

la lettre du SNMH-FO

Syndicat National des Médecins Hospitaliers Force Ouvrière



snmh.fo@fosps.com

Février 2014

APPEL POUR LA JOURNEE DU 18 MARS 2014.

Les médecins des hôpitaux savent ce que veut dire austérité et ce que cela signifie pour les malades.

Ce qui nous permet de soigner tous les malades, ce qui finance les hôpitaux, ce qui rembourse les patients et donc permet aux médecins hospitaliers ou libéraux d'être payés, est menacé. Ainsi les 30 milliards d'Euros de cotisations patronales d'allocations familiales devraient être récupérés sur les « dépenses publiques » et en particulier les dépenses de l'hôpital sont en ligne de mire dès aujourd'hui.

C'est pour permettre ces allègements de cotisations que les hôpitaux sont menacés, que le numerus clausus est maintenu, que le statut des praticiens hospitaliers est menacé, que les services d'urgences ou les maternités sont soit fermés soit surchargés, que les lits d'hospitalisation sont fermés, que les infirmières et médecins travaillent 60 heures certaines semaines.

Tous les jours nous vivons les conséquences de ces mesures, aucun projet médical ne peut plus exister s'il ne s'agit de faire quelque part des économies de santé, par économie d'échelle le plus souvent.

Nous prendrions mal en charge les maladies chroniques : cancer, diabète, maladies psychiatriques, maladies cardio-vasculaires. Pourquoi ? Car elles représentent 60 % des dépenses... Il est certain que nombre de survivants de pathologies aiguës deviennent des malades chroniques. Et c'est notre honneur d'avoir pu grâce à la sécurité sociale augmenter l'espérance de vie. Faudrait-il changer nos pratiques car elles sont coûteuses ? Pour pouvoir faire passer les 30 milliards d'euros d'allègement de cotisations d'allocations familiales ?

Est-ce responsable de faire payer aux hôpitaux, aux malades le coût de ces allègements ? Chacun d'entre nous, comme médecin, est responsable avant tout, devant chacun, de ses patients. C'est pourquoi personnels hospitaliers, médecins et population ont exigé et obtenu, contre l'avis de l'ARS d'Ile de France, la réouverture de la maternité de Dourdan. Ils ont pris leurs responsabilités.

C'est aussi pourquoi le SNMH-FO ira manifester avec la Fédération FO des services publics et de santé le 18 mars à Matignon chez le Premier Ministre J.M Ayrault, pour :

SOMMAIRE

Appel pour la journée du 18 Mars 2014 Page 1

Rapport Véran, analyse et réflexions Page 2

Démographie Médicale, les bonnes questions Page 3

Médecins mobiles et polyvalents, l'exemple du Limousin ... Page 4

Privé à but non-lucratif : Où va-t-on ?..... Page 6

Organigramme BN et Bulletin d'adhésion Page 8

- Le maintien du financement de la sécurité sociale par les cotisations salariales
- La levée du numerus clausus des études médicales
- L'arrêt des restructurations hospitalières
- Le rétablissement de la convention collective des établissements PSPH (Privés Participant au Service Public Hospitalier)
- La défense du statut de praticien hospitalier et du statut public de l'hôpital
- L'abrogation de la loi HPST

La Confédération FO s'est adressée aux autres organisations syndicales pour leur proposer de faire de ce 18 mars une journée de grève interprofessionnelle.

Le SNMH-FO s'adresse à tous les syndicats de médecins hospitaliers pour leur proposer de participer à cette journée de grève et de manifestation.

Des députés viennent de communiquer un rapport sur l'emploi médical temporaire à l'hôpital public (rapport Veran).

On y trouve les « révélations » suivantes :

Les hôpitaux manquent de médecins hospitaliers et leurs directeurs sont prêts à tout pour en recruter coûte que coûte : rémunérations jusqu'à trois fois celle d'un PH titulaire assorties de déclarations frauduleuses dans le budget de l'établissement, reconductions itératives et illégales de contrats, embauche illégale en intérim de PH titulaires etc...

Le rapport dénonce les dangers de ce recours qui s'amplifie aux médecins temporaires : compétences non vérifiées, mauvaise intégration dans les équipes, mauvais suivi des patients.

