

PHARE

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

DOSSIER DÉMOGRAPHIE STATUTAIRE ET CONTRACTUELLE

EUROPE : QUELLE ÉVOLUTION DE LA DIRECTIVE
EUROPÉENNE DU TEMPS DE TRAVAIL (DETT) ?

**Mise au point : Le travail du Praticien
Hospitalier**

Michel DRU - Président 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
Dr Grégory WOOD - Vice-Président CHU Rouen gregory.wood@snphar.fr	Délégation Régionale Normandie Revue PHAR-E	Ligne directe : 02 32 88 17 36 Portable : 06 65 40 87 07
Dr Jullien CROZON - Secrétaire général Groupement Hospitalier Edouard Herriot jullien.crozon-clauzel@chu-lyon.fr	Veille Syndicale - Relation avec les adhérents Revue PHAR-E	Standard : 04 72 11 62 22 Ligne directe : 04 72 11 09 85
Dr Patrick DASSIER - Trésorier Hopital européen Georges Pompidou - Paris patrick.dassier@snphar.fr	Contentieux Retraites	Ligne directe : 01 56 09 23 16 Portable : 06 03 69 16 63
Dr Louise GOUYET - Trésorière adjointe Groupe Hospitalier Pellegrin - Bordeaux louise.gouyet@snphar.fr	Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) PH temps partiel Qualité et organisation du bloc	Standard : 05 56 79 56 79 Portable : 06 11 94 77 20
Dr Veronique AGAESSE - Secrétaire générale adjointe Nouveau CHU Amiens veronique.agaesse@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) FMC-DPC - Veille Syndicale	Standard : 03 22 82 40 00 DECT 36002 Portable : 06 33 63 20 62
Dr Anouar BEN HELLAL - Secrétaire général adjoint Hôpital André Mignot - SAMU - Versailles anouarbenhellal@free.fr	Veille Syndicale - Relation avec les adhérents Revue PHAR-E	Standard : 01 39 63 88 39 Ligne directe : 01 30 84 96 00 Fax : 01 39 63 86 88
Dr Renaud PÉQUIGNOT - Secrétaire général adjoint Hôpitaux de Saint-Maurice - Gériatrie renaud.pequignot@snphar.fr	Veille Syndicale Relation avec les adhérents Représentation des médecins non anesthésistes	Ligne directe : 01 43 96 63 01 Fax : 01 43 96 61 83 Portable : 06 85 28 02 11
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 Fax : 04 76 44 77 40
Dr Veronique DERAMOUDT - Administrateur Hôpital de Pontchaillou - Rennes veronique.deramoudt@chu-rennes.fr	Délégation régionale Bretagne Revue PHAR-E FMC-DPC	Ligne Directe : 02 99 28 41 01 Portable : 06 61 57 24 05
Dr Max Andre DOPPIA - Administrateur CHU Côte de Nacre -Caen president@avenir-hospitalier.fr	Président de l'intersyndicale Avenir Hospitalier - Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) - Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) - Observatoire Souffrance au Travail - Secrétaire Général Adjoint du CFAR - Commission SMART	Standard : 02 31 06 31 06 Fax : 02 31 06 47 70 Portable : 06 83 37 62 64
Dr Jean GARRIC - Administrateur Hôpital Central - Nancy jean.garric@snphar.fr	Textes officiels - Retraites Administrateur CNG	Ligne Directe : 03 83 85 20 08 Fax : 03 83 85 26 15 Portable : 06 07 11 50 13
Dr Anne GEFFROY-WERNET - Administrateur Centre Hospitalier de Perpignan anwernet.snphar@gmail.com	Délégation régionale Midi-Pyrénées Groupe e-communication	Ligne directe : 04 68 61 77 44
Dr Laurent HEYER - Administrateur Hopital de la croix rousse - Lyon laurent.heyser@gmail.com	Rédacteur en chef de la revue PHAR-E - Collège National Professionnel Anesthésie-Réanimation - Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) - Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) - FEMS	Portable : 06 31 18 57 61
Dr Yves REBUFAT - Administrateur CHU de Nantes - Hôpital Laënnec - Nantes yves.rebufat@snphar.fr	Collège National Professionnel Anesthésie-Réanimation - Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) - Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Site web www.snphar.com et e-communication	Ligne Directe : 02 40 16 51 47 Portable : 06 86 87 62 76
Dr Nicole SMOLSKI - Administrateur Hopital de la croix rousse - Lyon nicole.smolski@gmail.com	Présidente d'Action-Praticiens-Hôpital - Déléguée générale de l'intersyndicale Avenir Hospitalier - Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) - Revue PHAR-E	Ligne Directe : 04 26 10 93 67 Portable : 06 88 07 33 14
Dr Didier REA - Administrateur honoraire Hôpital de la Source - Orléans didier.rea@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation)	Ligne Directe : 02 38 22 96 08 Fax : 02 38 51 49 50 Portable : 06 75 02 32 23
Dr Claude WETZEL - Chargé de Mission Praticien Honoraire CHU de Strasbourg claudewetzel@mac.com	Chargé de mission aux affaires européennes Past-Président de la FEMS	Portable : 06 60 55 56 16

POINT DE VUE DE L'ACTUALITÉ
Trois petits tours et puis s'en vont..... 4

DOSSIER DÉMOGRAPHIE STATUTAIRE ET CONTRACTUELLE
La part des praticiens à statuts temporaires dans les établissements publics de santé..... 7
Le nouveau guide de la protection sociale des contrats de médecins hospitaliers dits " précaires " 9
Quelles mesures défendre pour les médecins hospitaliers dans une société du XXI^e siècle ?.. 10
2007-2017 : sale temps pour la retraite des PH..... 11

DOSSIER RETRAITE
La retraite progressive : Quel intérêt ? Quels risques ? Sous quelles conditions ?..... 12
Limite d'âge et prolongation d'activité du praticien hospitalier..... 13

WARNING
Nouveau décret de compétence des IADE : coup d'épée dans l'eau ou coup de poignard dans le dos ?..... 14
Interview de 3 syndicats d'IADE..... 15

AGENDA..... 16

FICHE PRATIQUE
Toute la vérité sur le temps additionnel (TTA) 17

MISE AU POINT
Le travail du praticien hospitalier 18

EUROPE
Quelle évolution de la directive européenne du temps de travail (DETT) ? 20

PETITES ANNONCES..... 23

POUR SUIVRE LE DIALOGUE POUR AMÉLIORER LES CARRIÈRES MÉDICALES HOSPITALIÈRES

Les urnes ont rendu leur verdict, le 7 mai dernier. Un nouveau gouvernement a été formé et une nouvelle locataire s'est installée, avenue Duquesne.

Le SNPHARe va évidemment continuer, comme il l'a toujours fait, à être partie prenante des discussions et négociations. Désormais, elles auront lieu avec Agnès Buzyn et son cabinet autour notamment de l'Hôpital Public et de ses acteurs principaux, les Praticiens Hospitaliers (PH). Le SNPHARe a toujours été proactif quand il s'agit de défendre les intérêts des PH et le restera !

Ainsi, nous porterons nos attentes et nos revendications, présentées dans ce numéro, à la nouvelle équipe récemment constituée au Ministère des solidarités et de la santé, notamment en matière de démographie médicale. Nous rappelons qu'il s'agit d'une des clés du présent mais aussi surtout de l'avenir ! Or, avec la réforme du 3^e cycle des études médicales (alias R3C), nombre de questions sur le sujet sont apparues et pour certaines, les réponses restent floues voire inexistantes ! Combien de médecins faut-il former ? Comment les attirer vers une carrière hospitalière, notamment en trouvant des leviers pour concilier vie professionnelle et vie privée ? Comment expliquer qu'une part non négligeable des praticiens entrant dans la carrière, soit contractuelle ?

La carrière hospitalière est un choix de chacun d'entre nous et le SNPHARe continue à défendre les conditions de travail et la reconnaissance des contraintes auxquelles sont soumis les praticiens, dans leur exercice quotidien. Quelques textes sont parus juste avant les élections présidentielles, et vont dans ce sens. Néanmoins, d'autres textes sont en attente, notamment sur le temps non clinique ou le temps de travail de nuit compté à 3 demi-journées.

Quels que soient le gouvernement, les membres des cabinets ministériels ou notre ministre de tutelle, le SNPHARe compte, avec votre aide et votre soutien, rester ce syndicat - force de propositions et de négociations - qu'il a toujours été. Ceci afin de faire en sorte que les conditions d'exercice des médecins hospitaliers soient en mesure d'attirer les praticiens et de les faire rester au sein de ce formidable outil au service de la population qu'est l'Hôpital Public.

Grégory Wood

Vice-Président du SNPHARe

Trois petits tours et puis s'en vont...

Les discussions avec la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS) ont conduit à la publication de quelques textes réglementaires avant les élections présidentielles. Néanmoins, les administrations résistent à les appliquer.

Le temps de travail additionnel de nuit n'existera plus à partir du 1^{er} juillet 2017. Il n'y aura plus que des périodes indemnisées 257 euros nets, au lieu des plages additionnelles de nuit dont on retirait l'indemnité de sujétion pour ne recevoir que 169,50 euros nets. De même pour les astreintes, ne subsistera que l'astreinte opérationnelle, mieux rémunérée.

LE POINT SUR LES DIFFÉRENTES PRIMES

L'indemnité d'engagement de service public exclusif (l'IESPE) est passée de 394,68 euros nets à 560 euros nets depuis le 1^{er} janvier 2017 pour les praticiens qui peuvent justifier de 15 ans de contrat. Pourtant, dans de nombreux hôpitaux, la régularisation n'a pas encore eu lieu sur la fiche de paie. Il existera quoiqu'il en soit, une rétro-activité à partir du premier mois de l'année 2017 concernant les 165,32 euros nets mensuels supplémentaires.

La demi-journée de soirée décomptée dans le temps de travail des médecins qui ont des journées longues n'est pas non plus appliquée partout et oblige à des discussions hôpital par hôpital avec l'administration pour sa mise en place. Même si le texte est mal ficelé, dans la mesure où il est paru au journal officiel, il doit s'appliquer.

Les droits sociaux des praticiens contractuels et assistants spécialistes sont enfin alignés sur ceux des praticiens hospitaliers, en ce qui concerne les droits à congés liés à l'état de santé (maladie, maternité, congé longue durée, congé longue maladie, et accident ou maladie professionnelle). Le SNPHARE s'est longtemps battu pour l'harmonisation de cette mesure à l'ensemble des statuts médicaux. Sa ténacité a payé.

Restent maintenant les dernières mesures arrachées à Marisol Touraine avant son départ : **la prime d'engagement de carrière hospitalière (PECH) et celle d'exercice territoriale.**

La PECH comprend 2 volets :



Égalité des droits sociaux pour tous les médecins hospitaliers : Enfin !

- 10 000 euros bruts pour 2 spécialités sous tension (anesthésie-réanimation et radiologie) versés en 2 fois, aux praticiens contractuels et aux assistants des hôpitaux qui s'engagent à passer le concours de praticien hospitalier et à rester en poste pendant 3 ans. Le médecin signe donc une convention avec le directeur de l'hôpital.
- 20 000 euros bruts pour n'importe quelle spécialité médicale si l'offre de soins est (ou risque d'être) insuffisante dans l'établissement pour cette spécialité.

Ainsi, un anesthésiste-réanimateur ou un radiologue peut cumuler les 2 volets. Là, **nous nous heurtons à la mauvaise volonté de l'administration puisque la liste des établissements éligibles doit être établie par les Agences Régionales de Santé (ARS) pour 3 ans, sur demande des directions d'hôpitaux et après avis des commissions régionales paritaires (CRP) qui ne se réunissent pas... De plus, aucune définition précise de « l'offre de soins ou du risque d'offre de soins insuffisante » n'a été donnée.** Certains établissements font du chantage à la communauté médicale, sous prétexte que cette mesure ne s'est pas accompagnée d'une enveloppe budgétaire, en énonçant que la distribution de cette prime sera autant de postes de praticiens hospitaliers non donnés aux autres spécialités, car l'enveloppe est contrainte. Radiologie et anesthésie-réanimation sont ainsi stigmatisées au sein des médecins hospitaliers. Certaines directions préfèrent recruter des médecins intérimaires plutôt que de fidéliser les médecins déjà sur place... **N'hésitez pas à nous informer si votre établissement refuse la convention alors que vous êtes éligible en nous contac-**

tant via le site web du SNPHARe (www.snphare.fr/07-Nouscontacter/contact.aspx).

La prime d'exercice territoriale remplace la prime multi-sites qui est abrogée à partir du 1^{er} juillet, alors même que la prime d'exercice territoriale ne sera pas encore mise en place. Elle concerne l'activité partagée des praticiens exerçant sur plusieurs établissements, dans le cadre des groupements hospitaliers de territoires (GHT). **La condition est une distance d'au moins 20 km entre les hôpitaux par rapport au site d'exercice principal. Le montant de cette prime dépend du nombre moyen hebdomadaire de demi-journées passées en dehors du site d'exercice principal** (de 250 euros bruts mensuels pour une demi-journée hebdomadaire à 1 000 euros bruts mensuels pour plus de 4 demi-journées hebdomadaires). La prime multi-sites s'appliquait à des établissements distants de 18 km. Existera-t-il une marge d'interprétation définie par l'ARS ?

Enfin, le SNPHARe a interrogé la DGOS avant les élections présidentielles, sur **l'indemnité de service public exclusif pour les praticiens hospitaliers à temps partiel**. En effet, cette prime destinée aux praticiens qui n'ont pas d'activité libérale dans le cadre de leur exercice hospitalier a disparu chez certains collègues, sous prétexte qu'ils exerçaient une activité libérale sur l'autre partie de leur temps non hospitalier. Or, l'attitude des directions hospitalières n'est pas conforme à l'esprit de la réglementation. Pas de réponse de la DGOS à qui nous avons adressé un nouveau courrier après les élections législatives.

Pour finir avec les primes, le SNPHARe travaille avec son conseil juridique sur la **prime de précarité**. En effet, certains établissements versent aux praticiens hospitaliers contractuels en fin de contrat non renouvelé une indemnité lorsqu'il n'y a pas de poste de praticien hospitalier vacant. D'autres directions la versent même lorsque le poste existe. **Selon les textes, cette prime doit être versée lorsque le**

contrat n'est pas suivi d'une titularisation. Or, être praticien hospitalier à temps plein ou à temps partiel, ne relève pas d'une titularisation puisque le poste ne sera proposé que si le médecin a réussi le concours de praticien hospitalier et si le poste est ouvert par le CNG. Beaucoup de conditions donc, auxquelles vient s'ajouter la position prévue dans le statut de « permanent » et non de « titulaire ». Nous vous tiendrons informés de la réflexion et des démarches à envisager sur cette prime.

