS AIDER ! CONTACTEZ L'AMUF WWW.AMUF.FR

Le harcèlement moral se manifeste dans une relation
de travail par des pratiques répétées,
humiliantes et vexatoires portant atteinte à la dignité de la personne ou à sa santé.
Il prend des formes diverses :

- **attitudes sortant du cadre normal de l'exécution du contrat de travail (changement de planning ou de poste de travail)**
- **brimades (pas de rémunération des heures supplémentaires)**
- **pressions**
- **vexations**
- **isolement, mise à l'écart (« placardisation »)**
- **refus de communication**

CAMPAGNE NATIONALE DE PRÉVENTION SOCIALE AMUF CPH
ASSOCIATION DES MÉDECINS URGENTISTES DE FRANCE AMUF 01 43 36 22 14
CONFÉDÉRATION DES PRATICIENS DES HÔPITAUX WWW.CPHWEB.INFO

PRINTEMPS ÉTÈ 2010

AMUF
ASSOCIATION DES MÉDECINS URGENTISTES DE FRANCE

PROLOGUE

Dès le début de sa campagne électorale de 2007, Nicolas Sarkozy a inclus dans son programme une grande réforme hospitalière. Celle-ci a été présentée à plusieurs reprises dans divers médias par Philippe Juvin, responsable du Programme Santé du candidat, et comportait déjà tous les éléments fondamentaux de la loi HPST : directoire, conseil de surveillance, un seul patron, mise au pas des médecins, obligation d'équilibrer les comptes…

A son arrivée à l'Elysée, Nicolas Sarkozy a sollicité le sénateur Gérard Larcher, ancien président de la FHF, en vue de la rédaction d'un rapport « issu d'une large concertation » dont la principale originalité par rapport au projet du candidat réside dans la promotion des Communautés hospitalières de territoire. Pour le reste, le rapport est parfaitement conforme aux attentes de son commanditaire.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, est parue au Journal Officiel du 22 juillet 2009 après un long et difficile parcours parlementaire, où le gouvernement a finalement imposé ses vues sur la quasi-totalité des points débattus.

Dès lors s'est engagé un nouveau marathon pour la publication des très nombreux décrets d'application, où là aussi la concertation s'est révélée de pure forme puisqu'au final, ceux-ci n'ont fait qu'accentuer le côté « hôpital – entreprise » revendiqué par les conseillers de l'Elysée.

PROLOGUE

HPST POUR LES NUL(LE)S

LE DIRECTEUR

En apparence, il est le grand gagnant de la loi HPST, qui fait de lui « le seul patron » le l'hôpital, comme le voulait le Président de la République. Dans les faits, il sera lui-même sur un siège éjectable car le véritable patron sera le directeur de l'ARS qui le note, voire directement le Ministère de la santé et l'Elysée dans le cas des CHU. Si ses capacités de décision ont été largement augmentées au détriment de tous les autres acteurs de la vie de l'établissement, le risque est grand qu'il se retrouve totalement isolé à chaque difficulté dans un contexte économique de plus en plus contraint.

Il faut également souligner le risque suicidaire pris par les organisations de directeurs qui ont accepter sans broncher une division par trois de leurs effectifs et une ouverture partielle de leur corps qui sera en compétition pour les meilleurs postes avec des « managers » issus du secteur privé (10% mais sans doute les plus prestigieux).

Après concertation avec le directoire, le directeur :

1° Conclut le CPOM ;
2° Décide, conjointement avec le président de la CME, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
3° Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
4° Détermine le programme d'investissement après avis de la CME en ce qui concerne les équipements médicaux ;
5° Fixe l'EPRD, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;
6° Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;
7° Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité ;
8° Peut proposer au directeur général de l'ARS, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article . 6321-1 ;
9° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
10° Conclut les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat public - privé et les conventions de location ;
11° Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
12° Conclut les délégations de service public ;
13° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;
14° A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;
15° Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement.

Le directeur dispose de compétences propres pour :

Assurer la conduite de la politique générale de l'établissement ;
Représenter l'établissement dans tous les actes de la vie civile ;
Agir en justice au nom de l'établissement ;
Régler les affaires de l'établissement autres que celles qui impliquent une concertation avec le directoire et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance ;
Participer aux séances du conseil de surveillance et en exécuter les délibérations ;
Exercer un pouvoir de nomination : il propose au CNG la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la CME, il propose au CNG la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux.
Exercer son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art ;
Ordonner les dépenses et les recettes de l'établissement ;
Transiger ;
Déléguer sa signature.

Vaste programme. En réalité, les directeurs seront sous la dépendance directe des Agences régionales de santé qui leur fixera des objectifs très contraints, notamment en matière financière. Ils seront sur un siège éjectable dès lors que ces objectifs ne seront pas atteints.

LA COMMISSION MÉDICALE D'ETABLISSEMENT (CME)

L'étendue des responsabilités de la CME a fait l'objet des discussions les plus vives entre les représentants des personnels médicaux (syndicats et conférences) et les pouvoirs publics ; les premiers défendant la nécessité de maintenir la collégialité des décisions stratégiques hospitalières et des nominations individuelles des praticiens, les seconds considérant que cette collégialité était contraire au principe énoncé par le Président de la République selon lequel il ne doit y avoir qu' « un seul patron à l'hôpital », et désirant recentrer les compétences de la CME sur la qualité.

Le texte publié au Journal Officiel du 2 mai 2010 consacre cette mutation radicale, aucune des modifications de fond souhaitées par les organisations syndicales de praticiens hospitaliers n'ayant été prises en compte.