Il y aurait dans la fonction publique hospitalière, 114 000 médecins dont seulement 46 000 PH avec 7 000 postes vacants de PH. Mais le rapport précise que les directeurs ne demandent pas la publication de tous les postes nécessaires, loin s'en faut. Ce chiffre est donc largement sous-estimé. Tout cela coûterait donc trop cher, il faudrait corriger ces dérives.

Voici donc les solutions des rapporteurs résumées en 4 axes en italique avec nos commentaires sous chaque chapitre :

Tout d'abord le cadrage est clair : Les rapporteurs estiment « **que si la totalité des médecins temporaires hospitaliers s'inscrivait demain dans une pratique hospitalière régulière à temps complet, l'ensemble des besoins, ou presque, serait couvert.** ». Or tous les médecins hospitaliers qui subissent une dégradation de leurs conditions de travail, savent bien que c'est faux.

1. Incitation des jeunes médecins par exemple en étendant aux hôpitaux la procédure de Contrat d'Engagement de Service Public (rémunération des études si engagement à une carrière hospitalière).

Mais sans levée du numerus clausus (NC) ce ne serait qu'au détriment des effectifs eux aussi déficitaires de la médecine générale.

2. Mise en place de structures locales, régionales, nationales d'accompagnement de la recherche et du recrutement de médecins hospitaliers.

Ce sont des méthodes d'établissements privés qui font concurrence et désavouent la procédure de recrutement par concours de PH et nomination sur un poste. Ce serait une nouvelle atteinte au statut de PH.

3. « Amélioration de l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital » :

- **Partage des postes médicaux entre les établissements, mobilité des médecins et constitution d'« équipes médicales territoriales » et d'un « pool de médecins remplaçants ».**
- **Personnalisation de carrière, davantage de cumul emplois-retraites, de contrats de cliniciens...**
- **Davantage de « modularité » du statut de PH**
- **Négociations avec les partenaires sociaux pour augmenter les rémunérations en début de carrière, compensation de la pénibilité...**

Donc aggravation de la disparité de traitement et rémunération des médecins hospitaliers, mobiles, taillables et corvéables en bouche-trou. Ces rapporteurs oublient que le contrat de clinicien hospitalier, crée il y a quelques années, avait déjà tous les caractères du mercenariat qu'ils dénoncent : contrat court, perte des RTT en compensation d'une course à l'activité pour augmenter les rémunérations, disparité de traitement de médecins dans une même équipe.

Démographie médicale :

Après 40 ans de numerus clausus, posons nous les bonnes questions !

Depuis toujours, le SNMH-FO caractérise le numerus clausus (NC) ⁽¹⁾ des études médicales, instauré en 1971, comme le coup le plus dur porté à la médecine. Il en réclame la levée depuis des années.

Avons nous eu tort de répéter ce mot d'ordre ?

Aujourd'hui plus aucun médecin ne peut contester l'insuffisance actuelle des effectifs médicaux que ce soit chez les généralistes libéraux ou chez les hospitaliers. L'étude de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), publiée sur le sujet en 2009, prévoyait 20 000 médecins en moins jusqu'en 2019 en raison des départs en retraite que ne compense pas l'arrivée de médecins nouvellement formés. La raison : le numerus clausus descendu jusqu'à 3 500 en 1993. Faute d'effectifs suffisants de médecins formés, les hôpitaux manquent cruellement de médecins depuis des années et les conditions de travail s'aggravent. Si les médecins sous payés à diplômes étrangers ont servi de recours pendant des années ce sont maintenant les retraités en prolongation d'activité et les médecins européens à diplôme non français qui prennent en partie la relève (ce que confirme l'Ordre sur les chiffres de 2013).

Le NC a-t-il été suffisamment augmenté ces dernières années ?

NC à 7 000 en 2006, 7 400 en 2010 et 2011, 7 500 en 2012, 7 492 en 2013⁽²⁾. C'est certes plus qu'en 1993 mais c'est moins qu'en ...1971, moins qu'en 1978 !

Le NC est à 8 591 en 1971 et reste à plus de 8 000 jusqu'en 1977 ! On forme donc moins de médecins qu'en 71 ! Or en quarante ans, les acquisitions en connaissances et techniques médicales ont augmenté en volume et complexité et demandent plus de médecins pour les mettre en œuvre. Par ailleurs, la population a augmenté globalement et ainsi que les personnes âgées qui nécessitent plus de soins. Il est donc clair que la catastrophe sanitaire (défaut d'accès aux soins pour la population et conditions de travail désastreuses pour les médecins) va s'amplifier.