FIN DU DESARMIR ?

La législation européenne, dans un but d'uniformisation des spécialités médicales au sein des pays de la communauté, a conduit en France à la réforme du 3^e cycle des études médicales à partir de 2010. Il s'agissait de faire disparaître les DESC et ne garder que les DES.

Dès les projets de textes, plusieurs disciplines (hépato-gastro-entérologie, psychiatrie, radiologie, anesthésie-réanimation...) se sont inquiétées des conséquences de cette réforme sur leurs modalités d'enseignement et de travail. C'est dans ce contexte qu'a été créé un DES d'anesthésie-réanimation (AR) associé à la médecine intensive et réanimation (MIR).

Le SNPHARe a été interpellé, à la fin de l'année 2016, par les jeunes anesthésistes-réanimateurs. En effet, un arrêté de décembre 2016 prévoyait la formation de 97 MIR et 459 AR, chaque année pendant 5 ans.



31 Mars 2017 - Alors qu'un rassemblement de médecins se tenait devant le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, une délégation du SNPHARe, du SNJAR et de la collégiale d'anesthésie-réanimation a été reçue par la direction générale de l'organisation des soins (DGOS).

Ces chiffres, de l'aveu même de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), ont été avancés sans réelle réflexion. Ce chiffre de 97 MIR (trois fois le nombre de réanimateurs formés chaque année depuis plusieurs années) aurait bloqué la formation en réanimation des internes d'AR qui auraient manqué de places de stages.

Toutes les composantes de l'anesthésie-réanimation ont donc demandé au Ministère de la santé que soit élaborée une méthodologie, reposant sur les besoins de santé publique, afin de déterminer le nombre à

former pour les réanimateurs médicaux et polyvalents d'une part et les anesthésistes-réanimateurs d'autre part.

La DGOS a réuni l'Observatoire National des Professions de Santé (ONDPS), le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), les Conseils Nationaux Professionnels (CNP) regroupant toutes les composantes des spécialités d'AR et de MIR afin de bâtir un outil fiable, transparent et pérenne. Un énorme travail de recueil a été effectué dans chaque région par les comités régionaux de l'ONDPS, auquel les anesthésistes-réanimateurs ont très largement contribué, dans un temps extrêmement court. **La DGOS n'a pas tenu compte des départs en retraite et des postes vacants, comme nous l'avions demandé. Une journée de grève massive des anesthésistes-réanimateurs, le 31 mars dernier, a permis de reprendre les discussions.** C'est alors que celles-ci avaient lieu que l'ONDPS a découvert que les chiffres du CNOM divergeaient de ceux de la SAE (statistique annuelle des établissements de santé – un relevé réalisé chaque année auprès des hôpitaux pour comptabiliser tous les personnels administratifs, médicaux et paramédicaux). En effet, 600 réanimateurs non répertoriés comme spécialistes auprès du CNOM exercent dans les hôpitaux français. Le temps imparti n'a pas permis de faire une analyse fine mais l'ONDPS pense qu'il s'agit de médecins proches de la retraite, la plupart des médecins étant des généralistes qui se sont formés sur le tas dans des réanimations où ils sont restés. Néanmoins, on ne peut pas exclure des médecins plus jeunes, titulaires d'un DU de réanimation. N'ayant pas un diplôme de réanimateur, ils n'ont pas pu être enregistrés comme tels au CNOM.

À partir des chiffres collectés à l'échelon régional, de la pyramide des âges des praticiens dans les 2 disciplines et de ces 600 réanimateurs tombés du ciel, l'ONDPS dans une ultime réunion, le 16 mai dernier, a présenté les chiffres d'internes à former en AR et en MIR : respectivement 459 et... 97 permettant de faire croître les effectifs, tout en les rajeunissant et de maintenir un ratio stable de 1 MIR pour 8 AR, pour les 10 ans à venir. Toutefois, mi-juin, l'ONDPS s'est ravisé et a finalement retenu le ratio de l'arrêté de décembre 2016 soit 1 MIR pour 7 AR à former en arrêtant 459 postes d'AR et 77 postes de MIR.

Il sera nécessaire de continuer les discussions entre les pouvoirs publics, les MIR et les AR, afin d'intro-

duire dans la méthodologie, les postes vacants non pris en compte jusqu'à maintenant. Surtout plus que jamais, l'anesthésie-réanimation devra élaborer son référentiel métier, actuellement en cours d'actualisation au sein du CNP AR, sous l'impulsion du SNPHARe.

LE SITE WEB DU SNPHARE

Son installation a pris un peu de retard, mais nous espérons que dès le 1^{er} juillet, le SNPHARe pourra vous offrir un nouveau site web. En effet, tout évolue de façon rapide sur les autoroutes de l'information et le SNPHARe ne peut pas être à la traîne. Nous proposerons une plus grande interactivité, notamment avec nos adhérents.

NOUVELLE NOMINATION AU MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Nous saluons la nomination d'Agnès Buzyn à la tête du ministère des solidarités et de la santé. Le SNPHARe espère pouvoir poursuivre les rencontres initiées sous le précédent gouvernement, notamment sur le décompte du temps de travail (3 demi-journées la nuit) et l'amélioration des conditions de travail des praticiens hospitaliers. Nous soumettrons notre **plateforme revendicative** et défendrons, point par point, les avancées sociales, comme nous l'avons toujours fait. Les mesures arrachées en fin de mandat ont un goût d'inachevé, mais ne freinent en rien le SNPHARe dans sa volonté d'avancer.

Michel Dru, Président du SNPHARE

Démographie statutaire et contractuelle

La part des praticiens à statuts temporaires dans les établissements publics de santé

Le Centre National de Gestion (CNG) a réalisé, à la fin de l'année 2016, une enquête sur l'ensemble des praticiens à statuts temporaires (PST) exerçant dans les établissements publics de santé (EPS). Cette enquête ne fait que confirmer la réalité démographique et le manque d'attractivité des carrières de praticiens hospitaliers.

QUI SONT LES PRATICIENS À STATUTS TEMPORAIRES ?

Il s'agit des praticiens attachés, associés et non associés (PA et PAa), des assistants spécialistes et généralistes, associés et non associés (AH et AHa), des praticiens contractuels (PC), des praticiens adjoints contractuels (PAC, en voie de disparition), des cliniciens hospitaliers (CIH), et de praticiens hospitalo-universitaires non titulaires (chefs de cliniques, assistants universitaires, praticiens hospitaliers universitaires).

Ils sont caractérisés par des statuts plus précaires et à durée déterminée (CDD), et pour quelques-uns beaucoup moins coûteux (PA/PAa, AH/AHa, PAC).

DES RÉSULTATS SAISSANTS !

Toutes disciplines confondues, il y aurait 39 526 praticiens à statuts temporaires. Comparés aux 43 349 praticiens titulaires de tous statuts, ces PST représentent 44,4 % des praticiens exerçant dans les EPS. **Le taux de PST dans la population des anesthésistes réanimateurs publics est parmi les plus faibles, 35,2 %.**

Ce constat est surprenant pour une spécialité dont on connaît le déficit actuel avec encore 730 postes mis au dernier tour de recrutement en avril 2017, alors que tous les postes de DESAR sont occupés. Cela confirme bien le manque actuel d'attractivité de l'exercice public de l'anesthésie-réanimation, que ce soit comme titulaire ou non.

La répartition de ces statuts est différente selon que

l'on considère les CHU ou les CH. En effet, dans les CHU, ce sont les statuts de P/PAa et PC qui dominent à peu près de manière égale ; dans les CH, il est retrouvé une nette domination du statut de PC (59 %). Il peut en être déduit que plus le besoin en anesthésistes-réanimateurs est prégnant, plus le recours à un statut le moins précaire possible est choisi. Pour abonder dans le même sens, le statut de PA/PAa est nettement moins utilisé dans cette spécialité que dans les autres (56 % dans les CHU et 48 % dans les CH).

Par rapport à l'ensemble des PST, toutes disciplines confondues, où on retrouve 49,5 % avec un exercice à temps partiel pour un ETP moyen à 0,34, les PST anesthésistes-réanimateurs travaillent le plus souvent à temps plein ou sinon avec un ETP plus élevé. Il existe donc un **détournement du sens même du statut de praticien attaché** qui se voudrait à son origine n'être seulement qu'une passerelle entre exercice public et exercice libéral en permettant de garder un pied à l'hôpital.

“ Les praticiens à statuts temporaires représentent 44,4 % des praticiens exerçant dans les établissements publics de santé ! ”

UNE PART DE CDD NON ACCEPTABLE

Un autre fait marquant est l'existence de contrats à durée indéterminée (CDI) qui doivent succéder à deux CDD successifs. Par rapport à l'ensemble des disciplines, l'anesthésie-réanimation se distingue par un **taux de CDI moindre** : 16,6 % contre 35,2 % et donc un **taux de CDD plus important** (83,4 % contre 64,8 %). Si est considérée la durée des CDD, les CDD supérieurs à 6 mois (maximum 3 ans) sont inférieurs pour les PC (56,5 % contre 61,3 %) et les AHa (63,2 % contre 77,6 %), mais supérieurs pour tous les autres statuts temporaires. Hormis les PC pour qui la notion du coût intervient certainement, cela signe encore **la difficulté de recrutement dans notre spécialité pour les EPS** : quand ils tiennent un MAR, il est proposé des contrats de plus longues durée, mais sans pour autant en arriver à des CDI. Cela doit rester une variable d'ajustement des effectifs qui sont éminemment variables dans cette période

de restructuration hospitalière. Cette part importante de CDD est intolérable, et c'est considérer les PST comme de simples prestataires, obéissants, corvéables et jetables. Pour ce qui est des CDI, leur nombre est aussi choquant : pourquoi ces praticiens n'ont-ils pas pu évoluer vers des statuts de titulaires ? C'est un vrai manquement managérial des DRH des EPS, où la question du coût précède toute raison !

DES POSTES DE PH EN PARTIE OCCUPÉS ET NON RÉELLEMENT VACANTS

Comment ces PST sont-ils financés ? Toutes disciplines confondues, c'est 30,9 % des PST qui sont affectés sur un poste vacant de PH ; pour l'anesthésie-réanimation, il s'agit de 47,9 %, le plus fort taux parmi toutes les disciplines. Ceci peut permettre de dire que les postes vacants de PH sont en partie occupés et non réellement vacants. Pour l'anesthésie-réanimation, avec 47,9 %, **cela représente 1 042 praticiens contractuels affectés sur un poste vacant de PH**. Pourtant, au tour de recrutement d'avril 2017, sont publiées 730 vacances de poste en anesthésie-réanimation. Dans l'absolu, il est alors logique de penser que **ces 730 postes mis au tour de recrutement viennent dans leur grande majorité en plus des postes vacants occupés par des pra-**

ticiens contractuels. Ainsi pour l'anesthésie-réanimation il existerait en fait $1\ 042 + 730 = 1\ 772$ postes vacants, dont 59% occupés par un praticien contractuel. L'effectif total (national) nécessaire à l'exercice de l'anesthésie-réanimation dans les EPS pourrait alors être estimé à $6\ 176 + 730 = 6\ 906$ avec un taux de postes dits « vacants » égal à 26 % et un taux de postes « vacants-vacants » de 11 %.

AU TOTAL

Ainsi, cette enquête importante conforte ou met en évidence :

- le manque d'attractivité des statuts de praticiens titulaires ;
- un recrutement très particulier de la part des DAM et DRH des EPS au mépris de la pérennisation des équipes et de l'épanouissement individuel. En effet sont remarqués :
 - le détournement de la réglementation des différents statuts de praticiens contractuels ;
 - le large recours au statut de PA et à celui de PC ;
 - le manque d'évolution des individus vers de meilleurs statuts ;
 - la pérennisation de certains dans des statuts les plus précaires.

Jean Garric, Administrateur du SNPHARe

RÉFORME DU 3^e CYCLE DES ÉTUDES MÉDICALES ALIAS R3C

Pourquoi ?

Cette réforme a été rendue nécessaire du fait de la volonté d'harmonisation de la législation des études universitaires au sein de l'Union Européenne.

Quatre grands objectifs se dégagent :

- Renforcer la pédagogie
- Faciliter la prise de fonction d'interne puis de médecin en pleine responsabilité
- Clarifier les filières de formation (disparition des DESC, création de nouveaux DES voire de CoDES à l'image du DESARMIR par exemple
- Permettre une certaine adaptabilité (comité de suivi, réévaluation des besoins)

Le grand principe de la réforme étant que le DES devient le diplôme nécessaire et suffisant à l'exercice d'une spécialité médicale.

Quel texte référence ?

Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 paru au JO du 27 novembre 2016

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033479390&categorieLien=id>

Quand ?

Le décret s'appliquera aux étudiants en médecine affectés pour la première fois en 3^e cycle à compter de la rentrée universitaire 2017-2018.

Comment ?

Le 3^e cycle des études médicales est réorganisé en 3 phases. L'étudiant est évalué à la fin de chaque stage et à la fin de chaque phase.

- phase 1 (phase socle) : elle durera 1 an et doit permettre l'acquisition des connaissances de base de la spécialité et des compétences transversales nécessaires à l'exercice de la profession
- phase 2 (phase d'approfondissement) : elle durera 2 ans. La thèse devra impérativement être soutenue à la fin de cette phase.
- Phase 3 (phase de consolidation) : elle durera 1 à 2 ans selon la spécialité. Le mémoire de DES sera soutenu à la fin de cette phase. Au cours de celle-ci, l'étudiant exercera sous le statut « d'assistant du 3e cycle » pour lequel tout ou presque reste à écrire.

Par ailleurs, il y aura possibilité d'accéder à :

- des options : une seule spécialité peut accéder à une option donnée. Celle-ci doit permettre d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires à l'exercice d'une sur-spécialité.
- des Formations Spécialisées Transversales (FST) : le principe est le même que celui des options sauf qu'une FST donnée sera accessible à plusieurs spécialités

Le droit au remord existera toujours. Il devra se faire au sein de la même subdivision géographique et avant la fin du 4^e semestre. Un seul droit au remord par étudiant. Ce dernier devra être classé en rang utile pour accéder à la spécialité pour laquelle il exerce son droit au remord.