Désormais la CME est consultée uniquement sur :

1° Le projet médical de l'établissement ;
2° Le projet d'établissement ;
3° Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;
4° Le règlement intérieur de l'établissement ;
5° Les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux ;
6° La convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;
7° Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
8° Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
9° Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social.

Elle est simplement tenue informée de :

1° L'EPRD initial et ses modifications, le compte financier et l'affectation des résultats ;
2° Le CPOM ;
3° Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
4° Les contrats de pôles ;
5° Le bilan annuel des tableaux de service ;
6° La politique de recrutement des emplois médicaux ;
7° L'organisation de la formation des étudiants et

LE CONSEIL DE SURVEILLANCE

Adieu le conseil d'administration (CA), voici désormais le conseil de surveillance (CS). Le changement de terminologie directement emprunté au vocabulaire de l'entreprise est significatif de l'esprit de la réforme. Par rapport au CA, les prérogatives du CS sont nettement plus réduites. Nombre de ses compétences sont transférées au directeur. En particulier, il ne délibère plus sur l'EPRD, sa composition est plus resserrée et les élus, considérés comme directement responsables des difficultés de restructuration des hôpitaux publics, y tiennent une moindre part.

Le CS délibère sur :

1° Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ;
2° La convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;

Il comporte 9 membres dans les CHU, 7 dans les autres établissements. Le directeur est le président du directoire, le président de la CME étant vice-président du directoire. Dans les CHU sont en outre désignés une vice-président chargé de la partie enseignement (le doyen de la faculté) et un vice-président chargé de la recherche. Le directeur des soins est également membre de droit. Les autres membres sont nommés (et le cas échéant, révoqués) par le directeur sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la CME. En cas de désaccord, le directeur peut demander une nouvelle liste ; en cas de nouveau désaccord, il nomme les membres de son choix !

On peut penser que cette procédure ubuesque ne sera que rarement totalement mise en œuvre. Il n'est pas interdit de croire que, pour avoir une certaine légitimité, la désignation des membres du directoire doit reposer sur le consensus le plus large, notamment celui de la CME.

A noter que la loi HPST prévoit l'incompatibilité de la fonction de membre du Conseil de surveillance avec celle de membre du directoire (Art L.6143-6 CSP) comme c'était déjà le cas pour le Conseil exécutif (sauf pour le président de CME).

Durée du mandat : 5 ans - Au moins 8 réunions par an.

internes et la liste des postes que l'établissement souhaite leur ouvrir ;

8° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

9° L'organisation interne de l'établissement ;

10° La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

Elle n'a plus aucun avis à donner sur les nominations individuelles, et se voit retirer l'essentiel de ses attributions consultatives sur les décisions stratégiques de l'établissement, notamment en matière financière, ce qui est particulièrement inquiétant dans cette période de restriction budgétaire.

Il est particulièrement humiliant de constater que le comité technique d'établissement (CTE), dont le décret de compétence a été publié au JO du même jour, sera obligatoirement consulté sur le plan de redressement, dont la CME est tenue dans l'ignorance, et sur l'organisation interne de l'établissement, dont la CME est simplement informée.

En revanche, la CME est désormais en charge de nombreuses attributions dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au directeur un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.
Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en oeuvre les objectifs et les engagements fixés dans le CPOM de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité.

Le déplacement important du champ des responsabilités de la CME ne doit tromper personne. Elle a conservé son nom mais sa nature a radicalement changé. Elle n'est plus qu'une commission médicale de la qualité, privée de toute décision stratégique, où l'on peut prévoir que l'absentéisme va devenir dominant comme c'est le cas dans les cliniques privées.
La composition de la CME a également été revue à la baisse. La principale modification est la perte de la qualité de membre de droit des chefs de service, qui devront désormais être élus. Seuls les chefs de pôle restent membres de droit.
Pour les centres hospitaliers, la composition est fixée comme suit :

1° L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques de l'établissement ;

2° Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ;

3° Des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement ;

4° Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement ;

5° Un représentant élu des sages-femmes, si l'établissement dispose d'une activité de gynécologie-obstétrique ;

6° Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant pour les internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes de pharmacie et un représentant pour les internes en odontologie.

Assistent en outre avec voix consultative :

1° Le directeur ou son représentant ;

2° Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

3° Le praticien responsable de l'information médicale ;

4° Le représentant du CTE, élu en son sein ;

5° Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

S'ajoute à cela que le directeur peut se faire assister de toute personne de son choix.

Pour les CHU, la composition de la CME est fixée comme suit :

1° L'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques lorsque l'établissement compte moins de onze pôles ; lorsque le nombre de chefs de pôles est supérieur ou égal à onze, le règlement intérieur de l'établissement détermine le nombre de représentants élus par et parmi les chefs de pôle, ce nombre ne pouvant être inférieur à dix ;

2° Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ;

3° Des représentants élus des personnels enseignants et hospitaliers titulaires de l'établissement ;

4° Des représentants élus des praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement ;

5° Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement ;

6° Un représentant élu des sages-femmes, si l'établissement dispose d'une activité de gynécologie-obstétrique;

7° Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un pour les internes de médecine des autres spécialités, un pour les internes de pharmacie et un pour les internes en odontologie.

Il faut remarquer que les représentants mentionnés au 3° et au 4° doivent être en nombre égal, sans tenir compte des représentants mentionnés au 1° et 2°, ce qui rompt la parité HU / non HU qui était la règle.

Assistent en outre avec voix consultative :

1° Le directeur ou son représentant ;

2° Les directeurs d'UFR de médecine ou le président du Comité de coordination de l'enseignement médical et, quand ils existent, le directeur d'UFR de pharmacie et le directeur UFR d'odontologie ;

3° Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;

4° Le praticien responsable de l'information médicale ;

5° Le représentant du CTE, élu en son sein ;

6° Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Là aussi, le directeur peut se faire assister de toute personne de son choix.

