

#83

# PHARE

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

**DOSSIER**

**ZOOM SUR LA CARRIÈRE  
DE PRATICIEN  
HOSPITALIER À TOUS ÂGES**

**ELECTIONS PROFESSIONNELLES :  
CES COMMISSIONS QUI RÉGULENT LA  
CARRIÈRE DES PRATICIENS HOSPITALIERS**

**RÉFLEXION**

**LUMIÈRE SUR LE FAMEUX RAPPORT  
DU CNG !**

<b>Dr Michel DRU - Président</b> 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
<b>Dr Anne GEFFROY-WERNET - Vice-Présidente</b> Centre Hospitalier de Perpignan anwernet.snphar@gmail.com	e-communication et revue PHARE	Ligne directe : 04 68 61 77 44 Portable : 06 63 83 46 70
<b>Dr Jullien CROZON - Secrétaire général</b> Groupement Hospitalier Edouard Herriot, Lyon jullien.crozon@snphar.fr	Veille syndicale - Relation avec les adhérents Revue PHARE	Standard : 04 72 11 62 22 Ligne directe : 04 72 11 09 85
<b>Dr Louise GOUYET - Trésorière</b> 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
<b>Dr Patrick DASSIER - Trésorier adjoint</b> Hopital européen Georges Pompidou - Paris patrick.dassier@snphar.fr	Contentieux Retraites	Ligne directe : 01 56 09 23 16 Portable : 06 03 69 16 63
<b>Dr Veronique AGAESSE - Secrétaire générale adjointe</b> Nouveau CHU Amiens agaesse-ca-snphar@orange.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) FMC-DPC -CFAR Veille Syndicale	Standard : 03 22 82 40 00 DECT 36002 Portable : 06 33 63 20 62
<b>Dr Anouar BEN HELLAL - Secrétaire général adjoint</b> Hôpital André Mignot - SAMU - Versailles anouar.benhellal@snphar.fr	Veille Syndicale - Relation avec les adhérents Revue PHARE	Standard : 01 39 63 88 39 Ligne directe : 01 30 84 96 00 Fax : 01 39 63 86 88
<b>Dr Renaud PÉQUIGNOT - Secrétaire général adjoint</b> Hôpitaux de Saint-Maurice - Gériatrie rpequignot@yahoo.fr	Président d'Avenir Hospitalier 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
<b>Dr Gregory WOOD - Secrétaire Général Adjoint</b> Hôpital Charles Nicolle, CHU Rouen gregory.wood@snphar.fr	Rédacteur en chef de la revue PHARE e.-communication site web www.snphare.com	Ligne directe : 02 32 88 17 36 Portable : 06 65 40 87 07
<b>Dr Ezéchiél BANKOLE - Administrateur</b> CHU Reims bankole.ezechiel@sfr.fr	Permanence des soins Gardes et astreintes	Standard : 03 26 78 78 78 Ligne directe : 03 26 78 88 01
<b>Dr Raphael BRIOT - Administrateur</b> 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
<b>Dr Veronique DERAMOUDT - Administratrice</b> Hôpital de Pontchaillou - CHU Rennes veronique.deramoudt@chu-rennes.fr	Délégation régionale Bretagne Revue PHARE Formation continue et recertification	Ligne Directe : 02 99 28 41 01 Portable : 06 61 57 24 05
<b>Dr Emmanuelle DURAND - Administratrice</b> CHU - Reims edura23@gmail.com	Conciliation et médiation - Commission régionale paritaire	Standard : 03 26 78 78 78
<b>Dr Laurent HEYER - Administrateur</b> Hopital de la croix rousse - Lyon laurent.heyser@gmail.com	Président du Collège National Professionnel Anesthésie-Réanimation - Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) - Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) - FEMS	Portable : 06 31 18 57 61
<b>Dr Eric LE BIHAN - Administrateur</b> Hôpital Beaujon, Paris ericlebihan.snphare@gmail.com	Délégation régionale Ile de France Communication et e-communication Relations avec les délégués	Ligne directe : 0140875000 BIP 1050
<b>Dr Yves REBUFAT - Administrateur</b> CHU de Nantes - Hôpital Laënnec - Nantes yves.rebufat@snphar.fr	Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) - Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) Site web www.snphar.com et e-communication	Ligne Directe : 02 40 16 51 47 Portable : 06 86 87 62 76
<b>Dr Nicole SMOLSKI - Administratrice</b> Hopital de la croix rousse - Lyon nicole.smolski@gmail.com	Déléguée générale de l'intersyndicale Avenir Hospitalier - Commission Statutaire Nationale (anesthésie-réanimation) Conseil de Discipline (anesthésie-réanimation) - Revue PHARE	Ligne Directe : 04 26 10 93 67 Portable : 06 88 07 33 14
<b>Francis VUILLEMET - Administrateur</b> Hôpitaux civils de Colmar francis.vuillemet@gmail.com	Permanences des soins - Gardes et astreintes - Risques psychosociaux - Réfèrent des spécialités médicales non anesthésistes-réanimateurs	Standard : 03 89 12 40 00
<b>Dr Jean GARRIC - Administrateur honoraire</b> 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 1
<b>Dr Didier REA - Administrateur émérite</b> 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
<b>Dr Claude WETZEL - Chargé de Mission</b> 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

## RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ : LA DÉCEPTION

### POINT DE VUE DE L'ACTUALITÉ

Champions du monde .....4

AGENDA .....5

### LE POINT SUR

Avancées syndicales : grâce au SNPHARE vous avez obtenu... .....6

### ELECTIONS

Elections professionnelles : ces commissions qui régulent la carrière des praticiens hospitaliers ..... 7

### DOSSIER CARRIERE

Zoom sur la carrière de praticien hospitalier à tous âges  
Pourquoi intégrer le monde des PH, et comment s'y prendre ? .....9

Quadra, quinquas : génération sacrifiée ? ....11

« Adoucir » sa fin de carrière : Oui, mais comment ? .....12

Cessation d'activité : choisir le bon moment pour partir et comment constituer son dossier de départ .....13

### FICHE PRATIQUE

La boîte à outils du SNPHARE pour la régulation médicale au SAMU .....15

### RÉFLEXION

Lumière sur le fameux rapport du CNG ! .....16

### INTERVIEWS

Aujourd'hui il faut produire des soins et plus en prodiguer.....20

La bataille du déni est perdue d'avance ! .....21

PETITES ANNONCES ..... 23

À l'heure où nous mettons notre dernier numéro de la revue PHARE sous presse, la réforme tant attendue de notre système de santé a été présentée le 18 septembre par notre président. Le plan compte 54 mesures. Une des mesures emblématique de la réforme est la suppression du *numerus clausus* dès 2020. Des interrogations persistent néanmoins quant au nouveau modèle de sélection. À la lecture des mesures de la réforme, un constat sans concession : « La réforme n'est pas à la hauteur des difficultés de notre système de soins ». Sans nul doute, les mesures sont insuffisantes au regard des nombreux dysfonctionnements systémiques. L'oubli impardonnable des pouvoirs publics quant au financement de l'Hôpital Public en grande difficulté depuis de nombreuses années résonne comme un rendez-vous manqué. Il ne faut pas occulter les tensions financières inadaptées qui pèsent sur l'Hôpital Public dans son ensemble, avec rappels le, la volonté du gouvernement, à marche forcée, de réaliser une économie de 1,2 milliards d'euros sur la masse salariale d'ici 2022. Le budget 2019 enfonce le clou avec 3,8 milliards d'économies demandés à l'Assurance Maladie en 2019. En face de ces chiffres, aucune mesure innovante n'a été proposée en termes de gestion technocratique, véritable chape de plomb sur notre système de soins. La déception est grande, car une réforme sans financement est un rendez vous manqué au regard de la crise sanitaire que nous traversons depuis de nombreuses années. Nous détaillerons les mesures présentées dans les prochains numéros de la revue PHARE.