Grégory Wood, Vice-Président du SNPHARe

Le nouveau guide de la protection sociale des contrats de médecins hospitaliers dits « précaires »

Par contrat précaire, nous entendons les débuts de carrières hospitalières, c'est-à-dire les PH contractuels, les assistants spécialistes, et les assistants hospitalo-universitaires. Un décret en date du 9 février 2017, publié dans le cadre du plan attractivité négocié avec le ministère de M. Touraine, et faisant suite à nos revendications syndicales incessantes sur la mauvaise couverture sociale de ces contrats précaires, permet de préciser dans quelles conditions ces améliorations sont prévues.

- ① Le texte ne prévoit rien pour les assistants hospitalo-universitaires. En effet, le projet de décret les concernant est en cours de finalisation, mais doit être visé par le Ministère de l'Enseignement Supérieur, ce qui rallonge les délais. Si les engagements sont tenus, le texte devrait sortir avant l'été.
- ② Pour les PH nommés en période probatoire, la protection sociale est alignée sur celle des PH titulaires, pour ce qui est des différents congés (notamment maternité/paternité). Deux modifications importantes : les PH en période probatoire peuvent désormais passer en temps partiel, ce qui pour autant ne rallonge pas la durée de cette période probatoire et en cas d'activité partagée au sein du GHT, l'activité hebdomadaire ne peut être inférieure à 5 demi-journées sur l'établissement de rattachement.
- ③ Pour les assistants spécialistes et les PH contractuels : les droits sont quasiment alignés sur ceux des PH titulaires, mais en rapport avec la durée du contrat signé.

Mais, avant de détailler ces nouveaux droits, il faut comprendre l'essentiel : ces avancées ne concernent que la période du contrat et s'interrompent dès la fin de celui-ci. Donc ces avancées ne courent plus une fois le contrat terminé, et la protection sociale reviendra au régime général de la Sécurité Sociale. Donc attention à bien prendre une protection complémentaire qui vous couvrira à partir de la fin de votre contrat ! Attention aussi aux contrats courts, qui ne vous couvriront correctement que peu de temps ! Il ne s'agit pas de mesure discriminatoire, mais simplement du droit commun qui s'applique à tous les agents publics, fonctionnaires ou agents sous contrats. C'est aussi le cas

dans le secteur privé lorsque l'employeur assure un maintien de salaire. Dans le cadre temporel du contrat, l'amélioration de la couverture va concerner :

- Les arrêts maladie, avec intégralité du salaire (hors gardes) pendant un certain temps.
- La possibilité de prétendre à un congé de longue maladie dans certaines limites.
- La possibilité de prétendre à un congé de longue durée (tuberculose, maladie mentale, cancer, polio, déficit immunitaire grave), dans certaines limites.
- Les accidents du travail ou maladie professionnelle, avec intégralité de salaire dans certaines limites.
- La possibilité de reprise en temps partiel thérapeutique.
- Les congés maternité, paternité, accueil ou adoption avec plein salaire, comme prévu par la législation sécurité sociale.
- Le congé parental, de même que le congé de présence parentale, sans salaire.

Comme pour les PH titulaires, l'avis d'un comité médical sera requis dans certains cas.

Il convient de différencier les différents types de contrats de PHC et d'assistant spécialiste, car selon la durée du contrat, les durées de prise en charge sont différentes.

Pour les PHC, il faut distinguer les PHC en CDI, les PHC à contrat court (R 6152-402, contrats de 6 mois renouvelables jusqu'à 2 ans), et les PHC à contrat plus long (R 6152-403, contrats de 3 ans renouvelables jusqu'à 6 ans).

Nicole Smolski, Administrateur du SNPHARE

ANNEXE 1 : LES PATHOLOGIES ÉLIGIBLES AU CONGÉ LONGUE MALADIE

Elles sont mentionnées dans l'arrêté du 14 mars 1986 relatif à la liste des maladies donnant droit à l'octroi de congés de longue maladie <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000471431>

ANNEXE 2 : LES PATHOLOGIES ÉLIGIBLES AU CONGÉ LONGUE DURÉE
Un praticien reconnu atteint de tuberculose, de maladie mentale, d'affection cancéreuse, de poliomyélite ou de déficit immunitaire grave et acquis par le comité médical et empêché d'exercer ses fonctions est de droit mis en congé de longue durée par décision du préfet du département.

Quelles mesures défendre pour les médecins hospitaliers dans une société du XXI^e siècle ?

LE PATIENT ET LA PASSION

Être médecin n'est pas un métier comme un autre. Nous travaillons sur l'humain, nous devons être passionnés par ce que nous faisons. Un recentrage sur le patient doit être opéré car il est au cœur de notre système de santé. En partant du terrain, on gagne à tous les coups. L'équipe soignante est son pendant naturel. Il est important pour pouvoir soigner dans de bonnes conditions, d'avoir un bon équilibre à la fois dans notre vie personnelle et professionnelle.

“ Avec l'arrivée de la médecine connectée, des bigdata en santé, la médecine de demain que nous exercerons sera différente de celle d'aujourd'hui ”

La féminisation dans l'exercice médical doit être considérée comme une force et non comme une faiblesse. Les conditions d'exercice devront être aménagées conformément au mode de vie contemporain : accès aux crèches, aménagement du temps de travail...

Le médecin du XXI^e siècle est à l'image de notre société contemporaine, avec des pratiques différentes de celles pratiquées par le passé. Le système doit donc s'adapter pour être en mesure de continuer à apporter les conditions de travail nécessaires à un exercice médical de qualité. La féminisation

UN PROJET MÉDICAL ET UNE GESTION TERRITORIALE SOLIDES

Les plateaux techniques lourds doivent être organisés au sein d'un vrai projet médical pour une meilleure efficacité. La Loi Touraine promeut les regroupements d'établissements sous la forme de groupements hospitaliers de territoire (GHT). Nous devons nous organiser au niveau du territoire pour une mutualisation des moyens et des plateaux techniques ainsi qu'une organisation transversale de l'activité médicale. Ce projet doit s'accompagner d'une réforme territoriale avec la fermeture des plateaux techniques dans les endroits où les moyens humains manquent. Il doit y avoir un véritable projet médical partagé au sein de chaque équipe pour l'organisation au niveau du territoire. Dans le cas contraire, ce système serait catastrophique en termes d'attractivité des carrières. Ce maillage territorial devrait intégrer l'ensemble des structures hospitalières publiques et privées afin d'obtenir une meilleure couverture en termes de santé.

LE XXI^{ÈME} SIÈCLE OU LA LIBERTÉ RAISONNÉE !

Décloisonnons le système, en nous affranchissant des clivages du passé entre le public et le privé, l'hôpital et la ville. De nouveaux modes d'exercice mixtes avec des statuts de praticiens hybrides pourraient être intéressants à développer, évidemment en étant vigilant quant à garder un statut de titulaire.

Nous devons recentrer notre métier de soignant, quelle que soit notre spécialité, au cœur de notre exercice médical d'autant plus dans les spécialités médico-techniques comme l'anesthésie-réanimation où les décisions prises peuvent être lourdes de conséquences. Les tâches administratives indispensables au fonctionnement du système, considérées comme une lourdeur, doivent être diminuées pour le médecin au profit d'autres professionnels pour redonner du temps médical aux soignants. Le développement des fonctions « support » est un exemple : secrétariats médicaux efficaces, mise en place du Dossier Médical Personnalisé (DMP), développement des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC)...

Le travail en équipe est un point important, les médecins ont besoin d'une gouvernance à l'échelle humaine, le système polaire de la loi HPST ne permet pas aux soignants de se sentir acteurs en vue de construire l'hôpital de demain.

VALORISÉS POUR AFFRONTER LES DÉFIS DE L'AVENIR

Le début de carrière hospitalière doit absolument être revalorisé pour permettre aux praticiens de ne pas avoir de manque à gagner en termes de salaire entre le post-internat et le poste de praticien hospitalier. Nous exerçons la seule profession où l'on peut voir son salaire décroître alors qu'on monte en grade.

La médecine de demain que nous exercerons sera différente de celle d'aujourd'hui. Avec l'arrivée de la médecine connectée, des bigdata en santé et bien d'autres technologies, nous devons nous adapter et préparer la mutation de notre profession pour devenir des médecins 3.0. À nous de prendre ce virage afin de préparer au mieux cette mutation et continuer à apporter des soins de qualité à nos patients.

Dr Sébastien Mirek, médecin anesthésiste-réanimateur CHU Dijon

Retraite

2007-2017 : sale temps pour la retraite des PH

Un des futurs chantiers du nouveau gouvernement sera la réforme du système de retraite par la mise en place d'un système notional universel. La retraite serait dépendante des cotisations (obtention de points) et de l'espérance de vie.

LORS DE LA CRÉATION DU STATUT DE PH EN 1984

Le SNPHAR s'était penché sur le choix de l'affiliation à un régime de retraite : la CNRACL ou l'IRCANTEC. Les pères fondateurs (Alain Bocca et Roger Chacornac) ont préféré une orientation vers l'IRCANTEC qui est un régime complémentaire par répartition, basé sur l'acquisition de points, en fonction du niveau de la rémunération. La première tranche est le socle commun permettant l'obtention de points dits de la " tranche A " dont le nombre est corrélé au plafond de la sécurité sociale (SS). Les points de la tranche " B " sont obtenus au-delà et conditionnent le niveau de notre pension de retraite.

Depuis le commencement, le SNPHAR s'est toujours employé à obtenir que l'ensemble de nos rémunérations (salaires, indemnités de gardes et astreintes et primes) soient intégrés dans l'acquisition de points IRCANTEC. La plus grande avancée fut l'obtention en 1996 de l'intégration de l'indemnité de garde dans le calcul des points IRCANTEC.

LE SNPHAR TOUJOURS EN PREMIÈRE LIGNE POUR DÉFENDRE LA RETRAITE DES PH

En 2008, le SNPHAR s'insurge contre les modifications statutaires portées au niveau de l'IRCANTEC qui entraînent une réduction significative des points acquis sur 35 ans de carrière (82 284 points versus 45 923). La conséquence est une baisse programmée significative du pouvoir d'achat des retraites des futures générations de PH. La pension à terme ne représentera plus que 37,2 % d'un échelon 13 (avec indemnité de service public exclusif) au lieu de 54,3 %.

Malgré son investissement en 2010, sur le dossier pénibilité, le SNPHAR n'obtiendra pas la reconnaissance de la pénibilité des spécialités hospitalières assurant la permanence des soins et la reconnaissance de la pénibilité spécifique de notre spécialité l'Anesthésie-Réanimation (travail posté, stress inhérent à la fonction). La Réforme Bachelot déstructurera le travail des PH par la quête incessante de l'efficacité, de la productivité et de la réalisation des " cibles managériales ". Nous constatons tous, une dégradation



de nos conditions de travail, devant l'intensification du travail et l'extension des horaires de travail, extension qui est niée par les tutelles comme à l'APHP de Paris. En 2015, les PH seront écartés, par choix du ministre de tutelle, du dispositif de la mise en place du compte pénibilité dans la fonction hospitalière.

Un an plus tard, Marisol Touraine fera passer l'article 41 de la Loi du 26 janvier 2016 permettant la prolongation d'activité jusqu'à l'âge de 70 ans. Au-delà de 70 ans, les PH pourront bénéficier du cumul emploi retraite. Seuls quelques PH et PUPH (à forte plus value) pourront prétendre à une extension du cumul emploi retraite jusqu'à 72 ans, à la hauteur de 2 demi-journées par semaine.

DEPUIS 2008, LE BILAN EST CLAIR ET PARTICULIÈREMENT DÉFAVORABLE

De 2010 à 2016, les rémunérations sont gelées. L'augmentation salariale fut de +0,6 % en 2016 et 2017 (période électorale oblige). Par contre, pendant ce temps le prix d'achat des points IRCANTEC (tranche A et B) augmenta de 28 %, avec le plafond de la SS (+13 %). Cette tendance a pour conséquence une baisse significative du nombre de points IRCANTEC A et B obtenus pendant la période 2016-2017 : une chute de 24,6 % !

Pour les PH cessant leur activité avant 70 ans, les hôpitaux leur proposent, au besoin, jusqu'à 70 ans, le statut " attractif " de PH attaché temps plein, rémunéré à la hauteur de 14 euros brut de l'heure.

Pour compenser cette baisse inéluctable des futures pensions, l'âge de la retraite est progressivement repoussé jusqu'à 70 ans. Une mesure anticipant l'évolution notional du système des retraites, qui tient compte de l'espérance de vie qui reste moindre chez les PH d'Anesthésie Réanimation.

Patrick Dassier, Trésorier du SNPHAR

La retraite progressive pour les PH : Quel intérêt ? Quels risques ? Sous quelles conditions ?

De tous les anciens dispositifs réglementaires avant la retraite ouverts aux PH, ne subsiste plus que la retraite progressive. Ce dispositif mérite toute notre attention, car il peut intéresser beaucoup de collègues, pour leur permettre de partir avec un rythme de travail plus calme, sans perte notable de salaire ni de retrait. Le PH qui veut travailler plus longtemps et donc cotiser plus, peut-il le faire grâce à un rythme moins soutenu ?

De quoi s'agit-il ?

La retraite progressive consiste à cumuler provisoirement une fraction de sa retraite avec une activité et donc une rémunération à temps partiel. Par exemple, si vous exercez à 80%, vous toucherez 80% de votre salaire, et 20 % de votre future retraite complète, calculée provisoirement (retraite SS et retraite IRCANTEC). Le montant de la retraite définitive sera calculé une fois celle-ci décidée, en fonction des trimestres cotisés et des points IRCANTEC accumulés au cours de cette période à temps partiel.

Quels pre-requis ? Quelles conditions ?

- Avoir au moins 60 ans
- Avoir réuni 150 trimestres dans tous les régimes de base
- Exercer une activité professionnelle à temps partiel, au minimum de 40 %, et au maximum de 80 %.
- Faire la demande de temps partiel et de retraite progressive 6 mois à l'avance, auprès de l'employeur et auprès de sa Caisse de retraite.
- Fournir à votre Caisse d'assurance retraite une attestation de votre employeur précisant la durée de travail à temps partiel, et la durée à temps complet applicable dans votre entreprise, **EXPRIMÉE EN HEURES** : ATTENTION, il faut donc obtenir de votre direction, même si vous êtes en décompte en demi-journées, un certificat en heures. C'est un artifice d'écriture, car même en demi-journées nos obligations de service sont bien de 48H maximum, donc il existe bien une notion de décompte horaire.

Certains collègues se sont vus refuser ce dispositif pour cette raison, donc anticipez sur votre demande. Les établissements ne peuvent vous refuser cette déclaration en heures, et beaucoup l'acceptent.