En ce qui concerne la répartition et le nombre des sièges au sein de la CME, ils sont déterminés, pour chaque catégorie par le règlement intérieur de l'établissement, qui doit assurer une représentation minimale et équilibrée de l'ensemble des disciplines de l'établissement. Néanmoins, en dehors des chefs de pôle eux-mêmes désignés par le directeur, les membres de la CME devant être élus, rien ne permet d'assurer que cette représentation équilibrée soit assurée ne serait-ce que parce que pour être élu, il faut être candidat.
Au final, la totalité des organisations syndicales de praticiens hospitaliers ainsi que les conférences de présidents de CME ont dénoncé la parodie de concertation qui a entouré l'élaboration de ce texte qui conduit à la marginalisation de la CME dans le circuit de décision de l'hôpital. Le corps médical hospitalier devra trouver pour s'exprimer d'autres modalités et lieux d'expression.

Certaines organisations ont demandé à leurs mandants de veiller à réintroduire dans le règlement intérieur les attributions que le décret leur a retiré, en particulier la possibilité de donner un avis sur l'EPRD et les autres décisions stratégiques. C'est oublier que le règlement intérieur est arrêté par le directeur. Cela revient à admettre que toute légitimité institutionnelle ne peut émaner que du seul directeur et c'est bien là l'objectif de la loi HPST. En la matière, la légitimité médicale n'a plus d'existence propre et ne peut désormais procéder que du bon vouloir du « seul patron ».

LE PRÉSIDENT DE LA CME

Il bénéficie d'un décret qui lui est propre, avec des compétences spécifiques et une prime de fonction, mais comme la CME, il perd en réalité nombre de ses attributions antérieures. En particulier, il ne cosigne plus certaines décisions relatives aux chefs de pôle ou au directoire. Il n'est pas membre du Conseil de surveillance, mais y participe seulement avec voix consultative.
Il a beau être paré du titre ronflant de vice-président du directoire, les textes masquent mal que dans les faits, il ne pourra agir que sous la tutelle du directeur.
La CME élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires. Pour les CHU, le président est obligatoirement un praticien hospitalo-universitaire et le vice-président un praticien hospitalier.
La première fonction du président de CME est la mise en œuvre, conjointement avec le directeur, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Il porte ainsi une responsabilité dont les conséquences médico-légales personnelles restent à évaluer.
Il élabore, toujours avec le directeur (mais pas avec la CME), en conformité avec le CPOM, le projet médical de l'établissement, qui doit être approuvé par le directoire. Il en assure le suivi de la mise en œuvre et en dresse le bilan annuel.
Le projet médical, élaboré pour 5 ans, comprend notamment :

1° Les objectifs médicaux en cohérence avec le SROS et le contenu de l'offre de soins ;

2° Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;

3° Le cas échéant les objectifs en matière de recherche et de démarches innovantes ;

4° L'organisation des moyens médicaux ;

5° Une annexe spécifique précisant l'articulation entre les pôles d'activité pour garantir la cohérence du parcours de soins du patient ;

6° Un volet relatif à l'activité palliative des services ou unités fonctionnelles identifiant les services de l'établissement au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs.

Le président de la CME coordonne la politique médicale de l'établissement. A cette fin, il assure notamment les missions suivantes :

1° Il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques médicales ;

2° Il veille à la coordination de la prise en charge du patient ;

3° Il contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique ;

4° Il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu des personnels médicaux ;

5° Il présente au directoire ainsi qu'au conseil de surveillance un rapport annuel sur la mise en oeuvre de la politique médicale de l'établissement.

Pour remplir ses missions, le temps qu'il consacre à ses fonctions est comptabilisé dans ses obligations de service (sic) , et il lui est versée une indemnité fixée à 300 ⇔ par mois qui n'est pas assujettie à l'Ircantec ! Cette aumône est perçue comme une humiliation de plus par les conférences de présidents de CME.
Enfin, une formation à l'entrée – et à la sortie ! – de sa prise de fonction lui est proposée.

LES PÔLES [1]

Si le débat au Parlement a permis de réintroduire la notion de service, il est clair que pour les pouvoirs publics seul le pôle a une valeur structurante, la réforme de la gouvernance n'ayant été conçue qu'au travers du prisme grossissant des CHU et autres assistances publiques.
La structuration de l'activité de l'établissement en pôles d'activités est du ressort exclusif du directeur. Le directoire est « concerté », le CTE est obligatoirement consulté mais la CME est simplement informée.
La nomination des chefs de pôles obéit à la même logique ubuesque que celle des membres des personnels médicaux du directoire : le président de CME propose 3 noms, que le directeur peut refuser, puis 3 autres, que le directeur peut également refuser, auquel cas il nomme qui il veut.
Le directeur peut mettre fin à tout moment aux fonctions de chefs de pôle, après avis du président de la CME.
Les responsables des structures internes (chefs de service, notamment) sont nommés par le directeur sur