En cette nouvelle rentrée, d'autres actualités sont à venir dans les prochains mois. Les élections professionnelles et la réforme des retraites sont autant de sujets importants qui concernent l'ensemble des praticiens. Notre mobilisation est indispensable et l'adhésion des PH à la dynamique des propositions est capitale afin d'amorcer de nouvelles stratégies, des organisations innovantes à la hauteur des enjeux de santé publique de notre pays.

La période d'été fut difficile pour la majorité des praticiens et des personnels soignants. La tension suraiguë des structures d'urgences s'est généralisée à l'ensemble de l'hôpital. Les deux vagues de canicule, les fermetures de lits inadmissibles à cette période de l'année surtout pour les soins critiques, le surcroît d'activité, le manque criant de personnel et l'indifférence de nos tutelles n'ont fait qu'accroître les dysfonctionnements. Les contraintes institutionnelles, administratives et économiques sont permanentes. Le fossé qui sépare les directions hospitalières des soignants ne cesse de se creuser, l'objectif uniquement économique avec le maintien de la T2A perdurent, entraînant dans leur sillage la dégradation continue des conditions de travail des soignants. Disons « STOP » au manque d'attractivité de nos établissements et réclavons légitimement la reconnaissance du travail réalisé ainsi que le réajustement des effectifs médicaux à la hauteur de l'accroissement de nos activités.

Dans ce nouveau numéro, bon nombre de sujets importants sont traités afin de vous apporter les informations avec le meilleur éclairage possible : le point sur les avancées importantes depuis 1997, les élections professionnelles, les commissions à connaître pour un praticien hospitalier. Sans oublier la carrière des PH, les démarches afin de préparer sa retraite et les interviews sur le thème « Hôpitaux en détresse ». Enfin, nous faisons le point sur le rapport du CNG ainsi qu'un focus sur les propositions du SNPHARE afin d'améliorer la régulation des SAMU-Centre 15.

Aujourd'hui plus que jamais, le SNPHARE reste attaché à la qualité et à l'équité de l'offre de soins. La maîtrise des dépenses de santé par nos tutelles n'est pas un alibi suffisant pour justifier la dégradation de l'Hôpital Public dans son ensemble. L'aveuglement des gouvernements successifs met en péril notre système de soins, car nul doute, la demande de soins va continuer à croître dans les années à venir, autant pour des raisons démographiques, qu'en raison des progrès médicaux et technologiques.

Bonne lecture !

Anouar Ben Hellal, Secrétaire Général Adjoint du SNPHARE



ISSN : 1285-7254

Président du comité de rédaction :

Michel Dru

Rédacteur en chef :

Grégory Wood

Comité de rédaction : Anouar Ben Hellal - Jullien Crozon - Véronique Deramoudt - Nicole Smolski - Anne Geffroy-Wernet

Éditeur : Ektopic

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

Rédaction : S. Sargentini

Directeur de publication : C. Mura

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

Impression : Imprimerie Imprimatur

Crédits photos : istock photos

# Champions du monde...

## CA, C'EST FAIT !

L'objectif annoncé pour l'été était de gagner la coupe du monde de football : ça, c'est fait. Tellement bien fait que cela aurait été la cause du énième report de la réforme pour l'hôpital cet été. Pourtant, la coupe du monde n'a pas été un motif de relâche pour les praticiens hospitaliers ; en témoigne la crise des urgences, majorée cet été notamment dans les zones touristiques, où afflux de patients et pénurie de personnels médicaux ont engendré une dégradation des prises en charge jamais atteinte. Quand on arrive à penser que la canicule a été « bien mieux gérée qu'en 2003, avec seulement 18 hôpitaux en tension », c'est qu'on ne veut pas voir que la canicule n'a été qu'un épiphénomène dans la catastrophe des urgences. Le SNPHARE, tout comme les autres syndicats qui représentent des urgentistes, a déposé au Ministère des propositions pour améliorer la prise en charge des patients aux urgences (cf. p. 15).

À la veille de l'été, le décret concernant la création et les modalités de fonctionnement du Conseil Supérieur des Professions Médicales, Pharmaceutiques et Odontologiques des établissements de soins publics (CSPM) a été publié. Cette instance tripartite est composée de représentants du personnel (syndicats médicaux), des établissements publics de santé, et du ministère de la Santé. Elle a un triple but : l'examen des textes relatifs à l'exercice hospitalier et aux statuts, l'examen des questions en rapport avec les risques psycho-sociaux, l'examen de la gestion des métiers et de l'actualisation des compétences. Des administrateurs du SNPHARE vont siéger au sein du CSPM, sous la bannière de notre intersyndicale Avenir Hospitalier.

À la veille de l'été est aussi sorti le décret concernant les infirmiers en pratique avancée, qui auront pour mission de suivre des pathologies chroniques particulières, avec droit d'interprétation et de prescription d'examens complémentaires, en articulation avec le médecin traitant. La première « journée » de formation des IPA débute en septembre 2018.

Les résultats des ECNi sont tombés. Dans le dernier numéro de PHARE, nous mettons en garde sur la répartition des DES, notamment en anesthésie-réanimation : le travail fait l'an dernier par le SNPHARE et le SNJAR porte encore ses fruits, puisque les velléités d'augmentation drastique de postes d'internes par certaines spécialités se sont heurtées à un calcul raisonné à partir des besoins, réalisé par l'ONDPS. Il s'en est ensuivi l'annonce gouvernementale de la suppression des ECN : le SNPHARE a souligné le

risque de retour au mandarinat du nouveau système proposé et demande que l'accessibilité pour tous à la profession de médecin reste garantie, comme le permet un concours anonyme.

## EN CHANTIER...

Du gouvernement, nous attendons beaucoup plus, et beaucoup mieux ! Modalités de la recertification, réforme de l'hôpital au sein du chantier de la « transformation du système de santé » : nous espérons que les propositions confiées par le SNPHARE et son intersyndicale Avenir Hospitalier/APH seront suivies, afin de renverser la spirale négative dans laquelle se trouvent médecins hospitaliers et soignants qui, *in fine*, retentit sur les patients.

### Deux gros chantiers syndicaux sont en cours

Le premier concerne la reconnaissance de l'astreinte comme temps de travail. En effet, une jurisprudence européenne rendue au début de l'année reconnaît que tout temps mis à disposition de l'employeur est du temps de travail, astreinte comprise. Le SNPHARE a été le seul syndicat à demander que cette activité soit valorisée au titre de la téléexpertise, dont les remboursements n'étaient prévus que pour la médecine libérale. In extremis, suite à notre requête, les promesses ministérielles de lancement simultané de la télémédecine pour le secteur libéral et le secteur hospitalier ont été tenues. Il nous reste maintenant à faire préciser les tarifs de toutes ces activités de télémédecine hospitalière.