Comment est calculée la fraction de retraite versée ?

Comme pour toute retraite, il y aura deux parties à ce versement : la retraite Sécurité Sociale, et la retraite IRCANTEC, en fonction bien sûr de la quotité de temps partiel choisie. Pour ce qui est de la retraite SS, vu que nous sommes au plafond de celle-ci, la part versée sera une fraction de ce plafond. Il est prévu, sous réserve de l'accord de l'employeur, de bénéficier d'une dérogation (art L.241-1 du Code de la SS) de cotiser pour la SS sur la base du salaire correspondant à un travail à temps plein. Mais vu que nous sommes au plafond de la retraite SS, en dehors de cas bien précis, il n'y a pas de gros avantages pour nous à cotiser à taux plein.

Cette pension versée par la SS peut être majorée si vous avez élevé au moins trois enfants pendant neuf ans avant leur 16^e anniversaire, si

vous avez élevé un enfant handicapé, si vous avez eu à charge un adulte handicapé, ou si vous-même bénéficiez d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 50%.

En revanche, pour ce qui concerne le gros de nos revenus à la retraite, à savoir la pension IRCANTEC, nous bénéficions dans certains cas de circonstances avantageuses, à savoir que si nous travaillons à 80 %, L'IRCANTEC ne versera pas 20 % de la retraite, mais 30 % (Cf tableau). Il est donc intéressant de prendre un 80 %, ou un 40 %, plus que les quotités intermédiaires.

Temps de travail accompli (en % du taux plein)	Fraction de pension versée (en % de la pension taux plein)
de 80% au plus à 60 %	30 %
de moins de 60 % à 40 %	50 %
moins de 40 %	70 %

Chacun doit donc faire ses comptes précisément avant de prendre sa décision. Pour cela, mais aussi pour toute réflexion sur sa retraite, nous vous conseillons, d'aller sur les sites Assurance vieillesse (<https://www.lassurance-retraite.fr/portail-info/accueil>), et IRCANTEC (<https://www.ircantec.retraites.fr/>), munis de votre numéro de SS pour vous créer un espace client. Les deux sites sont très simples, vous obtiendrez votre relevé de carrière avec votre nombre de trimestres, ainsi que le nombre de points obtenus à l'IRCANTEC. Vous aurez ainsi une idée précise de quand vous pourrez partir, et de combien vous pouvez prévoir disposer comme retraite, au jour où vous consultez.

Pour la retraite progressive, il vous faut calculer en fonction de la quotité de temps partiel choisie, quelle sera la perte de salaire ? quelle sera la fraction de pension versée par l'IRCANTEC ? Et en fonction du tableau ci-dessus. Il faut également calculer que, étant à temps partiel, vous générerez moins de points IRCANTEC qu'en travaillant à temps plein, et que donc votre retraite baissera.

Exemple concret :

Date de naissance 1956, pour un départ au 1^{er} janvier 2020, avec 2 enfants élevés, 183 trimestres validés.

	Salaires net mensuel	Rente Ircantec	Rente SS	Points IRCANTEC
Départ activité 100 %, 01/01/2020	6750 euros			86000
Départ après 2 ans 80 %, retraite progressive, 01/01/2020	5400 euros	877 euros	280	84800 soit 570 euros annuels de retraite en moins

Donc au total : salaire net pour une activité à 100 % : 6750 euros. Salaire net plus pension avec la retraite progressive : 6557 euros nets mensuels.

Nicole Smolski, Administrateur du SNPHARe, relecture Mme Sol (IRCANTEC)

Limite d'âge et prolongation d'activité du praticien hospitalier

1. Textes de référence

- Loi n° 87-588 du 30 juillet 1987, art. 46.
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004, art. 135 modifiée par art 141 de la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, art. 141.
- Articles R.6152-328 à R.6152-333, R.6152-814 et R.6152-815 du Code de la Santé Publique.
- Décret n° 95-569 du 6 mai 1995
- Instruction n° DGOS/RH4/2016/36 du 11 février 2016

2. La limite d'âge :

Il s'agit de l'âge à partir duquel un praticien doit faire valoir ses droits à la retraite : sans demande expresse du praticien, il est radié des cadres par arrêté du DG du CNG, à compter de la date anniversaire correspondant à la limite d'âge qui lui est applicable (cf. tableau ci-dessous) :

DDN	Limite d'âge
avant le 01/07/1951	65 ans
du 01/07/1951 au 31/12/1951	65 ans et 4 mois
en 1952	65 ans et 9 mois
en 1953	66 ans et 2 mois
en 1954	66 ans et 7 mois
à partir du 01/01/1955	67 ans

3. Recul de la limite d'âge :

Le DG du CNG peut prendre un arrêté autorisant le recul de la limite d'âge du praticien, si celui-ci en fait la demande. C'est de droit dans les deux cas suivants :

- Soit un recul d'un an par enfant à charge, sans dépasser 3 ans. (au sens de la réglementation des prestations familiales)
- Soit un recul d'un an pour tout praticien parent d'au moins 3 enfants vivants au moment où il atteint sa cinquantième année (à noter qu'un certificat médical d'aptitude physique et mentale est exigé, contrairement au cas précédent).

Ces 2 dispositions sont cumulables dans le cas où l'un des enfants à charge est atteint d'une invalidité \geq 80% ou touche l'AAH.

4. La prolongation d'activité après la limite d'âge :

Le praticien qui souhaite en bénéficier a différentes formalités à remplir (cf. tableau ci-contre).

Modalités légales	Durée de la période de prolongation	Délai
Demande concomitante du praticien auprès du CNG et du DG de l'EPS	6 mois mini 1 an maxi	6 mois avant la limite d'âge
Le DG de l'EPS donne son avis et doit obtenir l'avis du président de la CME et du chef de pôle ou de service à défaut		2 mois pour répondre
Le DG de l'EPS transmet le dossier au CNG avec les trois avis motivés et le certificat médical d'aptitude physique et mentale		4 mois avant la limite d'âge
Notification de la décision du CNG au praticien		3 mois avant la limite d'âge
Renouvellement tacite de la prolongation d'activité sous réserve de la production d'un certificat médical d'aptitude adressé au CNG et au DG de l'EPS	De même durée que la période initiale accordée	3 mois avant l'échéance
	Durée maximum de prolongation portée de 36 mois à 60 mois selon la DDN, pour permettre un exercice hospitalier jusqu'à l'âge de 70 ans	
Demande de cessation de la prolongation d'activité par le praticien au CNG et au DG de l'EPS	Durée minimum effectuée de 6 mois, sans obligation d'aller au terme	3 mois avant l'échéance
Non renouvellement non à l'initiative du praticien : le DG de l'EPS transmet les trois avis motivés au CNG.		3 mois avant l'échéance
Notification de la décision du CNG par lettre recommandée avec avis de réception		2 mois avant l'échéance

Véronique Deramoudt, Administrateur du SNPHARe

Nouveau décret de compétence des IADE :

coup d'épée dans l'eau ou coup de poignard dans le dos ?

Le nouveau décret relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence des infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IADE) est paru le 10 mars 2017. Censé clarifier et élargir le champ d'exercice de l'IADE, son interprétation est néanmoins soumise à controverse.

POURQUOI UN NOUVEAU DÉCRET ?

Jusqu'ici, le champ d'exercice des IADE était régi par un décret datant de 2004. Leur formation, s'inscrivant désormais dans un cursus universitaire, donne accès au niveau « master » et a motivé la demande des IADE d'intégrer le corps des « infirmiers aux pratiques avancées ». Cependant, cette formation paramédicale n'est nullement substituable à la formation du DESAR.

L'ambiguïté du texte a conduit le SNARF (syndicat des médecins libéraux) le SNPHARe et la SFAR à se positionner rapidement sur ce décret.

LE BINÔME MAR-IADE

Il est clairement affirmé que l'IADE ne peut travailler que sous « contrôle exclusif » du MAR : exit l'hypothèse de travailler sous les ordres d'un opérateur lors d'un acte avec anesthésie ou surveillance anesthésique, et surtout, exit l'idée, défendue par certaines corporations IADE, que l'IADE puisse se substituer au médecin, lequel doit être présent sur le site de l'anesthésie et disponible à tout moment. Le décret permet qu'un IADE réalise seul une anesthésie générale, sous des conditions extrêmement codifiées - élaboration d'une « stratégie » par le MAR - terme plus large que le précédent (« protocole »), car incluant des objectifs hémodynamiques, une stratégie transfusionnelle etc. ; **cette délégation de tâche doit naturellement être approuvée par le MAR qui reste responsable médicalement et juridiquement de l'acte anesthésique.**

Le décret permet également à l'IADE de réaliser une réanimation péropératoire. On peut regretter qu'il ne soit pas mentionné que le MAR soit immédiatement informé de la situation, qui, habituellement, rendra sa présence physique auprès du patient indispensable.

À la limite de la sémiologie « stratégie » versus « protocole », tout ceci était déjà dans le décret de 2004 : pas de changement majeur, donc.

L'ANESTHÉSIE LOCO-RÉGIONALE

L'énoncé de l'article concernant l'ALR a fait couler beau-

coup d'encre, en affirmant que l'IADE est « habilité à pratiquer [...] anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ». En effet, cette phrase est soumise à interprétation : autorise-t-elle les IADE à pratiquer une ALR ? La SFAR rappelle que la réalisation de l'ALR ne fait pas partie de la formation des IADE. Le SNPHARe s'est toujours positionné dans ce sens.

Encore une fois : pas de changement majeur par rapport au précédent décret.

LA DÉMÉDICALISATION DES TRANSPORTS SAMU « SECONDAIRES »

Les transports interhospitaliers infirmiers sont régis par un décret (2006). Désormais, les IADE peuvent réaliser des transports « secondaires » sur des patients « intubés-ventilés stables » sans présence médicale dans l'ambulance. Si cette pratique existait déjà de manière illégale dans certains établissements, beaucoup d'IADE sembleraient finalement peu enclins à profiter de cette avancée de leur décret, en raison de l'instabilité potentielle que provoque un transport, et d'une mise en cause de leur responsabilité directe en cas de problème médical.

Un changement qui, dans les faits, ne sera sans doute pas majeur non plus.

AU TOTAL

Le nouveau décret de compétence des IADE ne modifie pas nos pratiques et notre relation avec les IADE. Il réaffirme la complémentarité « MAR + IADE », qui fait partie intégrante des mesures ayant permis la réduction de la morbi-mortalité anesthésique. Cependant, les velléités de certaines corporations IADE à davantage d'autonomie, les nombreuses discussions et mises au point nécessaires autour de ce décret peuvent inquiéter : le SNPHARe maintiendra à une grande vigilance sur le rôle respectif du MAR et de l'IADE.

Anne Geffroy-Wernet, Administrateur du SNPHARe

Les IADE et le nouveau décret de compétences

Qu'en-pensent les syndicats ?

Bruno Huet, Vice-président du SNIA

Bruno Huet a participé à toutes les réunions entre 2014 et 2017.

« Avec ce décret nous avons gagné la bataille de la reconnaissance. Le protocole a laissé place à la stratégie, c'est le premier point. Je tiens à préciser que nous demandions à être reconnus au niveau des pratiques avancées, mais à aucun moment nous n'avons demandé la suppression de la supervision du médecin anesthésiste.

Nous sommes conscients de notre niveau de formation et pour nous, il est clair que le médecin anesthésiste décide de ce qu'il confie à l'IADE. Il peut lui confier la totalité de l'acte d'anesthésie ou seulement une partie. Il était indispensable que notre autonomie médicalement supervisée de terrain soit reconnue et actée.

Par ailleurs, le décret a apporté une sécurité supplémentaire. En effet, dorénavant le médecin DOIT être sur le site et pouvoir intervenir à n'importe quel moment, car la notion « à portée de voix » n'était vraiment pas très claire juridiquement.

Le décret confirme également nos compétences et notre exclusivité concernant les transports infirmiers interhospitaliers pour les patients ventilés/intubés. Nous en sommes satisfaits bien que cela n'ait pas été évident pendant les discussions.

Le troisième point concerne l'anesthésie loco-régionale et la prise en charge de la douleur post-opératoire. Nous n'avons pas l'exclusivité sur cette pratique évidemment mais nous sommes habilités à gérer ces situations.

Les revendications salariales constituent les prochains combats étant donné qu'il avait été convenu d'une revalorisation de 60 euros à compter de début juillet 2017. Entre-temps, les élections présidentielles ont eu lieu et nous ne savons pas ce qu'il en sera des décisions prises en accord avec Marisol Touraine.

Laurent Philippe représentant national de l'UNSA santé pour les IADE

Infirmier-anesthésiste au CHU de Besançon, il a également participé à toutes les réunions au ministère entre 2014 et 2017.

« Il y a un point important dans ce nouveau décret, quelque chose qui peut paraître anodin mais qui était essentiel pour nos adhérents : le remplacement du terme « protocole » par « stratégie d'anesthésie ». Ce que la profession reprochait au terme de protocole c'est qu'il laissait sous-entendre que les IADE n'avaient pas de marge d'action, pas de liberté d'interprétation ni de liberté d'adaptation. L'adaptabilité est le reflet de notre activité, que ce soit au sein des salles de réveil, au bloc opératoire, en extra-hospitalier ou dans les centres de la douleur. Cette adaptabilité au terrain existe et fait intrinsèquement partie de notre travail. Nous n'avons pas toujours de prescriptions médicales, ni de médecins à proximité, lorsqu'il est nécessaire de modifier des paramètres respiratoires, des paramètres de remplissage, de réinjections, de médicament. Nous ne revendiquons pas une indépendance mais une autonomie sous la responsabilité des médecins anesthésistes réanimateurs.

Sur le terrain, nous avons toujours été autonomes... Depuis que notre spécialité existe, nous modifions les paramètres du respirateur sans demander au médecin, par exemple. Il n'y avait aucune cohérence entre la réalité de notre exercice et les textes de la législation nous concernant. Ce décret a permis de réparer cela. Il faut également rappeler le maintien des IADE au sein des transports interhospitaliers des patients, intubés et ventilés. Notre niveau de formation nous permet de le faire il n'y a aucune raison que nous en soyons exclus.