proposition du chef de pôle (ce qui veut dire que le directeur ne peut pas choisir quelqu'un d'autre), après avis du président de CME. Ils peuvent être également démis de leurs fonctions par le directeur, le cas échéant sur proposition du chef de pôle, après avis du président de CME.
Les praticiens hospitaliers seront nommés par le CNG sur proposition du directeur qui transmet la proposition du chef de pôle (contraignante pour le directeur) après avis du président de CME (non contraignant).
Le chef de pôle organise le fonctionnement et l'affectation des ressources humaines du pôle. Il a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle.
Le directeur met en place une délégation de gestion dans le cadre du contrat qu'il passe avec les pôles d'activité dans des matières portant notamment sur l'engagement des dépenses ou la gestion des ressources humaines. La délégation de gestion peut être retirée à tout moment par le directeur.
Le contrat de pôle définit les objectifs et les moyens du pôle et prévoit, dans ce cadre, les indicateurs retenus pour l'évaluation de la réalisation des objectifs. Il précise le champ et les modalités des délégations de gestion accordées aux chefs de pôles ainsi que, le cas échéant, les modalités d'intéressement des pôles aux résultats de leur gestion. Il comporte, en outre, des objectifs en termes de politique des soins et de qualité des soins au sein du pôle. Il est élaboré pour une période de quatre ans.
Chose importante : le contenu minimal de la délégation de gestion est précisé par arrêté du ministre chargé de la santé. En effet, on sait que cette délégation de gestion s'est peu mise en place lors de la précédente réforme, bien souvent en raison des réticences des directeurs eux-mêmes.
La délégation de gestion concernerait :
les dépenses afférentes aux remplacements et à la décision de recourir aux heures supplémentaires des personnels médicaux et non médicaux en fonction des moyens attribués au pôle ;
des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux ;
des dépenses à caractère hôtelier ;
des volumes de dépenses déterminés en matière d'équipements hôteliers ainsi que d'équipements bureautiques ;
des dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical.
Par ailleurs, le chef de pôle disposerait d'une délégation de signature sur les affaires suivantes :
la préparation du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et la répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle ;
la définition des profils de postes des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques, ainsi que des personnels non médicaux du pôle ;
la décision de recrutement du personnel du pôle ;
l'affectation du personnel au sein du pôle ;
l'organisation de la continuité des soins, notamment à travers la permanence médicale ou pharmaceutique ;
la formation continue ;
les responsabilités en matière de fermetures saisonnières liées à l'activité.
La diffusion de ce projet d'arrêté a suscité quelques émois dans la communauté des directeurs hospitaliers. Il n'est donc pas assuré que l'ampleur de ces délégations de gestion soit maintenue.
Le chef de pôle élabore un projet de pôle dans un délai de trois mois après sa nomination qui définit les missions et les responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles ainsi que l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui lui sont assignés.
Le chef de pôle organise la concertation au sein du pôle en associant toutes les catégories du personnel selon des modalités définies par le règlement intérieur.
Une indemnité de fonction est versée aux chefs de pôles. Nouveauté : elle sera modulée en fonction de la réalisation des objectifs figurant dans le contrat de pôle ! Le montant et les modalités de versement de cette indemnité seront fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et du budget. Actuellement, ce montant est fixé à 200 ⇔ par mois et est susceptible d'être réévalué, mais dans de faibles proportions et de toute façon, modulable à la baisse en cas de non-réalisation des objectifs.
Naturellement, le chef de pôle devra suivre une formation adaptée à sa fonction dans les plus brefs délais après sa nomination.

On voit que les responsabilités confiées aux chefs de pôle ne sont pas minces… si elles sont confirmées, ce qui est loin d'être assuré ! En particulier, l'étendue de la délégation de gestion et de signature du directeur en ferait un substitut de « médecin – directeur » avec tous les risques que cela comporte, notamment la constitution de fiefs. Il est évident que dans l'esprit des pouvoirs publics, les fonctions de chefs de pôle s'apparentent à celles d'un petit chef d'entreprise, qui sera jugé à l'aune de la productivité de son équipe et de l'équilibre financier de son pôle. Toutefois, cette fonction est aussi le maillon faible de la réforme car si le chef de pôle refuse d'exécuter son contrat, le directeur n'aura pas d'autre issue que le démettre et rien ne dit qu'il trouvera un autre candidat. Si les praticiens du pôle s'entendent avec le président de CME sur les candidatures à présenter et s'engagent à refuser une éventuelle autre désignation, le directeur aura les mains liées.
Le président de CME, charger de coordonner le projet médical, devra assurer la cohérence des projets de pôles, et doc organiser une concertation régulière des chefs de pôles. Les chefs de pôle devront, eux, veiller à conserver leur légitimité dans leur équipe pour disposer du poids nécessaire dans la négociation des contrats avec leur direction.

LES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC [2]

Une innovation majeure introduite par loi HPST est la possibilité donnée aux cliniques privées d'exercer des missions de service public, celles-ci n'étant plus attribuées de droit aux établissements publics ou PSPH. Ces missions sont les suivantes :

1° La permanence des soins ;
2° La prise en charge des soins palliatifs ;
3° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
4° La recherche ;
5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
9° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
10° Les actions de santé publique ;
11° La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;
12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;
13° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

La loi précise que lorsqu'une mission de service public n'est pas assurée par un territoire de santé, le DGARS désigne la ou les personnes qui en sont chargées, et signe avec elles un contrat où sont précisées les obligations et leur financement. Les tarifs pratiqués devront être ceux de la sécurité sociale.

La controverse importante qui agite les fédérations porte sur les modalités de cette attribution. Le DGARS effectuera d'abord un état des lieux, notamment par le biais des SROS, puis décidera quelle procédure adopter. Ou bien le secteur privé n'interviendra qu'en cas de carence sur un territoire de santé dans l'exercice d'une de ces missions de service public (c'est la position de la FHF) ; ou bien l'attribution des missions de service public devra faire l'objet d'un véritable appel d'offres, ouvert au secteur public comme au secteur privé (c'est la position de la FHP). On perçoit aisément l'importance des enjeux. A ce jour, le Ministère de la santé continue de souffler le chaud et le froid en fonction de l'interlocuteur auquel il s'adresse et les projets de décrets qui ont circulé ne dissipent en rien les inquiétudes légitimes des acteurs, en particulier hospitaliers publics. Il faudra porter également attention à la réglementation européenne pour qu'elle ne fasse pas définitivement basculer les soins hospitaliers dans le secteur marchand ouvert à la concurrence.