Le deuxième gros chantier porte sur les retraites. Il ne parle ni aux jeunes ni aux « mi-jeunes », alors que nous sommes pourtant tous concernés, dès maintenant. L'IRCANTEC a envoyé cet été un lien pour simuler sa propre retraite (et voir, au passage, comment elle est calculée) : nous vous invitons à tester cette simulation (<https://www.ircantec.retraites.fr/article/simulation-retraite>). Alors que le Ministère prépare une réforme des retraites, le SNPHARE s'apprête à faire des propositions pour garantir le maintien au niveau actuel des retraites pour les praticiens hospitaliers en milieu et début de carrière actuellement.

### SYNDICAT NATIONAL DES MÉDECINS REMPLAÇANTS DES HÔPITAUX (SNMRH) : UN DIALOGUE EST ENGAGÉ

Le SNPHARE a rencontré le 6 septembre dernier le SNMRH, à la demande de ces derniers. Ils nous ont affirmé leur volonté de défendre l'hôpital public. Nous leur avons exposé les problèmes liés aux différences exagérées de rémuné-

rations entre titulaires et remplaçants, et l'effet délétère du boycott des remplacements dans les hôpitaux appliquant le décret plafonnant les rémunérations des intérimaires. Le SNPHARE a obtenu que le SNMRH agisse de concert avec les autres syndicats de personnels hospitaliers lors de mouvements de défense de l'hôpital public – pas de remplacements les jours de grève, par exemple – et qu'il réfléchisse à retirer leur projet de non-remplacement pendant les vacances scolaires afin d'éviter de mettre des équipes en difficulté. Le SNPHARE porte également depuis longtemps le projet d'un statut de médecin remplaçant, que nous allons soumettre de nouveau au Ministère.

Le SNPHARE a eu beaucoup de plaisir à rencontrer des urgentistes lors du congrès de la SFMU au mois de juin, et notamment de discuter autour de sa prise de position concernant le fonctionnement des urgences.

Une actualité nous attend maintenant : la réforme de l'hôpital annoncée par le Président de la République le 18 septembre. Si quelques dispositions paraissent séduisantes

au prime abord (statut unique de PH, redonner du sens au service, augmentation du pouvoir médical de la CME, redonner du sens à la médecine de ville dans le parcours de soin...), elles ne doivent pas masquer l'absence de réponses apportées pour les établissements publics de santé.

Le SNPHARE demande au Président de la République de

- financer le parcours de soins et non d'organiser une nouvelle course à l'activité via les forfaits hospitaliers,
- cibler l'attractivité des praticiens hospitaliers à temps plein qui ne peut être remplacée par une juxtaposition de médecins à temps partiel, désinvestis ou en attente d'une place dans le secteur privé,
- recruter des secrétaires et assistants au sein de l'hôpital pour décharger les médecins des tâches administratives,
- prendre en considération les mesures d'attractivité présentées par le SNPHARE au Ministère des solidarités et de la santé et assurer leur financement.

*Anne Geffroy-Wernet, Vice-Présidente du SNPHARE*

## AGENDA DU CA

### JUIN 2018

**22 Juin** Réunion du Conseil d'Administration du SNPHARE

### SEPTEMBRE 2018

**5 Septembre** Réunion du bureau du SNPHARE  
**6 Septembre** Réunion SNPHARE et du syndicat national des médecins remplaçants hospitaliers  
**12 Septembre** Réunion de la collégiale parisienne d'anesthésie-réanimation  
**13 Septembre** Réunion du Conseil d'Administration d'APH  
**14 Septembre** Réunion du Conseil d'Administration du SNPHARE  
**21-22 Septembre** Réunion FEMS – Inégalités des conditions de travail des médecins dans l'UE (Bruxelles)  
**25 Septembre** Réunion téléphonique du conseil d'administration d'APH à la suite du Plan Santé d'Emmanuel Macron  
**27 Septembre** Première réunion du Conseil Supérieur des Professions Médicales (CSPM)  
**27-29 Septembre** Présence du SNPHARE au congrès de la SFAR  
**27-29 Septembre** Réunion FEMS – Conférence internationale des organisations syndicales médicales (Lisbonne)

### OCTOBRE 2018

**10-12 Octobre** Séminaire des délégués du SNPHARE

### NOVEMBRE 2018

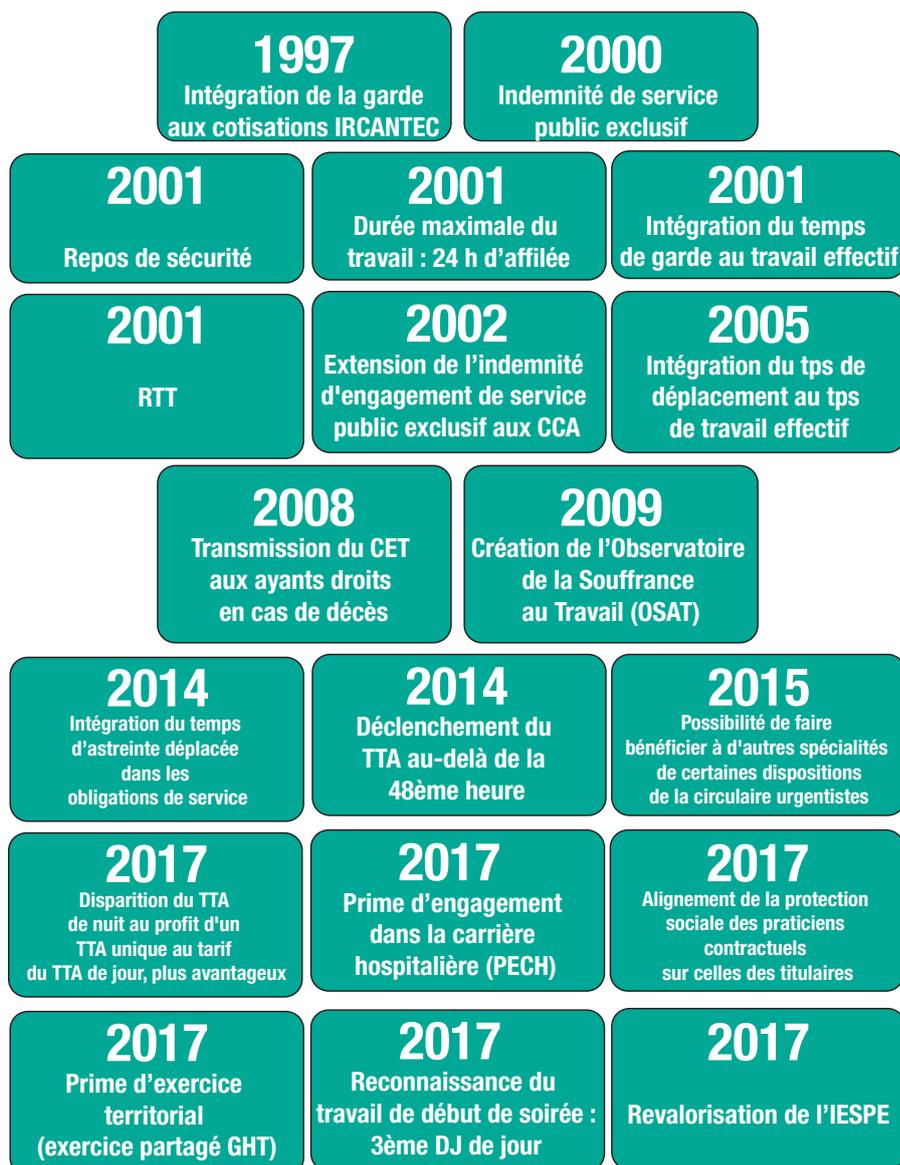
**16 Novembre** Réunion du Conseil d'Administration du SNPHARE