Les adhérents et l'UNSA en général sont satisfaits des avancées permises par ce décret. Certains syndicats ont formulé des demandes comme la consultation d'anesthésie, la signature de sortie de salle de réveil par le personnel IADE, par exemple. Nous n'étions pas d'accord et d'ailleurs, cela n'a pas été validé. D'autre part, tout le monde était d'accord sur la question de la reconnaissance qui était essentielle. »

Vincent PORTEOUS membre du bureau exécutif de l'UFMICT CGT, animateur du collectif IADE de la CGT

« Être IADE, c'est exercer une profession paramédicale. Son exercice est donc en dérogation de l'exercice illégal de la médecine sur prescription et, normalement, limité à une liste d'actes autorisés. Les

IADE n'ont pas une telle liste exhaustive, mais la définition réglementaire d'une " mission ". Pour autant il faut bien une " prescription " qui les autorise à pratiquer spécifiquement sur tel ou tel patient.

Dans le nouveau décret, le patient doit avoir été vu et évalué par un MAR pour que les IADE puissent intervenir et c'est bien ce MAR qui fixe non pas un protocole mais la stratégie anesthésique. Le nouveau décret modifiera donc la pratique des IADE en fonction de deux paramètres principaux : son acceptabilité par les IADE eux-mêmes, mais aussi par les MAR qui sont et resteront les seuls prescripteurs. Il s'agit donc bien en ce sens, d'une discussion sur l'autonomie mais, en aucun cas, sur l'indépendance comme le craignaient certains MAR.

Tout cela ne pourra donc évoluer que dans la confiance mutuelle qui semblait être constatée lors des travaux préparatoires à ce texte au Ministère. Les MAR doivent se rassurer : valoriser les IADE ne se fait jamais à leurs dépens.

Depuis la dernière revalorisation des carrières des enseignants décidée en novembre 2016 et la création d'un troisième grade pour les professions niveau master dans la fonction publique d'état, le salaire de fin de carrière d'un professeur des écoles est passé d'environ 700-800 à 1400 euros mensuels de plus par rapport à celui d'un IADE en fin de carrière. Un tel écart de rémunération est inacceptable d'autant que les 60 euros supplémentaires, en prime labile promis aux IADE par ce même gouvernement, ne sont toujours pas publiés et que rien ne peut assurer qu'ils le seront. Tout cela traduit un mépris et une sous-valorisation de la fonction soignante et plus largement des professions de santé en général. Dans le contexte actuel dégradé, ce n'est plus acceptable.»

Propos recueillis par Saveria Sargentini

AGENDA DU CA

MARS 2017

29 Mars Réunion du bureau du SNPHARe
30 Mars Conseil d'Administration du SNPHARe

AVRIL 2017

07 Avril Conseil d'Administration du SNPHARe
19 avril Réunion avec le SMPS

MAI 2017

03 Mai Réunion du bureau du SNPHARe
09 Mai Réunion des composantes de l'anesthésie-réanimation sur le DESARMIR
12 Mai Conseil d'Administration du SNPHARe
16 Mai Réunion DGOS, ONPDS, CNP AR et CNP MIR
23 Mai Réunion cellule anesthésie de l'AP-HP
31 Mai-2 Juin Présence du SNPHARe sur le congrès de la SFMU

JUIN 2017

07 Juin Réunion du bureau du SNPHARe
12-14 Juin Séminaire Action Praticiens Hôpital (APH)
20 Juin Réunion du CNP AR
23 Juin Conseil d'Administration du SNPHARe
30 Juin Réunion pour séminaire du conseil d'administration du SNPHARe

Toute la vérité sur le temps additionnel (TTA)

Las d'entendre nos employeurs pousser des cris d'orfraies à chaque évocation d'une juste rémunération du temps de travail additionnel et bien plus encore si la moindre augmentation était évoquée, une mise au point sur ce sujet s'impose pour que chacun puisse y trouver l'argumentaire nécessaire à une négociation ferme et efficace.

Soit un praticien hospitalier (PH) souhaitant réaliser du temps additionnel. Soit une période de travail de deux semaines qui va servir de référence aux différents calculs.

NB : On fait abstraction des jours fériés pour rendre la démonstration compréhensible.

Vendredi

Sur une période de travail de 2 semaines, il fait une garde le vendredi entre ses deux semaines de travail.

Ses obligations de services sont statutairement de 20 demi-journées sur cette période.

Il va donc réaliser 22 demi-journées de temps de travail sur cette période soit 2 DJ en trop qui seront payées en temps additionnel.

- Sa direction des affaires médicales lui propose **le temps additionnel de jour**. Elle considère ainsi que le temps additionnel est la conséquence de l'absence de récupération des ces deux demi-journées qui aurait pu se faire le lundi ou un autre jour de semaine. Il touche donc son indemnité de sujétion pour la nuit de vendre réalisé soit 267,82 euros brut. En plus de cela, il va toucher 2 demi-journées de temps additionnel de jour soit 321,37 euros.

Total : 589,19.

- Sa direction des affaires médicales lui propose **le temps additionnel de nuit**. Elle considère ainsi que le temps additionnel est réalisé la nuit de vendredi. Il touche une indemnité de TTA de nuit soit 479,64 euros.

Total : 479,64 euros.

Il existe donc une différence de 109,55 euros en faveur du praticien pour le TTA de jour.

Samedi

Sur une période de travail de 2 semaines, il fait une garde le samedi entre ses deux semaines de travail.

Ses obligations de services sont statutairement de 20 demi-journées sur cette période.

Il va donc réaliser 24 demi-journées de temps de travail. À noter que le samedi matin est un jour ouvrable qui doit normalement être récupéré et ne peut générer d'indemnité de sujétion.

- Sa direction des affaires médicales lui propose **le temps additionnel de jour**. Elle considère ainsi que le temps additionnel est la conséquence de l'absence de récupération des ces trois demi-journées qui aurait pu se faire le lundi ou un autre jour de semaine. Il touche donc son indemnité de sujétion pour le samedi réalisé soit 267,82 + 133,90 euros brut, soit 401,72 euros. En plus de cela il va toucher 3 demi-journées de temps additionnel de jour soit 321,37+160,68 = 482,05 euros. Il lui reste le samedi matin à récupérer.

Total : 883,77.

- Sa direction des affaires médicales lui propose **le temps additionnel de nuit**. Elle considère ainsi que le temps additionnel est réalisé le samedi. Il touche une indemnité de TTA de jour pour l'après-midi du samedi soit 160,88 euros et deux demi-journées de TTA de nuit soit 479,64 euros. Il lui reste le samedi matin à récupérer.

Total : 640,52 euros.

Il existe donc une différence de 243,25 euros en faveur du praticien pour le TTA de jour.

Dimanche

Sur une période de travail de 2 semaines, il fait une garde le dimanche entre ses deux semaines de travail.

Ses obligations de services sont statutairement de 20 demi-journées sur cette période.

S'il prend son repos quotidien obligatoire le lundi il aura ainsi réalisé 22 demi-journées sur cette période soit 2 DJ en trop qui seront payées en temps additionnel.

- Sa direction des affaires médicales lui propose **le temps additionnel de jour**. Elle considère ainsi que le temps additionnel est la conséquence de l'absence de récupération des ces deux demi-journées qui aurait pu se faire le mardi ou un autre jour de semaine. Il touche donc son indemnité de sujétion pour le dimanche réalisé soit deux fois 267,82 euros brut, soit 535,64 euros. En plus de cela il va toucher une journée de temps additionnel de jour soit 321,37 euros.

Total : 857,01.

- Sa direction des affaires médicales lui propose **le temps additionnel de nuit**. Elle considère ainsi que le temps additionnel est réalisé le dimanche. Il touche son indemnité de sujétion pour le dimanche de jour réalisé soit 267,82 euro (ça ne peut être du temps additionnel puisqu'il perd 2 DJ le lendemain en prenant son repos quotidien) et va toucher deux demi-journées de temps additionnel de nuit soit 479,64 euros.

Total : 747,46 euros.

Il existe donc une différence de 109,55 euros en faveur du praticien pour le TTA de jour.

En conclusion

Pour un WE complet (seule période où du TTA est finalement généré), il existe un surcôt de la rémunération en TTA de jour de 462,35 (109,55+243,25+109,55) euros brut par rapport à la rémunération en TTA de nuit

Le surcôt annuel hors charge pour un employeur est donc de 24 042,20 euros (hors charge employeur) par an et par liste de garde complète (462,35x52 semaines).

Sachant que le temps additionnel ne peut se faire que sur la base du volontariat, **le praticien étant absolument libre de refuser d'en faire**, et avec un contrat précisant à la fois le volume de temps additionnel réalisé ainsi que le mode de rémunération, quelle administration hospitalière un peu censée aurait intérêt à se priver de ces 130 jours de TTA réalisés, même avec un surcôt, **quand 130 jours d'intérim médical lui coûteraient au minimum 84 500 euros hors charges et frais divers ?**

Avec le samedi matin, ce sont 8 demi-journées de TTA qui peuvent être générées chaque semaine par liste de garde, soit 208 jours par an. Cela représente 66 844 euros par an ce qui, même avec les charges employeur, est moins cher qu'un praticien hospitalier temps plein (environ 100 000 euros charges employeur comprises et cela pour 208 jours de travail par an aussi !).

Pour conclure, **le temps additionnel est bien plus intéressant pour les employeurs que le recrutement de praticiens hospitaliers**, quelle que soit la formule de rémunération. Il ne faut donc pas le brader et refuser fermement tout contrat mal écrit ou peu favorable au praticien. **Un dernier rappel le TTA de jour n'est plus intéressant dès le 7^e échelon et celui de nuit dès le premier !**

Yves Rébufat, Administrateur du SNPHARE

Le travail du praticien hospitalier

Comment travaille un PH et que nous révèle sa façon de travailler ainsi que les conditions dans lesquelles il exerce ? Le Dr Louise Gouyet-Calia dresse un portrait technique du praticien hospitalier et de l'exercice de sa profession reflétant à la fois les textes de Loi le concernant et la réalité du terrain. Une réalité qui a parfois, voire souvent, des conséquences sur les conditions de travail des PH.

UN ÉTAT DES LIEUX POUR COMMENCER...

Le travail du médecin hospitalier est régi par :

- une législation européenne (DE n°2003/ 88/CE du 4 nov. 2003 concernant l'aménagement du temps de travail),
- une législation nationale (Loi HPST et Loi Touraine),
- une réglementation nationale (le décret n° 84-131 modifié du 24 février 1984 portant sur le statut des PH (révisé plus de 20 fois depuis sa parution !) inscrit au CSP (art.R.6152-1 et suiv.),
- l'arrêté du 30 avril 2003 sur l'organisation des le permanence des soins (PDS),
- le règlement intérieur de l'Etablissement Public de Santé (EPS) où exerce le praticien.

Les conditions de travail et les conséquences qu'elles peuvent avoir sur la qualité des soins directement ou indirectement au travers de leurs incidences sur le comportement, la motivation et la psychologie du praticien sont de plus en plus mises sur le devant de la scène.

Il est donc nécessaire d'avoir une réflexion sur le travail du praticien hospitalier en définissant sa durée et les répercussions sur les conditions de travail afin de pouvoir proposer des axes d'amélioration.

Le temps de travail :

Le travail est divisé en une période de jour et une période de nuit. Le PH bénéficie de 25 jours de congés annuels, 19 jours de RTT et de 15 jours ouvrables de formation par an. Il existe 2 façons de comptabiliser le temps de travail : soit en demi-journée (DJ) soit en temps médical continu (TMC).

■ En demi-journée :

Le service hebdomadaire est fixé à 10 DJ (entre le lundi et le samedi matin inclus), sans que la durée de travail n'excède 48h lissées sur 4 mois. Lorsqu'il est effectué de nuit, celui-ci est compté pour 2 demi-journées.

Depuis le 16 novembre 2016, le service hebdomadaire comprend une période de jour (2 DJ) une période de nuit (2 DJ) et une 3^{ème} demi-journée qui débute après la période de jour, pour des activités programmées exclusivement de jour. Cette 3^{ème} DJ est créditée dans les

obligations statutaires hebdomadaires du PH si sa durée est de 4 heures continues ou 5 heures discontinues. Elle ne peut pas être prise en compte pour 1 DJ de la permanence de soins !

La distinction période de jour et période de nuit doit être précisée dans le règlement intérieur de l'établissement : la période de jour est en général établie de 8h30 à 18h30 (ou 8h-18h), ces horaires étant des bornes, la période de travail effective pouvant être inférieure. Par contre, la période de nuit ne peut excéder 14h.

■ En temps médical continu :

Il existe des services dérogatoires (anesthésie-réanimation, SAMU, SMUR et SAU, gynéco-obstétrique à plus de 2000 accouchements par an, néonatalogie, réanimation) qui peuvent être en temps médical continu : l'obligation de service est alors calculée en heures avec également une borne maximale à 48h/semaine, en moyenne sur une période de quatre mois.

Le repos quotidien :

Le PH bénéficie aussi d'un repos quotidien de onze heures consécutives minimum par période de 24h (temps de jour + garde). Par dérogation, il peut accomplir une durée de travail continue de 24h à condition de bénéficier d'un repos d'une durée équivalente à l'issue de cette période. Pour les astreintes, le repos minimum quotidien est garanti à la fin du dernier déplacement. Le temps de déplacement constitue un temps de travail effectif, comme le temps d'intervention sur place.

Les plages additionnelles :

Le temps de travail additionnel (uniquement reconnu de jour maintenant, arrêté du 4/11/2017 applicable au 1er juillet 2017) peut être réalisé par le praticien sur la base du volontariat et de façon contractuelle. Ce temps additionnel est une conséquence du manque d'effectifs pour certaines spécialités.

Il est décompté au-delà de la 48^{ème} heure et peut donner lieu soit à récupération, soit à une capitalisation sur le CET, ou alors au versement d'indemnités, selon le choix du praticien.

L'indemnisation du TTA de même que l'indemnisation

de la PDS ne sont pas calculées en fonction de l'échelon. En revanche, si le PH choisit la capitalisation sur le CET, quand celui-ci prendra ses jours, ils seront payés à hauteur de 300 euros !

Les valences :

En cours de validation, les valences seront proposées sous forme de contrat regroupant des activités non cliniques (recherche, enseignement, contributions à des actions de vigilances, participation aux sociétés savantes), accessibles à tous pour une durée déterminée. Le temps pour effectuer ces missions doit être clairement identifié et compensé par du temps médical ! Les valences ne seront pas définies comme des activités d'intérêt général (activités extérieures à l'établissement d'affectation, parfois rémunérées) qui, elles, sont déjà inscrites dans le statut et à concurrence de 2 DJ/sem.