LES COMMUNAUTÉS HOSPITALIÈRES DE TERRITOIRE (CHT) [3]

Nouveauté introduite par le rapport Larcher et reprise dans l'article 22 de la loi HPST, les CHT suscitent à la fois crainte et enthousiasme, expérimentations et interrogations.
A la base, le principe est simple, voire simpliste : un seul établissement hospitalier public par territoire de santé. En pratique, la réalité est un peu plus compliquée. Une telle configuration risquerait de mettre à bas les coopérations existantes, qui n'entrent pas forcément dans le cadre (très disparate selon les régions) des territoires de santé, ou bien celles qui existent avec des établissements privés qui ne peuvent en faire partie. Il y a également, et peut-être surtout, le risque de créer un monstre administratif fait d'une constellation d'établissements de tailles très variables, d'activités trop diverses, qui pourrait finalement s'avérer ingérable.
Il semble bien que les pouvoirs publics aient mesuré le danger si bien que depuis la promulgation de la loi HPST, aucune proposition de texte de fond ou de calendrier de déploiement n'a été proposé lors des séances de concertations mises en œuvre. En fait, les projets de décret relatifs à la gouvernance des CHT ont été définitivement enterrés le 19 mai 2010 lorsqu'Annie Podeur a annoncé à Hôpital Expo qu'il n'y en aurait tout simplement pas. Les CHT n'auront donc pas de personnalité morale et reposeront sur un simple dispositif conventionnel.
Les expérimentations en cours ou en préparation optent plutôt pour le statut de groupement de coopération sanitaire (GCS) dont le cadre juridique a lui aussi été réformé par la loi HPST (Article 23), même si l'appellation CHT est parfois revendiquée. Il faut citer aussi le projet de structuration de la psychiatrie publique, plus cohérent sous la forme d'un GCS avec les structures sanitaires et médico-sociales qu'absorbé au sein d'une CHT à majorité MCO.

LE STATUT DE PRATICIEN HOSPITALIER [4]

Présenté comme un simple toilettage par les pouvoirs publics, le projet de décret statutaire présente nombre de régressions sociales qui n'ont rien à faire avec la loi HPST, et qui ont été vigoureusement dénoncées par les intersyndicats de praticiens hospitaliers.
Sur le fond, le statut de praticien hospitalier est jugé archaïque par les pouvoirs publics, comme d'ailleurs tous les statuts, en raison des droits qu'il confère aux titulaires et des obstacles qu'ils créent dans l'optique de « l'optimisation des moyens médicaux avec les ressources de l'établissement ».
C'est pourquoi le législateur a prévu d'introduire dans le recrutement des praticiens à l'hôpital de nouvelles modalités qui, dans son esprit, sont appelées à concurrencer le statut de praticien hospitalier et peut-être même, à terme, à le faire disparaître.

En premier lieu, il faut citer les praticiens recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus, que l'on a habituellement désigné par le terme de « cliniciens hospitaliers ».
Ce statut présente des caractéristiques simples, visant essentiellement à légaliser le recrutement d'une catégorie précise de praticiens : les fameux « mercenaires ». Selon les propres mots d'Annie Podeur, il s'agit d'un statut « tout compris » : pas de RTT, couverture sociale réduite au minimum, permanence des soins incluse dans les obligations de service et non rémunérée en sus, pas d'activité libérale au sein de l'hôpital. Les émoluments comporteront une part fixe (3 ou 4 niveaux en fonction de l'expérience) et une part variable avec des objectifs quantitatifs, leur montant maximum étant annoncé comme compris entre 70 et 100 % de plus que le 13ème échelon de PH (en supposant que la part variable soit au plafond). Chaque contrat ne pourra excéder 1 an, renouvelable au plus 2 fois. Pour ne pas faire de jaloux, les PH qui auront dans leur structure des postes de praticien sur contrat pourront y prétendre les premiers. Les praticiens non statutaires qui occuperont ces postes auront vocation au bout de 3 ans maximum à passer le concours, ou bien à repartir ailleurs. Les PH titulaires qui auront demandé un détachement sur un poste de praticien sur contrat ne pourront pas enchaîner plusieurs contrats. On le voit bien, ce statut n'a pas vocation à fidéliser les praticiens à l'hôpital.

Il faut également souligner une autre évolution passée quasiment inaperçue, mais dont les conséquences pourraient être importantes pour le recrutement des

praticiens à l'hôpital : la disparition juridique de la catégorie des hôpitaux locaux. De ce fait, ces établissements sont désormais assimilés à des centres hospitaliers. Comme les hôpitaux locaux employaient des médecins libéraux, les textes concernant le recrutement des praticiens des établissements publics de santé a dû être modifié en ce sens, et ces dispositions s'appliqueront désormais à tous les hôpitaux publics ! Il leur est donc parfaitement possible de recruter des praticiens libéraux à la place des praticiens hospitaliers et d'imaginer que demain, les équipes médicales hospitalières soient composées à la fois de praticiens salariés et libéraux. Compte tenu du recul historique et des différences de pratiques, on comprend que la cohabitation ne sera pas forcément facile…