### DÉCEMBRE 2018

**5 Décembre** Réunion du Conseil d'Administration d'APH  
**12 Décembre** Assemblée générale d'APH  
**14 Décembre** Réunion du Conseil d'Administration du SNPHARE

# Avancées syndicales : grâce au SNPHARE vous avez obtenu...

Le temps syndical est un temps long : parfois des années, qui ne sont pas des années d'attente mais des années de combat, de courriers, de rencontres, de manifestations de l'ensemble des praticiens hospitaliers. Ces combats, nous les avons gagnés grâce à notre détermination entretenue par votre soutien, en adhérant, en faisant grève, en répondant à des enquêtes... Ici sont résumées les avancées obtenues par le SNPHARE depuis le début des années 2000. Il y a aussi des préservations des acquis, non mentionnées ici. La dernière en date : le lancement de la télé-médecine à l'hôpital public en même temps que pour le secteur privé ; la précédente, le combat du DESARMIR que vous avez massivement soutenu, garantissant un juste décompte annuel des postes en anesthésie-réanimation et en médecine intensive-réanimation.



# Elections professionnelles : ces commissions qui régulent la carrière des praticiens hospitaliers

Dans le courant de l'année prochaine devrait avoir lieu le renouvellement des instances nationales paritaires qui entendent gérer les différentes difficultés ou conflits rencontrés par les PH. Ce sont les commissions statutaires nationales (CSN) et les conseils de discipline (CD). En même temps devraient se dérouler d'autres élections très importantes, d'une toute nouvelle structure réclamée avec force par le Conseil d'Etat, à savoir le Conseil Supérieur des Personnels Médicaux (CSPM), organisation en miroir du Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière, où seront discutés tous les projets de textes et de réformes pour les praticiens titulaires et non titulaires.

## COMMISSIONS STATUTAIRES NATIONALES ET CONSEILS DE DISCIPLINE : COMMENT ÇA SE PASSE ?

Ces commissions, où siègent des pairs syndicalistes élus, sont logiquement renouvelées tous les 5 ans, les dernières élections ayant eu lieu en 2005 et en 2011. Chaque commission voit siéger 6 titulaires avec 6 suppléants, ainsi que des représentants des administrations centrales, sur un mode paritaire. Ce paritarisme est très important, car il permet une expression de toutes les sensibilités de l'hôpital, professionnelles et administratives. Les discussions sont souvent animées, mais en général un consensus se dégage pour des avis équilibrés, que le CNG est ensuite obligé de suivre, le plus souvent. La participation active des syndicats est primordiale, pour la défense des collègues mais aussi pour la prise en compte des conditions locales. Au cours de ces commissions, nous sommes généralement « écoutés ».

“  
Nous aimerions que le CNG soit moins parti pris, plus impartial.  
”

la direction divergent lors de la titularisation des PH. Si les avis sont convergents pour la non titularisation, les dossiers ne passent pas en commission et les collègues ne sont pas titularisés, sans recours. Les avis peuvent aboutir sur : le licenciement, la titularisation sur place, le renouvellement de la période probatoire sur place ou dans un autre établissement. Les commissions statutaires nationales peuvent également être saisies en cas d'insuffisance professionnelle. Dans ce cas, les avis peuvent aboutir au classement sans suite, la reconversion professionnelle ou le licenciement avec indemnités. Les conseils de discipline sont convoqués en cas de manquements graves ou de problèmes comportementaux, et peuvent déboucher sur un avertissement, un blâme, un licenciement ou au contraire un rétablissement du praticien. Les commissions sont uniquement consultatives, la décision finale est prise par la directrice du CNG, qui est seule décisionnaire, mais qui suit habituellement le vote en commission.

## CONCRÈTEMENT, À QUOI ÇA SERT ?

Il existe sept grandes disciplines, avec de très grosses inégalités de représentation en termes démographique : anesthésie-réanimation, biologie, chirurgie, médecine, pharmacie, psychiatrie et radiologie. Chaque discipline dispose d'une commission hospitalière stricte, et pour la CSN, d'une commission hospitalo-universitaire.

Les commissions statutaires nationales sont saisies lorsque les avis de la CME, des chefs de pôle et de

## DU CÔTÉ SYNDICAT...

Le bilan de ces commissions est très variable selon les spécialités : en médecine et en chirurgie, pour les temps pleins hospitaliers, les commissions se réunissent souvent, et nous réglons des cas difficiles. Pour les autres spécialités, la fréquence des convocations est plus variable, notamment en raison d'un nombre de personnes concernées moindre, mais aussi car les restructurations hospitalières au sein des GHT ont eu un retentissement non négligeable

“  
**La participation active des syndicats est primordiale, pour la défense des collègues et pour la prise en compte des conditions locales.** »

”  
 pour certaines carrières médicales et chirurgicales. Nous recevons les dossiers à l'avance pour avoir le temps de les étudier, de contacter les différents protagonistes et préparer la défense des collègues impliqués qui sont souvent très inquiets des décisions qui seront prises, de leurs conséquences pour leur carrière et leur vie. Nous nous heurtons hélas souvent à des difficultés pour obtenir un dossier complet à temps et pouvoir étudier sereinement tous les aspects et les enjeux de la décision.

## PARITÉ = IMPARTIALITÉ ?

Nous avons toutefois à cœur de ne pas défendre l'indéfendable car certaines histoires sont édifiantes, et parfois des équipes entières sont en grande souffrance, mais nous cherchons toujours à prendre des décisions justes pour tous les protagonistes. Tout l'aspect « gestion administrative » des dossiers est pris en charge par le CNG mais nous regrettons toutefois fortement que dans un certain nombre de cas, les dossiers soient montés « à charge » contre le praticien, le CNG prenant souvent le parti de l'institution hospitalière. Nous sommes parfois obligés de ferrailer longtemps et fortement pour défendre des collègues pris dans une spirale institutionnelle destructrice. Il est vrai que c'est bien là le rôle d'un syndicat, défendre les collègues, mais nous aimerions que le CNG soit moins de parti pris, plus impartial, et puisse sanctionner si nécessaire certains managements autocratiques ou fautifs !