Les répercussions sur les conditions de travail :

L'intensification du travail désigne le degré de mobilisation forcée des capacités humaines dans l'activité professionnelle. L'accélération des cadences et le manque d'effectifs (travail sur 2 salles ainsi que l'extension des horaires de jour, *numerus clausus*) entraînent non seulement une souffrance physique traduite par des troubles musculo-squelettiques (indicateur TMS), mais aussi une souffrance morale. Sur le plan éthique, les PH se plaignent de ne plus avoir le temps suffisant aujourd'hui pour assurer un travail de qualité et dans les règles de l'art.

Face à l'intensification du travail, il devient nécessaire de retrouver un espace d'échanges et la possibilité de coopérer pour lutter contre les difficultés de l'isolement. L'augmentation de la productivité dégrade la qualité des soins et entraîne une augmentation du coût de la prise en charge. Au sein de l'organisation du travail, l'absence de maîtrise de son emploi du temps pour certaines spécialités avec comme corollaire un déficit d'autonomie professionnelle est également une source de souffrance au travail.

LES PROPOSITIONS DU SNPHARE POUR CONCLURE...

Il est urgent de faire des propositions pour mettre en place des mesures d'attractivité pour les spécialités en souffrance.

Décompte en DJ ou en TMC ?

■ Si le praticien participe à la PDS (garde et astreinte) et/ou si sa spécialité lui confère un travail posté dans un bloc opératoire, sur un plateau technique avec des horaires d'ouverture, un décompte en heures



paraît souhaitable. Pour toutes les autres spécialités où le praticien ne participe pas à la PDS, il semble plus judicieux d'avoir un décompte en DJ car il n'y a pas de dimensionnement horaire.

- Le décompte des obligations de service en DJ ou en heures devrait, de toute façon, être au choix du praticien (ou de l'équipe/du service).
- Un temps de travail réglementaire de 39 h hebdomadaires doit être inscrit au statut comme durée légale du travail du praticien hospitalier (car nous bénéficions de 19 jours de RTT) et 24h de travail continu doivent être créditées de 5 DJ et la période de nuit de 3 DJ. L'effectif cible des équipes devra en tenir compte.
- Le delta 39-48h doit être comptabilisé à la hauteur de 2 DJ ou compensé par une valorisation salariale majorée de 25 %. L'effectif cible des équipes sera ajusté en conséquence.

Comment améliorer nos conditions de travail ?

- Une limitation mensuelle de la participation à la PDS doit être instaurée, sans pouvoir imposer au praticien plus d'une journée par semaine et un samedi, dimanche ou jour férié par mois.
- Prise en compte de la pénibilité de la PDS avec un nombre de gardes butoir par quadrimestre. Au-delà, la PDS sera faite sur la base du volontariat et avec une indemnisation différente (revalorisation ?).
- Le travail non clinique doit être pris en compte à hauteur de 20 % ou 2 DJ par semaine (non contractuel sauf pour des activités extrahospitalières) cela revenant à une semaine de temps clinique à quatre jours. Offrir la possibilité d'un travail clinique de 80 % et de gérer son planning de façon annuelle.
- Définir de nouveaux indicateurs de suivi d'activités intégrant notamment la qualité des soins et le bien-être au travail. Aujourd'hui, seule la productivité est prise en compte.
- L'obligation pour les services d'assurer la formation médicale continue de tous les PH (utilisation des 15 jours de FMC) et possibilité d'offrir une enveloppe annuelle de financement par PH.

Louise Gouyet-Calia, Trésorière adjointe du SNPHARE

Quelle évolution de la DETT prévue à l'échelon européen ?

La Commission Européenne a pris l'initiative, comme la réglementation européenne le lui impose (tous les cinq ans, les États membres et la Commission rédigent un rapport sur la mise en oeuvre pratique des Directives), d'actualiser la Directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil, du 4 novembre 2003, concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail (DETT).



Dans un souci de clarté et de transparence du droit communautaire, cette Directive codifie l'ancienne Directive de base 93/104/CE du Conseil, du 23 novembre 1993, ainsi que sa modification par la directive 2000/34/CE, du 22 juin 2000, du Parlement européen et du Conseil. Elle vise à la création d'un équilibre entre l'objectif principal de sécurité et de santé des travailleurs d'une part, et les besoins d'une économie européenne moderne de l'autre.

Cette DETT avait été élaborée en 1993 en application de l'article 31 (2) de la **Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne**: " tout travailleur a droit à la limitation des heures de travail maximales, aux périodes de repos quotidiennes et hebdomadaires et à une période annuelle de congé payé ".

UNE HISTOIRE RICHE

Cette DETT est adoptée en 1993 (DE 1993/104/CE) pour protéger les travailleurs de l'Union Européenne, elle comporte essentiellement des durées de repos obligatoires journaliers, hebdomadaires et annuels et une durée maximale de travail hebdomadaire de 48h (art. 6), temps de garde sur place inclus, temps

d'astreinte non déplacée exclus. Tout travailleur peut déroger (*opt-out*) à cette dernière disposition et travailler plus de 48h par semaine, sur la base d'une décision volontaire individuelle, contractualisée avec l'employeur (temps additionnel). Cette disposition intégrée à la DE en 1993, sous la pression du Royaume-Uni, est périodiquement remise en question par les organisations syndicales des employés qui veulent la supprimer alors que les représentants des employeurs souhaitent l'inscrire définitivement dans le texte de la DE pour permettre, au moins temporairement, des durées de travail hebdomadaires pouvant aller jusqu'à 65 heures.

Les deux tentatives législatives de révision de la DETT entre le Conseil et le Parlement ont échoué en 2004 et en 2009. Le SNPHARE, la Fédération Européenne des Médecins Salariés (FEMS) et l'ensemble des Organisations Médicales Européennes avaient effectué un travail de lobbying puissant et coordonné, qui a permis la réussite de ces bras-de-fer législatifs.

La Commission a lancé en octobre 2009 **une première phase de Consultation des partenaires sociaux au niveau de l'Union au titre de l'article 154 du TFUE**, afin d'examiner de quelle façon réviser la DETT pour tenir compte de l'évolution des conditions de travail dans l'Union Européenne. En effet, selon la Commission, la législation devrait permettre une plus grande flexibilité en matière d'organisation du travail, en particulier concernant :

- la détermination des horaires de travail. La Commission remarque que si la durée hebdomadaire moyenne de travail est en baisse en Europe, il existe de grandes variations en fonction des secteurs et des individus qui peuvent négocier des horaires spécifiques avec leur employeur,
- la détermination du temps de travail devrait prendre en compte les intérêts des travailleurs et la com-

pétitivité des entreprises; le calcul des temps de garde, c'est-à-dire les périodes durant lesquelles les travailleurs restent présents sur leur lieu de travail sans travailler (périodes inactives). Les gardes sont notamment utilisées dans les services de soins de santé et d'urgence (police, pompiers, etc.),

- la période de référence servant au calcul du temps maximal de travail hebdomadaire. En effet, une extension de cette période permettrait notamment de tenir compte des variations saisonnières de la production de certaines entreprises,
- la programmation des périodes minimales de repos hebdomadaires et quotidiennes, ainsi que leur report immédiat ou différé.

L'Allemagne informe la Commission qu'elle n'est pas favorable à une nouvelle proposition durant les 2 prochaines années. Mais le gouvernement suédois, soutenu par le Danemark, la Finlande et l'Autriche, appelle à la réouverture d'un processus de révision le plus tôt possible, estimant que la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union Européenne a rendu la situation intenable dans les établissements de santé (arrêts SiMAP, Jaeger, Pfeiffer, Dellas).

Les réponses fournies par les représentants des travailleurs et des employeurs de l'UE lors de la première phase de la consultation (à laquelle les Organisations Médicales Européennes ont participé) ont fait clairement apparaître un large consensus quant à la nécessité impérieuse d'apporter des changements aux règles actuelles relatives au temps de travail. Il y a aussi un large consensus sur le fait que les règles de l'UE relatives au temps de travail devraient laisser aux représentants des travailleurs et des employeurs une plus grande souplesse pour pouvoir négocier les détails de mise en œuvre au niveau approprié.

DE LA DIFFICULTÉ DE TROUVER UN ACCORD...

Le 21 décembre 2010, la Commission lance la **deuxième phase de Consultation des partenaires sociaux au niveau de l'Union**. Au 31 décembre 2012, les partenaires sociaux ne sont pas parvenus à un accord qui leur aurait permis de présenter une Directive modificative.

En l'absence d'accord entre les partenaires sociaux,

la Commission pouvait présenter alors sa Proposition de modification de la Directive, ce qu'elle n'a pas fait, du fait de l'opposition permanente de la France et de l'Allemagne à un nouveau processus législatif de révision.

De 2013 à 2016, la Commission a relancé le travail de révision par **Consultation publique des partenaires sociaux des Etats Membres (sauf la Hongrie)** du 01/12/2014 au 18/03/2015 sur la mise en oeuvre pratique de la DETT. La Commission a publié début 2017 son travail d'examen :

Large consensus sur la nécessité d'apporter des changements aux règles actuelles relatives au temps de travail pour représenter des travailleurs et des employeurs de l'UE

- le temps de travail hebdomadaire : on constate une légère diminution des heures de travail hebdomadaires moyennes des employés (travail principal): 36,3 heures dans l'UE-28 en 2015 (36,9 heures en 1995 dans l'UE-15).

- heures de travail hebdomadaires moyennes stables pour les employés à plein temps (travail principal): 40,3 heures dans l'UE-28 en 2015 (40,3 en 1995 dans l'UE-15),

- en 2015, plus de 8,5 millions de personnes ont un deuxième emploi.

- en 2015, un salarié sur dix dans l'UE-28 a déclaré travailler habituellement plus de 48 heures par semaine.

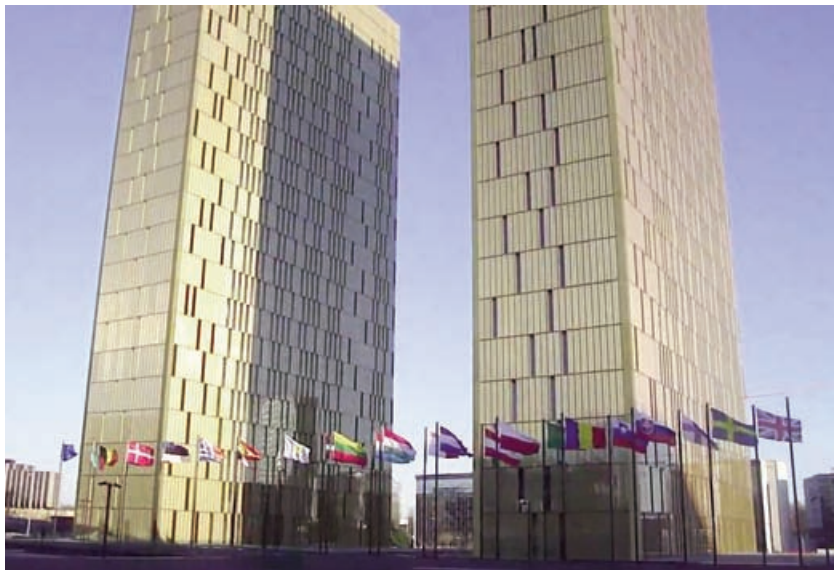
- le travail posté (une, deux ou plus de deux périodes récurrentes pendant lesquelles différents groupes de travailleurs font les mêmes emplois en relais) et le travail de nuit:

- augmentation du pourcentage de salariés postés en général : 12,3 % du total des salariés en 1995 dans l'UE-15 à 16,2 % en 2015 et 18,4% dans l'UE-28.

- légère augmentation du pourcentage d'employés travaillant habituellement pendant la nuit: de 5,8 % en 1995 pour l'UE-15 jusqu'à 6,8% en 2015 pour l'UE-15 et 6,5 % pour l'UE-28.

On constate des améliorations depuis 2010, **mais les problèmes restent largement identiques :**

- Problème de conformité le plus courant: l'utilisation de dérogations sur le repos quotidien et hebdomadaire,
- Perspectives de problèmes concernant des groupes spécifiques de travailleurs, en particulier les travailleurs du secteur public (forces armées, hôpitaux, police et pompiers),
- La dérogation (*opt-out*) aux 48h hebdomadaires



La Cour de justice de l'Union européenne de Luxembourg a jugé 61 cas concernant la Directive sur le temps de travail...

est utilisé par 18 États membres: la Croatie et l'Autriche sont de nouveaux utilisateurs de cette disposition depuis 2010,

- Les mesures de protection liées à l'utilisation de l'opt-out sont largement respectées.

La Cour de justice de l'Union européenne de Luxembourg a jugé 61 cas concernant la Directive sur le temps de travail (93/104, 2000/34 et 2003/88) dont 51 étaient des références préliminaires, 9 procédures d'infraction signalées par la Commission et 1 procédure d'annulation, 5 cas sont toujours en attente. Les cas proviennent de 16 États membres, l'Allemagne, l'Espagne et le Royaume-Uni étant les plus représentés.

DETT : PILIER DES DROITS SOCIAUX À UTILISER CORRECTEMENT

En conclusion de cette Consultation publique, il apparaît que **la DETT reste un instrument pertinent** dans le monde du travail d'aujourd'hui, mais on constate un besoin pressant d'apporter une clarté et une orientation sur son contenu et son application.

Dans le programme de travail 2017 de la Commission concernant les nouvelles Initiatives à prendre on retrouve l'élaboration d'un **pilier européen des droits sociaux** : " à la suite de la consultation publique, l'initiative exposera sa proposition pour un pilier des droits sociaux (Q1/2017) et présentera des initiatives connexes, telles que [...] la mise en œuvre de la directive sur le temps de travail (non législatif) [...] ".

La Commission propose **de conserver la DETT non**

amendée tout en assurant sa clarté juridique et sa bonne application :

compilation et clarification des dispositions de la DETT et de leur interprétation découlant de la jurisprudence de la Cour dans un document unique, basé sur la jurisprudence et les documents historiques et comprenant l'interprétation propre de la Commission (clairement identifiable). Elle va donc analyser l'état d'avancement de la transposition de la Directive et identifier les problèmes qui subsistent ou qui en découlent. Elle utilisera comme sources les rapports des États membres, les rapports des partenaires sociaux, la recherche juridique propre, les infractions et plaintes antérieures, les rapports de mise en œuvre antérieurs, l'avis des experts nationaux en droit du travail.

AU TOTAL

Le rôle des partenaires sociaux, en particulier les Organisations Médicales Européennes au premier rang desquelles la FEMS et le SNPHARe, sera donc une fois de plus fondamental pour garantir des conditions de travail décentes pour les médecins hospitaliers, garantes de la sécurité des patients qui leur sont confiés.