Tous ces éléments ne mettent pas le statut de praticien hospitalier à la fête, et les projets de décret qui ont circulé n'ont rien fait pour calmer les inquiétudes. Parmi les reculs constatés, il faut citer :
La nomination dans l'établissement public de santé est prononcée par arrêté du directeur général du CNG. En vue de cette nomination, le directeur de l'établissement propose au directeur général du CNG une candidature sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la CME (et non plus la CME elle-même). Le chef de pôle ou, à défaut, le responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou d'une autre structure interne peut proposer plusieurs candidatures au directeur de l'établissement, mais celui-ci ne peut pas proposer d'autres candidatures. La Commission Statutaire Nationale n'intervient plus, l'avis du président de CME n'étant pas considéré comme bloquant.
Le directeur prononce l'affectation sur le poste dans le pôle. En cas de mutation interne, de transfert de poste ou d'activité, le praticien déjà nommé est affecté dans un autre pôle sur proposition du chef de pôle d'accueil après avis du président de la CME.
La procédure de mise en recherche d'affectation du PH à la demande de l'établissement est symétrique à la procédure de nomination. La demande est effectuée par le directeur auprès du CNG sur proposition du chef de pôle après avis du président de la CME.
Le versement des indemnités de service public exclusif, pour activité dans plusieurs établissements ou pour activité sectorielle n'est maintenu que pendant 3 mois en cas de congés de maladie et de congés pris au titre du Compte Epargne-Temps (CET), ce qui pénalisera ceux qui comptaient utiliser leur CET à la fin de leur carrière pour partir plus tôt. Une telle disposition va inciter tous les praticiens à vider progressivement leur CET par tranche de 3 mois maximum. Les jours de congés pris au titre du CET ne sont plus considérés comme du temps de travail et n'engendrent plus de droit au titre de la RTT, ce qui constitue une véritable régression, sans aucun rapport avec la loi HPST.
Les postes des praticiens en détachement ou en disponibilité sont publiés vacants après seulement 6 mois (et non plus 1 an), ce qui limite les possibilités de retour.
L'obligation de présentation d'un tableau mensuel de service réalisé validé par le chef de pôle est inscrite dans le décret statutaire afin de percevoir les émoluments.
La loi HPST rend applicable aux PH les dispositions relatives au cumul d'emplois et de rémunérations applicables aux fonctionnaires, avec maintien de la mention particulière de l'activité libérale, de l'activité d'intérêt général, des activités d'enseignant associé et des expertises en raison de leur spécificité.
Les praticiens démissionnaires nommés depuis plus de 5 ans, ou en disponibilité, ont désormais l'obligation d'informer l'autorité dont ils dépendent de l'exercice envisagé d'une activité libérale dès lors que cette activité est susceptible de porter préjudice au fonctionnement normal de son établissement d'affectation. L'interdiction est prononcée lorsque la commission de déontologie mentionnée à l'article 87 de la loi n°93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques, saisie soit par le directeur du centre national de gestion, soit par le praticien concerné, rend un avis d'incompatibilité entre les fonctions envisagées et les fonctions antérieurement exercées par le praticien.
La durée de travail des praticiens hospitaliers à temps partiel est normalement fixée à 6 demi-journées par semaine. Elle peut être ramené à 5 ou 4 demi-journées lorsque l'activité hospitalière le justifie. A l'initiative de l'établissement en cas de restructuration ou de modification d'activité, ou à la demande du praticien, la durée du service hebdomadaire peut être modifiée par décision motivée du directeur prise après avis du chef de pôle ou, à défaut, du responsable du service, de l'unité fonctionnelle ou d'une autre structure interne.
Quelques avancées :
Les praticiens qui à l'issue d'un congé de longue maladie ou de longue durée, sont déclarés aptes à reprendre leurs fonctions réintègrent le poste qu'ils occupaient au moment de leur placement en congé ou, si celui-ci est pourvu, un autre poste vacant dans l'établissement ou dans un autre établissement du territoire de santé. A défaut, ils sont réintégrés en surnombre.
Les praticiens hospitaliers à temps plein peuvent demander à exercer à temps réduit, entre cinq et neuf demi-journées par semaine, et non plus simplement cinq ou huit. Ce temps réduit est obtenu de plein droit lorsqu'ils créent ou reprennent une entreprise.

On le voit, le statut de praticien hospitalier fait l'objet d'un harcèlement textuel sur de multiples points, ce qui a provoqué la colère des intersyndicats. Ceci est d'autant plus inadmissible que la plupart de ces reculs n'ont aucun rapport avec la loi HPST mais renforcent l'emprise croissante du pouvoir administratif sur les droits statutaires des PH. Il faut souligner qu'à plusieurs reprises, la Ministre de la santé, alertée par les intersyndicats de praticien hospitalier, a accepté le retrait des mesures sans rapport avec la loi HPST mais que la Dhos n'a pas jugé bon le plus souvent d'en tenir compte.

LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)

Mesure phare de la loi HSPT, la création des ARS est issue d'un long processus visant à coordonner au niveau régional l'ensemble des moyens sanitaires et médico-sociaux.
Les ARS remplacent totalement les anciennes Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), créées en 1996, mais aussi les services déconcentrés du ministère chargé de la Santé qu'étaient sont les Directions régionales des Affaires sanitaires et sociales (DRASS) et les Directions départementales des Affaires sanitaires et sociales (DDASS). Elles reprennent les missions des Groupements régionaux de santé publique et des Missions régionales de santé. Elles remplacent enfin certains organismes de sécurité sociale que sont les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et la branche santé des Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM). Les CRAM deviennent les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et conservent leurs attributions en matière d'assurance vieillesse et de risques professionnels.
Nommés directement en Conseil des Ministres, les directeurs généraux des ARS ont un champ d'action particulièrement large qui les place en position de « Préfet sanitaire », d'autant plus que la gouvernance des ARS est conçue pour écarter les contre-pouvoirs, comme à l'hôpital.
Les ARS ont un organigramme complexe (voir schéma en fin d'article) et disposent de nombreuses instances dont les principales sont :
Le Conseil de surveillance (CS), dont la composition associe représentants de l'Etat, des organismes d'assurance maladie, des collectivités territoriales et des associations de patients, plus quelques personnalités qualifiées. Délibérément, il n'y a aucun représentant des professions de santé. Le rôle du CS est de toute façon limité. Le budget de l'ARS ne peut être rejeté que s'il y a vote contraire à la majorité des deux tiers des voix, ce qui est concrètement impossible. Il émet un avis sur le plan stratégique régional et sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Les attributions de l'ancienne Commission exécutive de l'ARH sont de fait transférées au seul directeur général de l'ARS et non pas au CS.
La Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), dont la composition est pléthorique (cent membres), répartis en huit collèges. A noter que les représentants syndicaux des praticiens hospitaliers en étaient exclus, à la différence des représentants syndicaux des praticiens libéraux qui en ont 6 à travers les unions régionales des professionnels de santé (URPS), et des internes en médecine qui en on un. La menace d'un recours en Conseil d'Etat a permis qu'un représentant des intersyndicats de praticiens hospitaliers soit inclus dans la version finale du texte, ce qui est encore notoirement insuffisant si on compare aux libéraux. La CRSA organise ses travaux au sein d'une commission permanente et quatre commissions spécialisées et peut, en outre, constituer des groupes de travail permanents. En dehors des séances plénières, la commission permanente exerce l'ensemble des attributions dévolues à la CRSA, ce qui en dit suffisamment long sur son caractère opérationnel. Le rôle de la CRSA est essentiellement de fournir des avis, notamment sur le projet régional de santé, le plan stratégique régional de santé et les projets de schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et de l'organisation médicosociale.
Parmi les commissions spécialisées de la CRSA, il faut mentionner celle consacrée à l'organisation des soins, qui succède aux CROS. Là encore, il faut souligner que dans le projet de décret initial, les intersyndicats de praticiens hospitaliers en étaient exclus alors qu'ils avaient 3 représentants dans les CROS. Plusieurs séances houleuses de « concertation » ont permis d'y inclure un représentant (contre quatre pour les libéraux) ce qui est encore inacceptable. Elle est consultée sur de très nombreux sujets, cruciaux pour l'hôpital public, comme toutes les demandes d'autorisation d'activité ou les projets de mesures de recomposition de l'offre de soins.
Les ARS piloteront toute l'offre de soins et médico-social, notamment au travers des SROS hospitalier (opposable) et ambulatoire (non opposable), du SROSM et du Schéma régional de prévention. Sous l'apparence d'une régionalisation, on voit en fait se constituer une ligne hiérarchique directe depuis le sommet de l'Etat jusqu'aux praticiens hospitaliers, en passant par le directeur général de l'ARS, par le directeur général de l'hôpital puis par le chef de pôle, avec une unique obsession : l'équilibre des comptes. Il s'agit en fait d'une étatisation complète du système de santé, qui inclut cette fois les libéraux. Il est d'ailleurs significatif que les pouvoirs publics aient refusé la création d'une Agence nationale de santé, se réservant les leviers de la politique de la santé.

CONCLUSION

La réforme HPST poursuit la réforme précédente (Hôpital 2007) en accentuant la logique de l'Hôpital – entreprise et en favorisant une nette reprise en mains du secteur de la santé par l'exécutif. La priorité est donnée sur la recomposition de l'offre de soins, en particulier hospitalière, grâce à une gouvernance verticale et une destruction systématique de tous les contre-pouvoirs qui pourraient entraver cet objectif. Les déficits introduits par la tarification à l'activité (T2A) serviront de prétexte au déclenchement de grands plans sociaux qui visent à terme, à confier l'essentiel des moyens hospitaliers au secteur privé, jugé moins coûteux - ce qui est loin d'être prouvé - même s'il n'assume pas les mêmes missions.

EPILOGUE

Il n'est pas anodin de constater que cette réforme, dont l'élaboration a été préparée dans des groupes de pensée ultra-libéraux il y a déjà plusieurs années, arrive seulement maintenant pour application alors qu'entre temps, le balancier de l'Histoire semble avoir changé de sens.
Il reste aux professionnels de santé qui défendent l'égalité des soins pour tous les patients, quelle que soit leur niveau de revenus ou leur origine géographique, la possibilité de défendre leur conviction au quotidien dans les soins prodiguées aux malades, qu'il ait 102 ans et soit le père d'un influent conseiller présidentiel, ou bien 55 ans et simplement cadre moyen, ou encore 28 ans et sans domicile fixe, avec la même qualité pour tous.
Cet esprit de service public qui subsiste fortement dans notre pays malgré toutes les réformes en sens contraire, doit être préservé et entretenu par notre exemple auprès de nos plus jeunes collègues car il est consubstantiel avec notre éthique professionnelle et doit être enseigné. Il finira par porter ses fruits, à l'occasion d'une nouvelle réforme du système de santé ou la parole des praticiens de l'hôpital public pourra cette fois être entendue par des pouvoirs publics qui auront changé de modèle idéologique.