Les facultés de médecine et les CHU sont-ils en mesure de former plus d'étudiants en médecine ?

Non, disent les doyens de faculté ! Mais alors, comment était possible la formation de plus de 8 000 étudiants avant 1971 et jusqu'en 77 ? Comment ont évolué depuis les universités, facultés de médecine et services hospitaliers capables d'accueillir les étudiants ? Quelles conditions faut-il réunir pour former plus d'étudiants ?

N'est-il pas temps de se poser sérieusement ces questions ? Depuis des années et encore aujourd'hui, c'est une politique de limitation du nombre de médecins pour limiter les dépenses de santé qui triomphe. Aucun compte n'a jamais été tenu des besoins de la population.

Il est urgent que les médecins hospitaliers se mobilisent pour inverser cette pénurie programmée depuis des années.

Il est urgent d'œuvrer à en lever les obstacles.

Il est urgent d'orienter dans ce but tout le dispositif des études médicales de la première année jusqu'aux clincats, en passant par les stages hospitaliers à tous les niveaux.

Le SNMH-FO s'inscrit dans ce combat et appelle les médecins hospitaliers et les étudiants en médecine à s'organiser pour la levée du NC et l'obtention des moyens nécessaires à la formation des étudiants.

(1) c'est le nombre d'étudiants qui seront autorisés à passer en 2^{ème} année de médecine à l'échelle nationale, sur l'année en cours.

(2) définition du NC inchangée : donc chiffres indépendants des NC des autres filières du tronc commun de la 1^{ère} année des études de santé.

Médecins mobiles et polyvalents ! L'exemple du Limousin....

L'insuffisance des effectifs médicaux par rapport aux besoins de la population touche particulièrement le Limousin (médecins généralistes libéraux et praticiens hospitaliers).

Qu'à cela ne tienne :

l'ARS du Limousin, dès septembre 2012, a « innové »...

Premier dispositif :

L'ARS du Limousin a piloté sur le département de la Creuse un plan PDSA 23 (Permanence des soins en médecine ambulatoire), mis en place le 1 octobre 2012 malgré la protestation des médecins hospitaliers de Guéret, qui stipule : « Pour le grand secteur de Guéret ou l'astreinte libérale serait ainsi assurée pour partie par les médecins libéraux et pour partie par le CH de Guéret : un médecin du CH de Guéret participe à l'activité des visites à domicile toutes les nuits de 20h à 8h du lundi au vendredi et de 0h à 8h les samedis, dimanches, fériés et jours de pont »

C'est une violation du statut de PH. Dans la pratique ce sont les urgentistes qui subissent en première ligne ces contraintes mais il est clairement écrit que ce texte concerne tous les médecins hospitaliers.

Deuxième dispositif :

Il s'agit de contraindre les médecins hospitaliers à la mobilité sur le territoire en partageant des postes médicaux entre le CHU et les centres hospitaliers (CH) de la région. Ce sont les jeunes médecins qui subissent particulièrement cette nouvelle politique. Elle obéit à la limitation drastique à la fois des postes de chefs de cliniques dans les différentes spécialités et à la fois à la volonté de la direction du CHU de diminuer la masse salariale globale des médecins pour « équilibrer » son budget.

On propose ainsi des postes d'assistants spécialistes partagés entre le CHU et les CH aux jeunes médecins qui ont terminé leur internat mais qui n'ont pas de poste de chef de clinique disponible, ou aux médecins qui voudraient continuer leur formation après le clinicat avant de choisir une autre carrière. On partage des postes de PH ou de praticiens contractuels du CHU avec d'autres établissements alors que les équipes médicales du CHU en ont grand besoin à temps plein. Les CH manquent également cruellement de temps médicaux, en particulier de spécialistes et les postes vacants, faute de candidats, sont nombreux. C'est dans ce contexte que les médecins concernés et les équipes médicales des divers établissements sont contraints d'accepter le partage des postes. Les jeunes médecins y trouvent le moyen de garder malgré tout du temps médical au CHU. Les équipes des divers établissements se résignent à accepter un médecin à temps partiel parce que c'est mieux que pas de médecin du tout. Dans ce système aucun médecin n'y trouve vraiment son compte. Les médecins qui font des actes à risques de complications différées se plaignent de ne pas pouvoir suivre leurs patients en cas de problème. Ils ne sont jamais complètement intégrés aux équipes médicales et au fonctionnement du service. Brefs, ils ne remplacent pas le temps plein manquant. Et si les CH espèrent trouver dans ces collègues partagés de futurs candidats temps plein pour leurs postes vacants, ils sont souvent déçus car ces médecins, à l'issue d'études longues et difficiles, pensent mériter mieux et visent des carrières qu'ils jugent plus alléchantes et moins contraignantes.