*Dr Claude WETZEL
Chargé de mission Affaires Européennes
FEMS Immediate past-president*



LE CENTRE HOSPITALIER DE L'ARRONDISSEMENT DE MONTREUIL-SUR-MER RECHERCHE

Anesthésistes Réanimateurs et Réanimateurs

Pour ses services de Réanimation et d'Anesthésie. Activité exclusive sur chacune des spécialités ou conjointe sur les deux disciplines.

Etablissement de référence sur le littoral :

Situé sur la Côte d'Opale, au carrefour du Touquet, de Montreuil et de Berck, le CHAM intervient sur un territoire qui varie de 115 000 habitants à près de 500 000 en période estivale.

- > 1 300 salariés
- > 7 pôles d'activité
- > 250 lits et places d'hospitalisation en MCO
- > 40 lits de soins de suite et réadaptation
- > 45 lits de psychiatrie
- > 550 lits médico-sociaux
- > 380 séjours en réanimation
- > 500 séjours en soins continus
- > 3 400 séjours chirurgicaux
- > 29 000 passages aux urgences
- > 1 400 sorties SMUR
- > 1 000 naissances

Le service d'anesthésie réanimation :

- > Une réanimation polyvalente adulte (8 lits) et USC (6 lits).
- > Une unité d'Anesthésie-Chirurgie Ambulatoire en plein essort .
- > Activité de chirurgie digestive/vasculaire/urologique/traumatologique/gynécologique/dentaire sur 6 salles de bloc, 2 salles d'endoscopie, 1SSPI, 1 bloc obstétrical.
- > Plateau technique anesthésique et réanimatoire complet : échographie, AIVOC, NIRS, doppler oesophagien, impédance thoracique, thermodilution trans pulmonaire, entropie, fibroscope bronchique, hémofiltration...
- > Techniques anesthésiques plurielles, accompagnement hypnotique.

Equipement radiologique : IRM et 1 scanner.

Nous vous proposons :

- > L'opportunité de rejoindre des équipes compétentes et dynamiques.
- > Un environnement de travail agréable dans un établissement moderne.
- > Une situation dans un établissement à taille humaine et privilégiant les rapports interpersonnels.
- > Une autonomie et de la diversité dans le travail.

Ce poste vous intéresse ? Adressez votre candidature à

Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil-sur-Mer
140 chemin départemental 191 - CS 70 008 - 62180 Rang du Fliers
Mme LANGELLIER - Directeur adjoint affaires médicales - alangellier@ch-montreuil.fr
Mme SPEHNER - lspehner@ch-montreuil.fr - Tél. : 03 21 89 38 58
Dr Mathieu DETAVE - Chef de pôle - mdetave@ch-montreuil.fr - Tél. : 03 21 89 35 33
Retrouvez-nous sur www.ch-montreuil.fr et rejoignez-nous sur Facebook



Le CH de Saint-Quentin En Picardie, situé dans l'Aisne

Au centre de 4 CHU, à 1h environ de Reims, de Lille et 45 minutes d'Amiens, 1h30 de Paris, offre une activité de médecine d'urgence polyvalente et variée : Urgences-SMUR.

Pour tout complément d'informations :

Possibilité de contacter
M. le Dr NASR Farid
chef de service
f.nasr@ch-stquentin.fr
03 23 06 72 02

Adresser candidature et curriculum vitae à :

Monsieur le Directeur
B.P. N608°
02321 SAINT-QUENTIN CEDEX
03 23 06 73 40
directiongenerale@ch-stquentin.fr



RECRUTE UN MEDECIN URGENTISTE H/F

Pour renforcer l'équipe du Service d'Accueil et d'Urgence

Les urgences assurent une mission de service public par l'accueil permanent des patients 7/7, 24h/24, environ 33 550 passages par an.

Il dispose d'un service SMUR Primaire, Secondaire (route et hélicoptère), environ 2600 sorties par an.

Profil candidat :

Etre titulaire du DESC Médecine d'Urgence ou lauréat de la PAE ou titulaire d'un doctorat en médecine générale.



Le CHIHC Recrute 1 Anesthésiste-réanimateur Inscrit à l'Ordre des Médecins

Il s'agit d'un poste pour "remplacement" ou d'un poste CDI.

L'Equipe d'Anesthésiste-réanimateurs composée de 8 praticiens fait fonctionner 6 blocs + 1 bloc identifié "césariennes".
Les lits de chirurgie concernent les spécialités suivantes : Traumatologie & orthopédie + Chirurgie générale & viscérale et urologie + ORL + gynécologie-obstétrique (1200 accouchements/an et 50 % sont des accouchements sous péridurale).

Le TT est décompté en temps continu (39 H/semaine) et la PDS est assurée sous forme de Garde sur place + 1 IADE.
L'Equipe "salle de réveil" est composée de 12 postes & 2 IDE.

Pour tout renseignement : Contacter Dr GRISLIN Isabelle - Chef d'Unité

Lettre de CANDIDATURE + CV sont à adresser à :

M. VOLLE Olivier - Directeur - Centre Hospitalier Intercommunal de Haute-Comté
2, Faubourg St Etienne - CS 10329 - 25304 - PONTARLIER Cedex - Email : c.querry@chi-hautecomte.fr



Le CH d'Auxerre, Centre de référence du Sud Yonne - Haut Nivernais, 170 km de Paris, 150 km de Dijon, axe autoroutier (A6) et ferroviaire (1h35 de Paris en TER) 430 lits de MCO, 80 lits de SSR - Réanimation médico-chirurgicale (10 lits réa, 4 lits USC) - Cardiologie interventionnelle (24 lits cardio, 8 lits USIC) - Unité de médecine vasculaire - Néonatalogie niveau 2B, urgences pédiatriques - Radiologie conventionnelle, scanner, IRM - Chirurgie générale, viscérale et digestive, orthopédique et traumatologique, vasculaire, urologie - SAU, SMUR terrestre et hélicoptère - Recrute h/f

ANESTHÉSISTES - RÉANIMATEURS

Pour plus d'informations contactez :

- Docteur DELLINGER, chef de pôle : pdellinger@ch-auxerre.fr - 03.86.48.48.29
- Madame GUIMARD, Adjointe DRH AM : aguimard@ch-auxerre.fr - 03.86.48.46.39

→ Adressez votre CV + lettre de motivation à l'attention du
Directeur des Ressources Humaines et des Affaires Médicales
personnel@ch-auxerre.fr

CH d'Auxerre, 2 boulevard de Verdun - BP 69 - 89011 Auxerre Cedex
Retrouvez nos offres d'emploi sur notre site internet : www.gcs-syhn.fr



AXIAL



MÉDECIN ANESTHÉSISTE - RÉANIMATEUR AU CHRU DE NANCY

Recrutement sur statut praticien contractuel avec perspective d'installation praticien hospitalier

LIEU D'EXERCICE

Etablissement hospitalo-universitaire de 1900 lits et places, disposant sur la cardiologie et la chirurgie cardiaque d'un plateau technique récent. Etablissement de référence sur la région, au 10^{ème} rang français sur la recherche et à proximité de Paris (1h30 par TGV).

Département d'anesthésie-réanimation à l'hôpital de Braibois.

ACTIVITES CLINIQUES

• Anesthésie en chirurgie digestive, ORL, ophtalmologie, urologie et endoscopies digestives (adultes) (hors chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle) • Consultation d'anesthésie • Participation à la permanence des soins.

Personne à contacter :

- Pr MEISTELMAN - Chef du Département d'Anesthésie-Réanimation
c.meistelman@chru-nancy.fr
- Yasmine SAMMOUR - Directrice des affaires médicales - y.sammour@chru-nancy.fr



C.H.I.C. UNISANTE+

HÔPITAUX PUBLICS DE FORBACH ET SAINT AVOLD

Département de la Moselle
à proximité de l'Allemagne, du Luxembourg
et de la Belgique

Recrute
Un Urgentiste
Un Anesthésiste-Réanimateur



Pour tout renseignement, contacter :

Véronique BOULAY
Tél. : 03 87 88 80 16
E-mail : veronique.boulay@unisante.fr
christelle.boudengen@unisante.fr
secretaire.direction@unisante.fr

Les candidatures accompagnées
d'un curriculum vitae sont
à adresser à :

Madame le Directeur du CHIC
UNISANTE+
Centre Hospitalier Marie Madeleine
de FORBACH
2, rue Thérèse - BP 80229
57604 FORBACH CEDEX
Fax : 03 87 88 80 26



Le CHU de Rennes est un établissement dont le site principal, Pontchaillou, se situe dans le centre de Rennes, capitale régionale, ville attractive, dynamique et étudiante (prochainement à moins d'1h30 de Paris).



Le CHU de Rennes Recherche :

Des Anesthésistes-Réanimateurs

Les missions des anesthésistes consistent à assurer la prise en charge anesthésique, en consultation, au bloc opératoire et en péri-opératoire.

Les activités proposées se caractérisent par une grande diversité (chir. ortho traumat, viscérale, digestive, urologique, cardiaque, thoracique, vasculaire, ORL, OPH, neurochirurgie, activité interventionnelle - neuroradiologie, cardiologie, endoscopie - maternité, chirurgie gynécologie, chirurgie pédiatrique, ...). Le pôle supervise 3 réanimations (chirurgicale, chirurgie thoracique cardiaque et vasculaire, pédiatrique).

Une démarche d'amélioration du fonctionnement des blocs opératoires est en cours. Un bloc commun sera prochainement livré. Des chartes de bloc sont appliquées dans chaque secteur.

Les praticiens ont la possibilité de participer à la permanence des soins. L'établissement rémunère les praticiens au-delà des leurs obligations de service sur la base du temps de travail additionnel.

Des projets spécifiques (recherche, enseignement) peuvent être poursuivis en fonction des choix et appétences des praticiens.

Rattachement hiérarchique :

Chef de service anesthésie-réanimation.

Chef de pôle Anesthésie-SAMU-Urgences-réanimations, médecine interne et gériatrie.

Formation :

DES anesthésie (ou équivalent) et formations complémentaires (le cas échéant).

Conditions de recrutement pour les 2 spécialités : Statut. A négocier.

Si vous êtes intéressés, vous pouvez contacter - Monsieur le Professeur Claude ECOFFEY

Chef de Pôle Anesthésie-SAMU-Urgences-Réanimations - Médecine interne et gériatrie - Tél. : 02 99 28 24 22 (secrétariat)

Monsieur Julien CHARLES - Directeur des Affaires Médicales - Tél. : 02 99 28 42 83 (secrétariat) - Mail : dam-secretariat@chu-rennes.fr

Des Médecins Urgentistes (ou Médecins Généralistes souhaitant se spécialiser en médecine d'urgence) pour son service SAMU - SMUR - Urgences médico-chirurgicales adultes (plus de 50 000 passages par an).

Ce service, dans un bâtiment neuf, est constitué de 5 unités : Accueil et triage (sous la responsabilité du médecin d'accueil et d'orientation)/Circuit court (3 box)/Circuit long (zone 1 et zone 2 ; 17 box)/Salle d'accueil des urgences vitales (3 places)/Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (18 lits).

Une démarche d'amélioration du fonctionnement est en cours portant sur l'organisation interne avec un nouveau management médical (nouveau chef de service) et le parcours du patient.

Missions :

- Activité clinique du service des Urgences et SAMU (régulation) - SMUR (pré-hospitalier).

- Gardes au service des Urgences et SAMU-SMUR.

- Participation à toutes les activités de soins du service des urgences : staff hebdomadaire, discussion de cas cliniques, RMM bimensuelles, Réunions bibliographiques tous les 2 mois, enseignement des internes et des externes, activités de recherche (inclusions de malades, recueil de données), activités d'évaluation des pratiques professionnelles, réunion de service mensuelle, débriefing du matin après chaque garde.

Les praticiens participent à la permanence des soins. L'établissement rémunère les praticiens au-delà des leurs obligations de service sur la base du temps de travail additionnel. Le « Référentiel Urgences » est en cours de mise en œuvre (temps continu appliqué, temps non clinique accordé). Des projets spécifiques (recherche, enseignement) peuvent être poursuivis en fonction des choix et appétences des praticiens.

Formation attendue :

- Capacité de médecine d'urgence - DESC Médecine d'urgence - Possibilité d'accompagnement par l'établissement pour disposer de formations requises.



CENTRE HOSPITALIER
DES PAYS DE MORLAIX



LE CENTRE HOSPITALIER DES PAYS DE MORLAIX (29) établissement de 1002 lits et 243 places avec des activités MCO-Psychiatrie-SSR-USLD-EPHAD recherche afin de compléter son équipe médicale :

UN PRATICIEN HOSPITALIER (H/F) OU PRATICIEN CONTRACTUEL TEMPS PLEIN EN ANESTHESIE. STATUT DE CLINICIEN HOSPITALIER

Le poste sera à pourvoir le 1^{er} juin 2017.

Expérience souhaitée.

Il s'agit d'un poste à fort potentiel qualitatif et quantitatif.

Qualités requises :

Capacité à travailler en équipe et en interdisciplinarité, qualités d'écoute et relationnelles, adaptabilité, capacité à la communication.

Région très accueillante, qualité de vie incomparable (bord de mer, vie culturelle, associative, artistique développée, à moins de 4 h de Paris en TGV, 2 h de Rennes, 30 mn de Brest).

Vous pouvez faire parvenir vos candidatures à la Direction des Affaires Médicales :

Centre Hospitalier des Pays de Morlaix
15, rue de Kersaint Gilly - 29672 MORLAIX
Tél. : 02 98 62 69 11
Courriel : azarella@ch-morlaix.fr



Le Centre Hospitalier Anancy Genevois (CHANGE) recrute dans le cadre de son développement sur les sites d'ANNECY et de ST JULIEN

DES ANESTHESISTES au sein d'une équipe de 23 praticiens

Le CHANGE, établissement hospitalier de référence régionale de 1 400 lits et places, propose un exercice diversifié compte tenu d'un plateau technique performant avec l'ensemble des spécialités chirurgicales y compris neurochirurgie, chirurgie cardiaque, chirurgie thoracique et vasculaire, chirurgie maxillo-faciale. Cadre de vie exceptionnel entre lacs et montagne.

Proximité de LYON (1h30) GRENOBLE (1h15) GENEVE (30mn).