## LE CONSEIL SUPÉRIEUR DES PERSONNELS MÉDICAUX CHANGE LA DONNE

Jusque là, les élections professionnelles au CNG étaient l'occasion de mesurer l'audience des différentes intersyndicales et leur représentativité. En 2005, il y avait 4 intersyndicales, en 2011 le nombre était passé à 5 de par la création d'Avenir Hospitalier



au sein de laquelle siège le SNPHARE. La situation sera différente pour les prochaines élections avec la création du Conseil Supérieur des Professions Médicales, qui devra statuer sur toutes les réformes ayant un impact statutaire et dont la composition découlera des résultats de ces élections. Ce CSPM sera divisé en trois sous-collèges toutes disciplines confondues : hospitaliers titulaires, hospitalo-universitaires titulaires, contractuels. Ce sont les résultats des élections au CSPM qui mesureront la représentativité des syndicats dans chacun des sous-collèges mentionnés. Il y aura donc trois élections simultanées : Conseil

“  
**Ce sont des élections très importantes, pour tous les praticiens hospitaliers, hospitalo-universitaires et contractuels, qui choisiront l'intersyndicale qui les défend au mieux.**”

Supérieur, Commissions statutaires Nationales et Commissions de discipline. Ce seront donc des élections très importantes, pour tous les praticiens hospitaliers, hospitalo-universitaires et tous les contractuels, qui devront choisir quelle intersyndicale défend au mieux leurs valeurs et les porteront le plus vigoureusement à ce CSPM, mais aussi les défendra au mieux devant ces commissions (dont personne n'imagine avant d'y être confronté qu'il peut entrer dans l'œil du cyclone et avoir besoin d'être défendu !). Vous allez donc beaucoup

entendre parler de ces élections, de leurs enjeux, et des différents engagements envers vous des syndicats et intersyndicales : votre vote sera donc déterminant !

*Nicole Smolski, Pascale LePors, Jacques Trevidic, pour APH\**

\*Action Praticien Hôpital (APH) regroupe les deux intersyndicales Avenir Hospitalier (AH), dont fait partie le SNPHARE, et la Confédération des Praticiens Hospitaliers (CPH)



## Zoom sur la carrière de PH à tous âges

La rédaction de PHARE tenait à consacrer un dossier spécial aux praticiens hospitaliers quels que soient leur tranche d'âge, leurs projets ou leurs interrogations. Ce guide de carrière est à consulter qu'on soit PH ou que l'on envisage de le devenir. Il ne fait l'impasse sur aucune information nécessaire au bon déroulement d'une carrière et en plus de répondre à vos questions, ce guide revient sur l'évolution du statut de PH, ses forces et ses faiblesses. Bonne lecture !

### Pourquoi intégrer le monde des PH, et comment s'y prendre ?

**Futurs et jeunes praticiens hospitaliers (PH), cet article est fait pour vous ! Le début de carrière est essentiel car il détermine vos ambitions et vos choix. Après des années longues et difficiles, l'avenir se dessine enfin. On a souvent besoin d'informations précises et d'explications claires à ce moment là. Ouf ! Vous êtes au bon endroit.**

#### COMMENT DEVIENT-ON PH ?

Pour être nommé à un poste de praticien hospitalier, il faut être inscrit sur la liste nationale d'aptitude après avoir été reçu au concours que le Centre National de Gestion (CNG) organise tous les ans. Ce concours de type 1 comporte : un entretien avec le jury et un examen sur dossier des titres et travaux et services rendus. Préalablement, il faut évidemment avoir terminé ses études médicales et justifier de deux ans de fonctions hospitalières effectives (assistant, chef de clinique, PH contractuel...).

Il est toutefois possible de se pré-

senter au concours dès l'obtention du diplôme. Il s'agit alors du concours de type 2, qui comporte une épreuve orale supplémentaire de contrôle des connaissances professionnelles.

Le dossier de candidature au concours de PH (quel que soit son type) est à adresser à l'Agence Régionale de Santé aux alentours du mois de mai, les oraux se déroulant en début d'année suivante. Les modalités et les dates limites sont publiées sur le site du CNG ([www.cng.sante.fr](http://www.cng.sante.fr)). Il n'est pas nécessaire d'avoir une promesse de recrutement pour se présenter au concours, et l'inscription sur liste d'aptitude est valable quatre ans.

**Attention !  
C'est le chef de pôle qui demandera votre nomination au CNG. C'est donc au chef de pôle qu'il faut s'adresser en première intention.**

Une fois inscrit(e) sur la liste d'aptitude, vous pouvez faire acte de candidature lors de l'un des deux tours de recrutement annuels, la liste des postes à pourvoir étant publiée par le CNG. Le chef de pôle transmettra votre candidature au directeur d'établissement. C'est aussi le chef de pôle qui demandera votre nomination au CNG après avis du président de CME qui lui nommera un rapporteur qui examinera les documents joints au dossier (CV, avis du directeur d'établissement, avis du responsable de pôle...). C'est donc au chef de pôle qu'il faut s'adresser en première intention.

Attention ! Certains établissements ne publient pas de poste tant qu'ils n'ont pas de candidat approuvé par la CME. Si un établissement vous intéresse, mais qu'aucun poste n'est proposé, il peut être utile de se faire connaître auprès du chef de pôle, quelques mois avant le tour de recrutement. Après nomination, il faut prendre ses fonctions dans un délai de deux mois. La durée minimale de fonctions sur un poste est de trois ans. La première nomination débute par une année de probation, au terme de laquelle vous serez PH à titre permanent.

## ET EN TERMES DE RÉMUNÉRATION ?

La rémunération est définie par arrêté. Le traitement mensuel au premier échelon est de 4 130 € brut. L'indemnité de service public exclusif de 493 € brut par mois est servie, en cas de renoncement au secteur privé hospitalier. Les années de fonctions hospitalières après l'internat sont prises en compte dans le calcul de l'échelon après nomination. Le treizième échelon s'acquiert après 24 ans de fonction à temps plein, avec un traitement brut de 7 500 €.

Les gardes et astreintes donnent droit à des indemnités de sujétion (267 € brut par garde). Une prime d'exercice territorial est versée, en cas d'exercice dans plusieurs établissements d'un Groupement Hospitalier de Territoire (distants d'au moins 20 km). Les obligations de service sont de 10 demi-journées par semaine (dans la limite de 48H). Vous bénéficiez de 25 jours de congés annuels et de 19 RTT par an.

Il est possible de demander une mise en disponibilité une fois nommé à titre permanent. La Prime d'En-

“  
**La Prime d'Engagement dans la Carrière Hospitalière (PECH) n'a rien d'automatique ! Il est donc essentiel d'établir la convention avant de se présenter au concours.**  
”

gagement dans la Carrière Hospitalière (PECH) concerne les postes présentant des difficultés importantes de recrutement. Les jeunes praticiens (assistants ou contractuels) doivent s'engager à passer le concours de praticien hospitalier et à rester, une fois titularisé, au moins trois ans sur ce poste. En échange, ils percevront une prime de 10 000 € pour les spécialités en tension au niveau national (sont concernées actuellement : l'anesthésie-réanimation et

la radiologie) et de 20 000 € pour celles dans les territoires à faible démographie, ces primes étant cumulables. S'engager à exercer trois années supplémentaires après cinq années de service effectif à compter de la date d'effet de la convention donne droit à un avancement accéléré de 2 ans. La PECH n'a rien d'automatique, et il est essentiel d'établir la convention avant de se présenter au concours. Certains établissements peuvent proposer, en attente de nomination, un poste de contractuel rémunéré à l'échelon 4, majoré de 10 %.