Les pressions sur les médecins partagés pour qu'ils diminuent leur temps au CHU en faveur des CH s'aggravent. D'autre part, les pressions sur les directions des CH pour qu'elles prennent en charge la rémunération des ces médecins s'aggravent également.

On peut voir maintenant un CH rémunérer entièrement un poste de médecin qui partage son temps pourtant majoritairement au bénéfice du CHU. Devant un tel dispositif on devine aisément :

- que l'ARS distribue l'ORDAM (Objectifs Régionaux de Dépense de l'Assurance Maladie) en fonction de la répartition médicale qu'elle décide.
- Que la pression s'intensifie encore sur le médecin partagé pour qu'il fournisse plus d'actes au CH en moins de temps.
- Que tout ce qu'on nous explique depuis des années sur la T2a (promesses de budgets alloués en fonction du volume des actes médicaux) n'a rien à voir avec la réalité.

Quatrième dispositif :

Le Directeur de la Politique Hospitalière de Territoire propose aux jeunes médecins (PH, assistants spécialistes, attachés) de s'inscrire sur un registre de volontaires pour effectuer des remplacements dans les 22 établissements publics de la CHT du Limousin (Communauté Hospitalière de Territoire, mise en place en septembre 2012 en application de la loi HPST). Ces périodes de remplacement seront équivalentes pour les PH à du temps additionnel, pour les assistants et chefs de cliniques à des périodes d'obligations statutaires (remplacement sur un congé sans solde en quelque sorte), et feront l'objet pour les attachés à temps partiel, d'un contrat supplémentaire.

Une des missions de la CHT est « de permettre des coopérations en matière de gestion des ressources humaines médicales » et plus précisément : « des ajustements temporaires entre les besoins de temps médical et les ressources ». On ne sait pas jusqu'où iront les pressions sur les médecins inscrits sur ce registre pour boucher les trous.

En résumé :

On voit clairement que toute cette politique n'évolue pas vers la satisfaction des besoins réels en matière d'organisation des soins pour la population. Bien au contraire elle maintient tout le système dans le joug d'effectifs médicaux insuffisants, entrave la formation des jeunes médecins et l'organisation des équipes médicales. Elle resserre son étau sur les jeunes médecins qui, dès la fin de leurs études, doivent s'habituer à la mobilité, la polyvalence, la rentabilité, au mépris de leur libre choix et de leur indépendance professionnelle car ils sont en position d'exécutants dans des équipes auxquelles ils ne sont pas suffisamment intégrés. Une nouvelle étape s'annonce de destruction du statut de PH. Le PH qui n'est déjà plus nommé sur un poste mais sur un établissement par le CNG, sera-t-il nommé demain sur une CHT, voir sur un territoire de santé public-privé dont le plan PDSA 23 est une application avant l'heure ? Son rôle ce limitera-t-il à l'exécution d'une somme d'actes ici ou là au mépris du suivi médical des patients ?

Le SNMH-FO s'oppose à cette politique et réclame au contraire :

- **la levée du numerus clausus en début des études médicales et de filières de spécialisations,**
- **l'évolution vers la création et affectation des postes nécessaires aux besoins de la population définis par les équipes médicales indépendamment des contraintes budgétaires.**
- **Le retour à un statut de PH national égalitaire, permettant l'indépendance professionnelle des médecins devant tous les carcans administratifs ou financiers (rien de plus que conforme à leurs déontologie), et améliorant l'attractivité des postes hospitaliers.**

Par ailleurs tout médecin soumis à un statut ou contrat de la fonction public hospitalière, a encore des droits dont le SNMH-FO réclame le respect en toutes circonstances.

Le SNMH-FO aidera les jeunes médecins à s'organiser pour se défendre et réclamer avec leurs aînés, un service public hospitalier doté des moyens d'assumer ses missions.

PSPH, ESPIC, privé à but non-lucratif : Où va-t-on ?