Profil du médecin : type de contrat ou de statut à étudier selon le candidat

Contacts :

Dr Bruno PIOCELLE : tél. 04 50 63 63 47 - bpiocelle@ch-anneceygenevois.fr

Direction des Affaires Médicales : tél. 04 50 63 62 03 - pcollet1@ch-anneceygenevois.fr ou lmarin@ch-anneceygenevois.fr





Le Centre Hospitalier de Saint Jean d'Angély, en direction commune avec le Centre Hospitalier de Saintonge et situé au cœur de la Charente Maritime (30' du bord de mer, 45' de La Rochelle et 1h15 de Bordeaux)

Recrute un praticien temps plein et/ou temps partiel

Vous intégrerez un établissement composé de 388 lits et une équipe d'urgentistes composée actuellement de 8 praticiens.

Le service est organisé en 2 lignes de 24h. Vous assurerez également les 6 lits de soins de surveillance continus.

Possibilité d'être recruté sur un poste PH prioritaire.

Pour tout renseignement, contacter :
La Directrice des Affaires Médicales - Mme COULODOU
l.couloudou@ch-angely.fr - 05 46 95 19 46



Le Centre Hospitalier de Périgueux (24), hôpital de référence du département de la Dordogne, à 1h20 de Bordeaux, situé dans un cadre agréable, doté d'un projet médical dynamique, 517 lits de MCO, 9 000 actes chirurgicaux, Maternité de niveau 2B, 1 800 accouchements. Plateau technique neuf : 12 salles d'intervention au Bloc Opérateur.

Recrute pour renforcer ses équipes médicales

Deux médecins anesthésistes à temps plein ou temps partiel

Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins Requisite. Organisation en temps continu (horaire). Temps additionnel rémunéré. Repos de garde systématique.

Deux médecins réanimateurs à temps plein ou temps partiel

Service de Réanimation polyvalente de 15 lits + 4 lits de soins continus.
 Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins Requisite. Temps additionnel rémunéré.
 Repos de garde systématique.



Contact :
da.am@ch-perigueux.fr
Tél. : 05 53 45 25 58



Bloc opératoire récent, équipements neufs, échographes dédiés à l'anesthésie.

Activité polyvalente et non sectorisée, représentée par :

- Chirurgie orthopédique et traumatologique.
- Chirurgie vasculaire et thoracique.
- Chirurgie digestive et bariatrique.
- Chirurgie de spécialités ORL, stomato et ophtalmologique.
- Gynécologie et obstétrique (Maternité de niveau III - 1500 accouchements/an).
- Chirurgie pédiatrique (générale et orthopédique – réanimateur pédiatrique sur place).
- Endoscopie, radiologie et cardiologie interventionnelles.
- Activités d'urgences avec 2 salles dédiées 24h/24 au sein du bloc opératoire.

LE CENTRE HOSPITALIER DE PAU (64) RECRUTE MEDECINS ANESTHESISTES À PLEIN TEMPS

Postes à pourvoir immédiatement
 Pour rejoindre une équipe dynamique de 13 praticiens

Gardes sur place (MAR et IADE) et astreintes mobilisables (MAR et IADE).

Cadre de vie très agréable, à une heure des pistes de ski, du Parc National des Pyrénées, et des plages de l'atlantique (Pays Basque, Landes) dans une ville universitaire et une agglomération de 150 000 habitants.

Pour tous renseignements, contacter le Dr Olivier Tueux
Secrétariat : 05 59 72 48 23
Ligne directe : 05 59 72 67 58
Mail : olivier.tueux@ch-pau.fr



Le Centre Hospitalier de Mont de Marsan (40) Recrute un médecin anesthésiste

Poste de praticien hospitalier ou d'assistant spécialiste
 Temps plein à pouvoir dès maintenant

- **Equipe de 10 anesthésistes pour un bloc polyvalent de 8 salles + bloc obstétrical de 4 salles (85 % APD).**
- Activité en chirurgie digestive, orthopédie, urologie, vasculaire, ORL, endoscopie, gynécologie et maternité (1400 accouchements – niveau 2b) – 38 % de chirurgie ambulatoire hors endoscopie.
- 10 000 actes d'anesthésie annuels, 7000 consultations externes.
- AG, ALR (trois échographes), dossier informatisé, équipement de bon niveau.

- Garde sur place avec repos de sécurité et IADE d'astreinte.
- Service validant pour la spécialité avec 2 à 3 DESAR.
- Activité libérale possible.

Projet de bloc opératoire neuf pour 2020.
 Activité en extension régulière de bonne notoriété dans un établissement pivot sur son territoire.

Contact :
Direction des Affaires Médicales
affaires-medicales@ch-mt-marsan.fr - 05 58 05 10 24
Site internet : www.ch-mt-marsan.fr



Recherche Chef de Service Urgences – SAMU – SMUR Praticien hospitalier temps plein

Etablissement de recours, support de la G.H.T., siège du SAMU de l'Orne.

L'Etablissement compte 3 SMUR dont un hélicoptère, 50 500 passages aux Urgences et 2 500 sorties SMUR.

L'Etablissement offre un plateau technique comprenant :

- › Réanimation/USC
- › USC/Cardiologie
- › UNV/Neurologie
- › Néphrologie/Dialyse
- › Néonatalogie/Pédiatrie
- › Maternité niveau 2A
- › Scanner H 24
- › Urgences Adultes et Urgences pédiatriques H24

Pour tous renseignements, merci de Contacter le :

Docteur Benoît THIPHAGNE - Tél. : 02 33 32 75 76

Adresser candidature écrite et curriculum vitae à :

Madame BELGODÈRE - Direction des Affaires Médicales

Tél. : 02 33 32 30 01 - Mail : dam@ch-alencon.fr



Le travail à Gap et son environnement « nature » vous attirent. Rejoignez nous, nous vous attendons !

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DES ALPES DU SUD GAP - SISTERON, RECRUTE

ANESTHESISTE

PRATICIEN HOSPITALIER TEMPS PLEIN

PHAR dans le pôle chirurgie/algologie/anesthésie (8.3 ETP) ; possibilité de rotation en réanimation polyvalente en garde ou en poste.

Permanence sur place :

1 PHAR de permanence pour bloc opératoire, maternité et SSPI.

1 permanence/semaine, 1 samedi ou 1 dimanche/4 semaines avec 1 IADE de garde + 1 IADE d'astreinte, la nuit et WE (pour SSPI 24h/24, maternité et 2 salles d'opération).

Dédié bloc opératoire/maternité :

- Bloc opératoire : 6 salles d'opération, 1 IADE par salle.
- Maternité : 1100 accouchements/an en moyenne (75% d'analgésie péridurale).
- Consultations de spécialités anesthésie.
- Dans le futur proche : ouverture d'une nouvelle SSPI de 12 postes et extension du BO avec 2 salles supplémentaires et 5 postes de locorégional.
- En cours d'élaboration GHT sur les départements 04/05.



Pour tous renseignements, contacter :

Dr Roux - Chef de Service - vincent.roux@chicas-gap.fr - 04 92 40 66 49

Valérie URBACH - Responsable des Affaires Médicales - valerie.urbach@chicas-gap.fr - 04 92 40 61 72

Le Centre Hospitalier d'Orange, établissement de référence du Nord-Vaucluse, situé au cœur de la Provence à 10 mn d'Avignon, 1h de Montpellier, 1h de Marseille et au carrefour des axes autoroutiers en direction de l'Italie et de l'Espagne recrute

MÉDECIN URGENTISTE

Le pôle Urgences, avec 26 ETP médicaux, prend en charge les Urgences et le SMUR du C.H. d'Orange et du C.H. de Vaison la Romaine ainsi que les Urgences du C.H. de Valréas.

ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR

pour assurer ses fonctions au Bloc opératoire (5 salles) et en Surveillance Continue (6 lits).

Le Centre Hospitalier d'Orange dispose de 7 pôles d'activité (Urgences, Chirurgie, Femme/Enfant, Spécialités médicales, Réadaptation et gériatrie, Soutien aux Services Cliniques, Activités transversales) et d'un plateau technique complet (IRM, Scanner, Unité de Surveillance Continue, Pharmacie centrale...) et d'un Centre d'Enseignement sur Simulateur Médical. Il emploie 800 professionnels de santé et dispose de 80 M€ de budget d'exploitation par an.

Les Centres Hospitaliers d'Orange, de Bollène et l'EHPAD de Piolenc fonctionnent en convention de direction commune, comptabilisant au total 420 lits et places (278 lits sur le site d'Orange).



Pour tout renseignement contacter :

Docteur Philippe BIGOT - Président de la C.M.E
pbigot@ch-orange.fr

L. BLANCHI - Gestionnaire des Affaires Médicales
au 04 90 11 24 06 - lblanchi@ch-orange.fr

LE CENTRE HOSPITALIER DU MANS RECRUTE DES ANESTHESISTES-REANIMATEURS



Centre Hospitalier Général de 1 693 lits et places, dont 1 050 MCO, desservant un bassin de population de 600 000 habitants, à 55 minutes de Paris (TGV), université et écoles supérieures, manifestations culturelles et sportives.

Recrute des anesthésistes-réanimateurs, avec possibilité d'exercice polyvalent sur plusieurs plateaux techniques :

- Anesthésie (bloc de chirurgie générale adulte et bloc de chirurgie ambulatoire et endoscopie digestive).
- Pôle Femme-Mère-Enfant avec activité de chirurgie pédiatrique et néonatale et maternité de niveau 3.

Service organisé en temps médical continu.
Possibilité d'un temps de travail annualisé.
Possibilité d'exercice à temps partiel.
Possibilité d'exercer à mi-temps dans une autre discipline (exemples : douleur, DIM, ...).
Recherche clinique et publications.
Bonnes relations confraternelles au sein de l'équipe d'anesthésie et avec les chirurgiens.

Contacts :

- Dr DERRIEN - Chef du Pôle Urgence Médecine Réanimation Anesthésie - bderrien@ch-lemans.fr
- Dr LIUTKUS - Chef du Service d'Anesthésie dliutkus@ch-lemans.fr
- Mme JEAN - Directrice des Affaires Médicales vjean@ch-lemans.fr - affaires.medicales@ch-lemans.fr

Site Internet : www.ch-lemans.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE LAVAUR (Tarn) (à 30 min de Toulouse)

RECHERCHE UN ANESTHÉSISTE-RÉANIMATEUR PLEIN TEMPS TOUS STATUTS CONFONDUS. POSTE A POURVOIR IMMEDIATEMENT



Adresser candidatures et CV à :
Madame le Directrice de la Dynamique Sociale et de la Formation
Centre Hospitalier - 1, Place Vialas - 81500 LAVAUR

Pour tout renseignement contacter :
Monsieur le Docteur VANTAUX Philippe
Président de la Commission Médicale d'Etablissement
au 05 63 58 80 95 ou au 05 63 58 89 28
ou Madame GUTIERREZ-VALLEIN
Directrice de la Dynamique Sociale et de la Formation au 05 63 58 80 07



LE CENTRE HOSPITALIER DE NARBONNE (Languedoc-Roussillon)

RECHERCHE 3 ANESTHESISTES TEMPS PLEIN pour son service d'anesthésie (pôle médico-chirurgical)

Principal établissement public de santé desservant l'Est du Département de l'Aude.
Equipe de 9,6 PH Temps Plein

Nous développons une activité d'anesthésie polyvalente et variée :

- Chirurgie orthopédique : ALR+++ , échographe • Chirurgie viscérale • Chirurgie urologique • Chirurgie gynécologique
- Endoscopies digestive • Un peu de chirurgie maxillo-faciale, ORL et ophtalmo • Pédiatrie à partir de 5 ans • Obstétrique 800 accouchements/an, 70 % d'analgésie périmédullaire.



Bonne organisation et excellente entente dans l'équipe :

- Garde sur place (3 à 5 gardes/mois) et repos de sécurité • Congés annuels, RTT, Congés formation
- Equipe de 12 IADE, 1 IADE/salle, 1 MAR pour 2 salles sauf chirurgie lourde et pédiatrie, 6 salles d'intervention + 1 salle d'endoscopie parfaitement équipées aux normes SFAR. 3 salles d'accouchement, 1 salle de césarienne.

Matériel performant :

- 3 échographes dont un Sonosite Xpote • Respirateur Dräger Primus • Scopes Dräger Infinity C700
 - AIVOC • ANI • Glidescope • Monitoring hémodynamique Edwards • 3BIS • 1 DESAR/semestre • SSPI de 9 postes, Soins continus et réanimation gérés par réanimateurs.
- Conditions d'exercice réellement attractives dans une très belle région: Proche de la mer, de la montagne et de l'Espagne, Montpellier à 1h, Toulouse à 1h30.

Contacts

- Dr EL HACHEM - Responsable du Centre d'Activité Clinique - 06 15 30 42 20 - randa.elhachem@ch-narbonne.fr
- Dr BOLANDARD - Praticien anesthésiste - 06 81 33 53 89 - frank.bolandard@ch-narbonne.fr
- Bureau des Affaires Médicales - 04 68 42 65 48 - affairesmedicales@ch-narbonne.fr



PIERRE BOURSQUOT, Établissement privé d'intérêt collectif (ESPIC) 100 lits, situé en bord de mer, à deux pas du centre spatial Guyanais et à 60 km de la capitale Cayenne.

RECHERCHE H/F MÉDECINS ANESTHÉSISTES

- 1 CDI temps plein ou temps partiel annualisé
- 1 CDD d'un mois ou plus, à partir de mai 2017

Activités :

Chirurgie orthopédique, chirurgie digestive, urologie (dont cancer), chirurgie gynécologique et obstétrique (maternité 2A réalisant 900 accouchements/an), chirurgie ORL, pédiatrie, médecine interne, urgences et SMUR.

Plateau technique :

Bloc opératoire 4 salles, imagerie médicale (scanner 64 barrettes et IRM en cours), explorations fonctionnelles cardiologique et pulmonaire. Le fonctionnement du service est organisé sur la base de trois postes occupés de façon hebdomadaire : bloc opératoire, activité de journée, garde de nuit.

Rémunération :

CDD : Salaire net journalier de 650 € hors variables - CDI : Salaire aligné sur la grille de la convention collective de la Croix Rouge Française, avec reprise de l'ancienneté depuis l'année de thèse, prime de cherté de vie (36% du salaire brut), treizième mois.

Avantages :

Prise en charge du billet d'avion, hébergement, mutuelle, titre restaurant.

Adresser votre candidature à :

CMCK - Service des Ressources Humaines, BP 703, 97387 Kourou Cedex / candidatures@cmck.org - Tél. : 0594 32 76 08

cmck-kourou.croix-rouge.fr



CROIX ROUGE FRANCAISE