*Eric Le Bihan, Administrateur du SNPHARE*

## Pourquoi choisir la carrière de Praticien Hospitalier ?

Pour envisager sereinement une carrière à l'hôpital, il faut un projet médical co-construit entre le responsable de la structure et le jeune praticien avec la volonté d'avancer dans sa carrière et d'acquérir des compétences nouvelles. La pluridisciplinarité et le travail en équipe sont les maîtres-mots à l'hôpital. Le statut de PH n'a pas fini d'évoluer mais l'attachement au service public, au soin au moindre coût sans distinction, demeure. Rappelons par ailleurs qu'il est possible de diversifier son activité tout au long de sa carrière, atout non négligeable quand il s'agit d'exercer un métier dédié aux autres pendant de nombreuses années.

Dès lors, quelle voie choisir ? Quel engagement embrasser ? La seule question qu'un étudiant en médecine doit se poser, c'est peut-être celle de ses affinités. Il faut que ce genre de choix soit en harmonie avec la personnalité.

## Quadra, quinquas : génération sacrifiée ?

Nous, les quadras, quinquas... nous sommes la génération d'après les CES, la génération qui faisait plus de 80 heures sans broncher car il avait fallu se battre pour avoir un poste hospitalier d'assistant ou de chef de clinique, puis attendre plusieurs années pour avoir un poste de PH : les postes vacants, cela n'existait pas, lors de notre début de carrière ! La génération qui est « née » au métier un peu avant ou un peu après le repos de sécurité, l'une des plus grosses avancées syndicales, merci au SNPHAR de l'époque.

Mais plus récemment, qu'avons-nous gagné avec les mesures d'attractivité ? Si le recrutement des jeunes se fait régulièrement sur des postes de PH contractuels « échelon 4 + 10 % » (soit quasiment un échelon 6), nos propres revenus n'ont pas été revus à la hausse : bien sûr, nous n'avons pas bénéficié des PECH (10 000 euros pour le recrutement local d'un anesthésiste-réanimateur ou d'un radiologue, 20 000 euros pour le recrutement dans une spécialité en pénurie sur le territoire) ; nous ne bénéficions pas non plus de la revalorisation de l'IESPE, puisqu'il faut en avoir d'abord profité pendant 15 ans à tarif « bas », et que notre exercice public exclusif lors des années d'assistantat, de clinicat, de praticien contractuel, provisoire etc ne « compte pas » dans ces 15 années. Pour finir, nous partirons à la retraite plus tard que nos aînés, et avec une retraite inférieure... D'ailleurs nous avons été élevés comme ça, la médecine c'est une vocation, la rémunération est un tabou, et faisons fi des évolutions sociétales du rapport au travail, de la féminisation du métier...

En fait, nous n'avons rien gagné ! Génération sacrifiée, qui hésite à quitter le service public ou a déjà franchi le pas : l'enquête CONTRAMAR réalisée l'année dernière par le SNPHARE montrait que 61 % des AR de la tranche 40-49 ans songeaient à une reconversion professionnelle, 27 % d'entre eux réfléchissant même à changer de métier.

**Le SNPHARE continue à répéter que parler d'attractivité, ce n'est pas simplement recruter les jeunes sur des postes vacants, c'est offrir aux titulaires de bonnes raisons de rester à l'hôpital public !** Il faut redonner du sens au métier, en valorisant le travail d'équipe, les missions transversales, le travail d'enseignement ; en prenant en compte les aspirations personnelles de chacun pour s'investir dans un service ; en offrant réellement les quinze jours statutaires de formation chaque année pour le maintien des connaissances et l'ouverture vers les

“ Parler d'attractivité, ce n'est pas simplement recruter les jeunes sur des postes vacants, c'est offrir aux titulaires de bonnes raisons de rester à l'hôpital public ! ”

techniques innovantes ; en permettant une modulation de l'exercice (exercice mixte privé / public) ; en reconnaissant la pénibilité liée à la permanence des soins ; en soulevant le problème des rémunérations. Ces propositions sont des impératifs : lors de notre dernier rendez-vous au Ministère, nous avons insisté sur l'intérêt majeur de mesures envers

les « mi-jeunes mi-vieux » (ou « ni jeunes, ni vieux ») pour limiter le nombre de postes vacants à l'hôpital : pour donner le meilleur soin aux patients de l'hôpital, il faut donner le meilleur soin aux praticiens.

*Anne Geffroy-Wernet, Vice-Présidente du SNPHARE*

### Propositions du SNPHARE

La plate-forme « version 2018 » du SNPHARE fait des propositions très intéressantes pour les PH « milieu de carrière »

- Définition des obligations de services à 40 heures par semaine (et non « 48 heures maximum »)
- Paiement du TTA en heures supplémentaires : + 25 % de la 41<sup>ème</sup> à la 48<sup>ème</sup> heure, + 50 % au-delà (faites votre calcul : c'est bien mieux que 321 euros bruts au-delà de la 48<sup>ème</sup> heure)
- Sacralisation du temps non clinique, comptant pour 20 % ou 2 DJ par semaine
- Meilleure prise en compte de la pénibilité liée à la PDS :
  - ouverture d'un compte pénibilité
  - rémunération de la garde alignée à celle des universitaires soit 479,64 euros bruts
- Intégration de la totalité du temps d'astreinte aux obligations de service, comme c'est le cas pour la garde sur place.
- Revalorisation de la grille salariale : suppression des 5 premiers échelons, cette mesure se répercutant sur tous les praticiens.
- IESPE pour tous les praticiens, contractualisée à 12000 euros par an pour être réellement attractive par rapport à l'exercice libéral.
- L'aménagement des fins de carrières à partir de 55 ans.

## « Adoucir » sa fin de carrière : Oui, mais comment ?

**Nous vivons l'heure du recul de l'âge d'ouverture des droits à la retraite et de l'âge pour obtenir une retraite sans décote. De fait, la durée d'assurance se retrouve prolongée. En somme, on nous demande de travailler plus... pour une retraite moindre ! À cela s'ajoutent les difficultés démographiques que rencontrent plusieurs spécialités (dont l'anesthésie-réanimation) depuis un certain nombre d'années déjà, sans pour autant que nos tutelles aient apporté des solutions patentes et pérennes qui puissent attirer les jeunes à exercer à l'hôpital.**

De ce fait les effectifs vieillissent pour une même charge de travail et une pénibilité accrue : le poids des années ! Alors comment arriver au bout de sa carrière en relative bonne santé ? Certains partent exercer une médecine plus « administrative » comme les vigilances, la qualité des soins, le DIM, d'autres se limitent à certains champs de leur spécialité. Mais dans certains cas, le résultat en termes d'organisation globale des services peut être négatif (exemple d'un anesthésiste-réanimateur se centrant sur la prise en charge de la douleur sans qu'il soit remplacé dans le bloc où il exerçait). D'un point de vue réglementaire, il existe cependant des possibilités de « ralentir » son activité sans pour autant celle du service et sans trop impacter ses revenus ainsi que sa retraite..