Nous sommes régulièrement amenés à faire le point sur la situation des établissements privés participant au service public (ou PSPH) qui ont vu leur Convention Collective d'octobre 1951 (CCN 51) amputée de pans entiers, particulièrement pour les médecins, pharmaciens et biologistes. La loi HPST a changé leur appellation en « établissements de santé privés d'intérêt collectif » (ESPIC), qualification qui ne facilite pas la distinction avec le privé à but lucratif, alors qu'il ne s'agit pas du tout de la même chose car il n'y a ni bénéfice ni actionnaire.

De quel type d'établissement s'agit-il exactement?

Historiquement, ces hôpitaux sont le plus souvent l'héritage d'institutions confessionnelles, comme les facultés catholiques (Paris, Lyon) disparues avec la révolution, ou d'institutions à vocation sociale. Avec la loi du 31 décembre 1970, la grande majorité de ces hôpitaux s'est rapidement rattachée au service public hospitalier, s'obligeant ainsi à respecter l'égalité d'accès au soin. La fédération des employeurs de ces structures généralement associatives a toutefois mis une dizaine d'années pour généraliser en 1980 le salariat des médecins et pour préciser clairement leur rôle (avenant 80-14 de la CCN51 concernant les médecins),

sans pour autant leur donner un statut, comme c'est le cas dans les hôpitaux publics. L'indépendance professionnelle des médecins ne repose donc ici que sur le code de déontologie qu'il convient impérativement de rappeler dans les contrats individuels de travail, les directions locales pouvant souvent estimer avoir une autorité hiérarchique sur les médecins. Les praticiens sont en revanche protégés par le code du travail des salariés et le CNG n'a aucun rôle. Quelques établissements, encouragés par la loi HPST, gardent des médecins exerçant sur un mode libéral, mais en règle générale l'activité privée n'est pas autorisée.

En termes de capacité d'accueil, avec 65000 lits, soit 14% de l'ensemble des lits d'hospitalisation et environ 6000 médecins, le PSPH tient en France la 3^{ème} place après le secteur public (62%) puis le secteur privé à but lucratif (23%). Cette position est loin d'être la règle, puisque aux USA et au Pays Bas, le PSPH occupe la 1^{ère} place alors que dans les pays germanophones, il tient la seconde place, devant le secteur commercial.

Sur le plan financier, le secteur PSPH subit les mêmes règles que le secteur public : même tarification T2A, même surveillance financière sous la tutelle des ARS. Toutefois, les services économiques sont assurés par les

associations gestionnaires et donc indépendants du Trésor Public. Ces établissements ne peuvent donc pas être déficitaires, sauf de recourir à des prêts bancaires. Depuis 2009, la politique d'austérité, associée à la frilosité des banques à prêter de l'argent, a amplement fragilisé ces établissements, d'autant qu'elles doivent supporter les mêmes charges que tout autre établissement privé en termes de cotisations sociales et de retraite, ce qui représente un différentiel notable avec le secteur public (env. 100 millions d'Euros). A plus de 1% en moyenne, le déficit des hôpitaux PSPH est 2 fois plus grand que celui des CH publics et il est même plus grand que celui des CHU ! Ces déficits doivent être couverts par des prêts bancaires ou par des compensations très aléatoires consenties par les ARS, souvent au prix d'examen approfondis par le COPERMO, synonymes de restructurations.

C'est dans ce contexte que la fédération des employeurs du PSPH (FEHAP) a dénoncé la CCN 1951. L'objectif de cette manœuvre est double : permettre aux directions de renégocier les avantages conventionnels à la baisse (salaires et déroulement de carrière) et préparer les établissements à une prise de contrôle par des « Fondations » adossées à des mutuelles ou à des établissements bancaires qui sont souvent ceux-là mêmes qui ont ouvert des lignes de crédit pour absorber les déficits liés à l'austérité budgétaire. Le machiavélisme de la manœuvre est implacable : de la « Fondation » de la banque XYZ au fonds de pensions, le pas sera vite franchi ...

Il reste toutefois deux obstacles à ce plan diabolique : les patients et les médecins.