1 3 2 4 3 Décret non paru au JO à la date de rédaction de cet article

FMC AMUF

Planning 2010

SEPTEMBRE 2010 : FORMATION A L'ECMO
(*Extra Corporeal Membrane Oxygenation*)

A Paris, au siège de l'AMUF
intervenants: perfusionnistes, physiologistes
Programme :
Physiopathologie
Techniques et matériels
Indications et indices de performances

21 SEPTEMBRE : URGENCES PEDIATRIQUES

A Paris, au siège de l'AMUF
Intervenants : Jean-Christophe PAON (Bayeux) et Céline FARGES (Samu de Paris)
Programme :
Urgences respiratoires
Urgences hémodynamiques
Urgences neurologiques
Ventilation / intubation
Arrêt cardiaque

7 OCTOBRE : URGENCES MEDICO-LEGALES

A Paris, au siège de l'AMUF
Intervenant : Frederick TEISSIERE (Urgentiste - Boulogne Sur Mer)
Programme :
Examens médico-légaux urgents
Gestion des réclamations

20 OCTOBRE : URGENCES TROPICALES

A Paris, au siège de l'AMUF
Intervenant : Pr Patrice BOUREE (Hôpital du Kremlin Bicêtre)
Programme :
Diagnostic et prise en charge de :
Paludisme
Typhoïde
Brucellose
Leishmaniose viscérale
Trypanosomiases
Dengue
Chikungunya
Nouveaux virus H5N1, H1N1
Tourista
Amibiase
Choléra
Bilharzioses
Helminthiases intestinales

16 ET 17 NOVEMBRE 2010 : URGENCES DE LA MAIN

A Paris, au siège de l'AMUF
Intervenants : Sylvie CARMES (SOS Mains – Martinique) – Christian DUMONTIER (Chirurgien – Hôpital Saint Antoine de Paris - Dr Jean-Claude ROUZAUD – Kinésithérapeute
Programme :
Traumatismes fermés : carpe, métacarpe et doigts
Anesthésie
Plaies de la main
Traumatismes unguéaux
Infections de la main
Immobilisations

BULLETIN D'ADHESION ET INSCRIPTION

Je règle ma cotisation par chèque Bancaire

Je soussigné, déclare adhérer à l'Association des Médecins Urgentistes de France (AMUF), association loi 1901 n°93/3060
Nom
Prénom :
Adresse :
Code postal : _ _ _ _ _
Ville :
E-mail :
Tel : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _

Informations complémentaires (facultatives) :

Age :
Lieu de travail :
Fonction :
Fait le :
Signature :

Sexe : F ☐ M ☐
Tel. Professionnel : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _
Fax Professionnel : _ _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _
à :

Imprimez cette page et envoyez la accompagnée de votre règlement de 100 euros par chèque libellé à l'ordre de l'AMUF, dans une enveloppe affranchie au tarif en vigueur à l'adresse suivante :

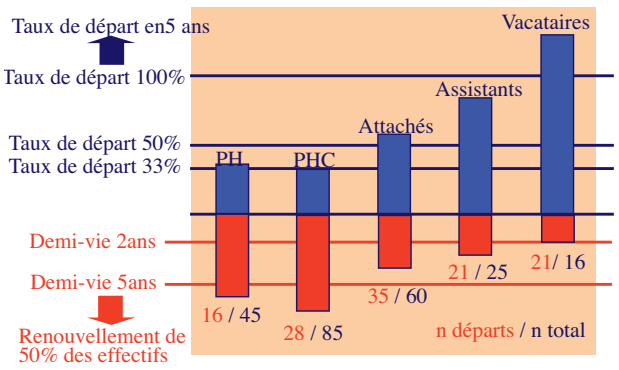
AMUF – Association des Médecins Urgentistes de France
14 rue Vésale
Rdc du Bât HAD
75005 Paris
France
ou
www.amuf.fr

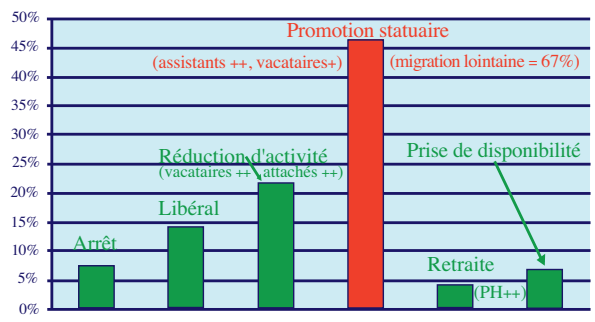
Migration des urgentistes :
enquête longitudinale sur 5 ans

K Milojevic, B Faggianelli, P Pelloux, R Garrigue, C Prudhomme
AMUF : Association des Médecins Urgentistes de France

Objectif
Le but de l'étude était de recenser les médecins urgentistes qui quittent leur service sur une période de cinq ans et d'identifier les motifs de départ.

Méthode
- Enquête longitudinale et départementale
- Inclusion des services d'urgences, SMUR et du Centre 15 (9 unités fonctionnelles sur les 6 hôpitaux publics du département)
- Données relevées : statut du médecin (initial et final) et motif du départ





Les migrations concernent principalement les assistants et vacataires qui recherchent une promotion statutaire.

De nombreux attachés, PH et PHC quittent leur service ou abandonnent leur profession (transitoirement ou définitivement)...

Au total, le taux de départ des urgentistes est très élevé : 52% en 5 ans !

Directeur de publication :
Dr P. Pelloux
Rédacteur en Chef :
Dr B. Faggianelli
Adjoint :
Dr D. Storme
Rédaction :
Dr Jacques Trévidic
Secrétaire général SPHP
Vice-président CPH
Dessins :
Charb - Charlie Hebdo
Réalisation/Impression :
Audrey Rebmann
LVRI - 01 60 89 06 22
Tirage : 500 ex
Gratuit pour les adhérents Amuf