### LA RÉGLEMENTATION NOUS PERMET D'ÊTRE DISPENSÉ DE LA PERMANENCE DES SOINS À PARTIR DE 60 ANS

Pour ce qui est de la permanence des soins, en dehors de la réalité de l'application pleine et entière d'un repos quotidien au lendemain, la réglementation nous permet d'être dispensés de notre participation à partir de 60 ans (article 1-D de l'arrêté du 30 avril 2003). Cependant, hors maladie constatée par la médecine du travail, cette dispense est soumise « aux nécessités de service ». Tout dépend donc des conditions locales, des effectifs tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif. Par ailleurs, cette dispense entraîne pour l'intéressé une perte de revenus et une perte de cotisations pour sa retraite future. Cette mesure peut toutefois s'ajouter aux autres mesures envisagées ci-dessous.

### LE TEMPS RÉDUIT : UNE AUTRE POSSIBILITÉ

Ainsi, il existe aussi la possibilité d'exercer à temps réduit (article R.6152-46 du Code de la Santé Publique). Mais là aussi c'est sous réserve des « nécessités de service ». Ainsi on peut demander à n'exercer que 5 à 9 demi-journées hebdomadaires, cela n'empêche

cependant pas la participation à la permanence des soins. La conséquence est là encore une diminution des revenus et des cotisations pour la retraite.

Il existe une possibilité de partir avant l'âge légal et sans décote par le biais du dispositif de la retraite progressive (article L.131-15 du Code de la Sécurité Sociale). Un PH de soixante ans minimum qui exerce une activité à temps partiel et continuera à exercer à temps partiel (qui a donc muté sur un poste à temps partiel et qui dispose d'une durée d'assurance de 150 trimestres), peut demander la liquidation de sa retraite et le service de seulement une fraction de sa pension vieillesse en complément de sa rémunération. Il aura à cotiser à ses régimes de retraite à hauteur du salaire à temps plein qu'il recevait, ce supplément d'assiette n'étant cependant pas assimilable à un revenu et donc non soumis à l'impôt. A priori, ce dispositif applicable à tout travailleur est intéressant. Cependant, une circulaire de la CNAV conteste aux PH le droit à ce dispositif sur le principe que la durée de travail des PH, même à temps partiel, n'est pas exprimée en heures, mais en demi-journées.

Surtout, il s'agit d'appliquer notre statut et nos droits à congés :

- Prendre annuellement tous nos congés annuels.
- Prendre de la même manière tous nos jours RTT.
- Refuser de faire des périodes de temps additionnels, ou alors les récupérer au lieu de les monétiser ou de les mettre sur nos CET, d'autant plus que l'IR-CANTEC conseille aux établissements de ne pas verser les cotisations salariales et patronales correspondantes.
- Ne plus alimenter notre CET et le vider progressivement.

Voilà ce que l'on peut conseiller actuellement pour supporter mieux notre fin de carrière !

*Jean Garric, Administrateur honoraire du SNPHARE*

# Cessation d'activité : choisir le bon moment pour partir et comment constituer son dossier de départ

La cessation d'activité est un événement important qu'il convient largement d'anticiper (12 mois). La dégradation des conditions de travail, la quête incessante de l'efficacité et de la productivité font que de nombreux collègues sont enclins à cesser plus précocement leur activité. D'autres plus rarement, retardent la date de leur départ pour améliorer le niveau de financement de leur pension de retraite. Attention, il faut souligner la diminution significative de l'obtention des points IRCANTEC B à salaire constant depuis 2009, et les incertitudes qu'inspire le projet de réforme des retraites pour 2020.

## LES INCONTOURNABLES DE LA DATE DE LA CESSATION D'ACTIVITÉ

L'âge minimum de départ en retraite est conditionné par le nombre de trimestres et l'âge. Pour une retraite à taux plein, un nombre de trimestres cotisés est nécessaire (Figure ci-dessous).

Année de naissance	Durée de cotisation
1948 ou avant	160 trimestres (40 ans)
1949	161 trimestres (40 ans et un trimestre)
1950	162 trimestres (40 ans et deux trimestres)
1951	163 trimestres (40 ans et trois trimestres)
1952	164 trimestres (41 ans)
1953 - 1954	165 trimestres (41 ans et un trimestre)
1955 - 1957	166 trimestres (41 ans et deux trimestres)
1958 - 1960	167 trimestres (41 ans et trois trimestres)
1961 - 1963	168 trimestres (42 ans)
1964 - 1966	169 trimestres (42 ans et un trimestre)
1967 - 1969	170 trimestres (42 ans et deux trimestres)
1970 - 1972	171 trimestres (42 ans et trois trimestres)
A partir de 1973	172 trimestres (43 ans)

L'âge minimum de départ est ensuite conditionné par l'année de naissance (Figure ci-dessous).

Date de naissance	Age minimum de départ en retraite
Avant le 1er juillet 1951	60 ans
Du 1er juillet au 31 décembre 1951	60 ans et 4 mois
Année 1952	60 ans et 9 mois
Année 1953	61 ans et 2 mois
Année 1954	61 ans et 7 mois
Année 1955	62 ans

Pour les générations au-delà de 1955, l'âge minimal de départ est de 62 ans. Nous n'abordons pas volontairement la problématique des carrières dites longues (début d'activité avant l'âge de 20 ans).

En revanche, la date légale maximale de cessation d'activité a été reculée (cf figure page 14).

Votre hiérarchie tant administrative que médicale ne peut vous obliger à partir en retraite avant cette date limite. Pour le Praticien Hospitalier (PH) qui n'aurait pas le nombre de trimestres requis, un départ à cet âge lui garantit une retraite sans pénalité de minoration.

Un PH parent d'au moins 3 enfants vivants à 50 ans bénéficie de droit d'un report de 12 mois de la date limite de cessation d'activité.

La limite d'âge peut être reculée, de droit, en fonction de la situation familiale du PH : un an par enfant à charge dans la limite de 3 ans au moment de la date de la cessation d'activité. Les deux dispositions sont cumulables.

Dans l'état actuel des choses, il est possible de prolonger son activité jusqu'à 70 ans sous la forme de contrats (de 6 à 12 mois, reconductibles) de prolongation d'activité. Il convient d'obtenir l'accord de la CME et de la direction de l'établissement hospitalier.

## LE DÉCLENCHEMENT DE LA PROCÉDURE DE DÉPART

La date de votre départ dépend de la date à laquelle

vous avez le nombre de trimestres de cotisations, le niveau de votre pension et votre appétence à continuer votre activité de PH.

Entre 55 et 62 ans vous recevrez au moins deux rele-

Date de naissance	Age de départ en retraite
Avant le 1er juillet 1951	65 ans
Du 1er juillet au 31 décembre 1951	65 ans et 4 mois
Année 1952	65 ans et 9 mois
Année 1953	66 ans et 2 mois
Année 1954	66 ans et 7 mois
Année 1955	67 ans

vés de situation individuelle avec une estimation de votre retraite de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV). Vous devez ouvrir un compte en allant sur son site, ce qui permet de suivre l'évolution annuelle de votre situation de façon volontaire.

Une fois la date de votre départ décidé, vous devez faire un retro planning avec votre administration hospitalière (en tenant compte de votre CET, des jours de RTT et de congés annuels voire des congés formation) pour anticiper la date de votre cessation d'activité dans l'établissement par rapport à votre premier jour de retraite. De même il vaut mieux prévoir de débiter sa retraite un 1<sup>er</sup> janvier, ou 1<sup>er</sup> avril, ou 1<sup>er</sup> juillet, 1<sup>er</sup> octobre.....