Le profil des patients accueillis dans les 142 hôpitaux PSPH est très proche de celui des patients pris en charge dans les hôpitaux publics. Une étude basée sur les GHM et commanditée en 2013 par la Cour des Comptes à l'ATIH montre une grande similarité

des pathologies traitées dans les hôpitaux publics et ceux du PSPH, alors que celles traitées dans les cliniques privées étaient sensiblement différentes :

| Caractéristiques de l'activité de séjours | Centres hospitaliers | ESPIC | Cliniques commerciales |
|--|----------------------|-------|------------------------|
| Types de prise en charge qui représentent 50 % des séjours | 24 | 20 | 15 |
| Types de prise en charge qui représentent 80 % des séjours | 118 | 114 | 83 |

Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

Compte tenu de cette typologie, les restructurations massives des établissements PSPH, généralement synonymes de transformation en services de long séjour et en EHPAD, transfèreraient la prise en charge MCO de ces patients sur les hôpitaux publics qui ne sont pas en mesure de les absorber. Une mise à mort programmée du secteur PSPH créerait ainsi une catastrophe sanitaire annoncée.

Concernant les praticiens, leur recrutement pour remplacer les départs à la retraite relève de l'exploit : sans statut et désormais sans sécurité conventionnelle, leur grille salariale est très inférieure à celle des PH. La permanence médicale est systématiquement remise en question par les établissements et les directeurs ont tout pouvoir pour mettre en place des systèmes d'obligation de résultats financiers, souvent en contradiction avec le code de déontologie. De plus, un grand nombre d'établissements sont situés dans des zones géographiquement isolées. Malgré la possibilité, comme pour les CH, de recourir à des médecins originaires à l'extérieur de la communauté européenne, de plus en plus souvent des PH sont recrutés en position de détachement des CH.

Ce partage dans la douleur de la pénurie de médecins n'est certainement pas la solution, mais un symptôme supplémentaire de la maladie de notre système sanitaire, maladie liée au maintien insoutenable d'un numéris clausus beaucoup trop limité pour un système de soins digne de ce nom.

Organigramme du Bureau National du SNMH-FO 2013-2014

Secrétaire général :

| | |
|---|----------------------------------|
| Dr Olivier Varnet , Neurologie - Centre hospitalier de Gonesse | olivier.varnet@orange.fr |
| Dr Blandine BENET , Biologie Médicale - CHR Metz-Thionville | benet.blandine@gmail.com |
| Dr Malika BIRIG , Psychiatrie – CH de Sarreguemines | |
| Dr Cécile BLANCHARD-SANANES , Psychiatrie – CH de Cadillac | |
| Dr Heiner BRINNEL , Médecine générale-addictologie – Hôpital de L'Arbresle | heiner@brinnel.net |
| Dr Jean DEVIGNES , Biologie médicale – CHU Nancy | jean.devignes@aliceadsl.fr |
| Dr Dominique DOURY , Pharmacie, Centre hospitalier de Gonesse | dominique.doury@ch-gonesse.fr |
| Dr Marc LAGIER , Gériatrie – CH de Chinon, m.lagier@ch-chinon.fr | |
| Dr Marie-Paul LEMONNIER , Hématologie. Hôpital Saint Antoine, Paris | marie-paule.lemonnier@wanadoo.fr |
| Dr Chantal LESOUPLE , Gastro-entérologie – CH de Guéret | c.lesouple.chgueret@sil.fr |
| Dr Patricia OKAMBA , Biologie Médicale - CHR Metz-Thionville | okambabelle@yahoo.fr |
| Dr François PARAIRE , Médecine légale, Anatomie pathologique – Retraité | |
| Dr Luc RUYNAT , Anesthésie-réanimation – Hospices Civils de Lyon | luc.ruynat@chu-lyon.fr |
| Dr Thierry SCHWEIG , Urgences/SMUR - CH de Chinon, | t.schweig@ch-chinon.fr |
| Dr Abdelkrim SID AMAR , Rhumatologie – CH de Gonesse, | abdel.sidamar@laposte.net |
| Dr Laurence VENEAU , Médecine Légale. | |

Bulletin Adhésion SNMH-FO

Nom :

Prénom :

Statut actuel :

Spécialité d'exercice :

Adresse où vous voulez recevoir les courriers syndicaux :

.....
.....

Téléphone professionnel :

Fax : Mail :

A retourner accompagné du règlement (à l'ordre du SNMH-FORCE OUVRIERE) à :

Dr Blandine Bénét, 12 rue du sablon, 57000 Metz .

E-mail : benet.blandine@gmail.com

66 % du
montant de la
cotisation est
déductible de
vos impôts.

TARIFS 2014

PH Temps Plein : 185 Euros

PH Temps Partiel, Assistants, Attachés Temps Plein : 115 Euros

Internes, Attachés Temps Partiel, Retraités : 85 Euros