Pour la constitution de votre dossier, numérisez préalablement vos feuilles de paie pour pouvoir les transmettre aux différentes caisses de retraite.

Les PH ayant effectué un service national, doivent

“ **Votre hiérarchie tant administrative que médicale ne peut vous obliger à partir en retraite avant cette date limite** ”

se rapprocher des instances militaires pour faire valider les 4 trimestres pour 12 mois de service national en obtenant un état signalétique et des services :

- Pour l'armée de terre : bureau central d'archives administratives militaires, Caserne Bernadotte 64023 Pau Cedex

- Pour l'armée de l'air : bureau des archives et des réserves de l'armée de l'air, base aérienne 102, BARAA 24501, BP 90102, 21093 Dijon cedex

- Pour la marine : centre de traitement de l'information pour les ressources humaines de la marine, BP 413, 83800 Toulon armées.

La maternité donne droit à un nombre de trimestres variable selon la date de naissance (4 trimestres sécurité sociale par maternité et 4 trimestres pour éducation d'un enfant qui peuvent être partagés avec le père). De même l'IRCANTEC, encore actuellement, prévoit une majoration des points de 10 % pour 3 enfants qui ont été à charge, 15 % pour 4 enfants et 20 % pour 5 enfants etc. La sécurité sociale prévoit encore pour le moment une majoration de 10 % de la pension de retraite à partir du 3<sup>ème</sup> enfant de la pension de retraite.

Dans certaines situations vous pouvez vous faire aider par des organismes privés pour reconstituer votre carrière en récupérant des fiches de paie.

Tout réside dans la préparation anticipée de votre cessation d'activité, notamment pour ne pas avoir à vous retrouver dans une situation ubuesque comme celle d'avoir un CET plein de 208 jours un mois avant votre départ à 67 ans. De même vous devrez partir à la date anniversaire de vos 67ans. Pour un départ à 62 ans, malgré une demande d'ouverture anticipée de vos droits, les caisses de retraite attendront d'avoir la preuve que vous avez le nombre requis minimal de trimestres pour vous verser une retraite à taux plein. Un retard de versement de votre pension peut se produire.

*Patrick Dassier, Trésorier adjoint du SNPHARE*

## Une fois la date choisie, vous devez entamer votre démarche 6 mois avant votre départ

Ces démarches sont à effectuer auprès des différentes caisses de retraites qui sont consignées dans votre bilan de carrière de la CNAV :

CNAV : <https://www.lassuranceretraite.fr/portail-info/accueil>

IRCANTEC : <https://www.ircantec.retraites.fr/article/demande-retraite>

AGOC-ARCO: <http://www.agirc-arrco.fr/services-en-ligne/je-minforme-sur-ma-retraite>

# La boîte à outils du SNPHARE pour la régulation médicale au SAMU

**La fréquentation des urgences ainsi que le nombre de dossiers de régulation médicale des SAMU sont en forte hausse ces dernières années. Le nombre et la nature de la demande de soins non programmés ont évolué, tant pour des raisons sociétales que pour des raisons de démographie médicale. Année après année, l'activité des structures d'urgences n'a jamais été aussi importante, il y a plus de 20 millions de patients soignés par an dans les SAU et les SAMU-SMUR prennent en charge plus de 36 millions de patients chaque année. L'hôpital public montre des signes de fragilité par les événements tragiques récents. Les services d'urgences ne peuvent assumer seuls cette dégradation de la qualité et de la sécurité des soins.**

Loin des plaintes, nous devons continuer à nous mobiliser et être à l'origine de propositions innovantes pour améliorer des situations parfois critiques. Il est toujours intéressant d'analyser les évolutions de notre système. Selon le dernier classement de la revue médicale britannique *The Lancet* en 2017, la France est classée 15<sup>ème</sup>. Pour mémoire nous étions classés au premier rang dans le rapport de l'OMS « Rapport sur la Santé dans le Monde 2000 ». L'étude du *Lancet* 2017 concerne 195 pays sur une période de 1990 à 2015 et se base sur un indicateur de 0 à 100 qui mesure la qualité et l'accessibilité des systèmes de santé. La performance de chaque pays a été établie selon les taux de mortalité de 32 maladies pour lesquelles les décès peuvent, en théorie, être évités, à condition d'un accès rapide à des soins efficaces. « Ces résultats sonnent comme un avertissement : l'augmentation du niveau de développement n'entraîne pas forcément une amélioration de la qualité et de l'accès au système de santé ». Aujourd'hui plus que jamais, nous avons besoin de réflexions ambitieuses pour conduire les orientations de la médecine d'urgence et de l'hôpital dans son ensemble, afin de répondre de la manière la plus efficace aux besoins des patients. Nos propositions portent sur l'amélioration de l'accès aux soins en urgence, sur l'optimisation de l'orientation des patients en amont et en aval des urgences ainsi que sur le développement d'une organisation territoriale des urgences.

**Le SNPHARE fait des propositions pour une régulation médicale et des services d'accueil d'urgences, performants et modernes, répondant tous à des critères de qualité :**

- 1- **Une formation initiale obligatoire** standardisée pour les Assistants de Régulation Médicale (ARM) de 2 ans valorisée par un diplôme d'État qualifiant.
- 2- **Une formation continue**, avec un temps dédié identifié pour les ARM, dans chaque SAMU, incluant les outils pédagogiques comme la simulation d'appels déjà mise en place dans certains SAMU, la double écoute, les tests de concordance de scripts, les stages, etc.
- 3- **Systématiser une démarche assurance-qualité et de gestion des risques au SAMU** : compléter et actualiser toutes les procédures de traitement des appels au 15, mettre en place des revues de morbi-mortalité et des staffs d'évaluation des pratiques professionnelles, déclarer les événements indésirables graves.
- 4- **La généralisation des entrepôts de données**, au sein des SAMU, afin de mesurer, en temps réel, la charge de l'activité vis-à-vis des

ressources mises en place (temps d'occupation en ligne des ARM, temps de décroché etc), pour structurer et adapter les organisations (indicateurs d'activité, indicateurs de performance, indicateurs de structures).

- 5- **La mise en place obligatoire de superviseurs**, au sein des SAMU-Centre 15, afin de répondre aux besoins de pilotage, d'encadrement en salle de régulation et d'accompagnement des ARM.
- 6- **L'application du référentiel sur « les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgences » daté de novembre 2011**. Ce référentiel établit des ratios fondamentaux, tels que les rythmes moyens suivants : « pour un médecin régulateur, 6 dossiers de régulation médicale par heure et pour un assistant de régulation médicale, 7,2 appels par heure. Il formalise une quantité et une répartition des effectifs médicaux et non médicaux indispensables à mettre en place pour permettre le « juste soin » en structures d'urgences ». Ce référentiel existe depuis novembre 2011 et il doit être appliqué à toutes les structures d'urgences SAMU, SMUR et SAU.
- 7- **L'arrêt immédiat de la fermeture de lits notamment des lits de soins critiques** mais aussi une réorganisation de l'hôpital afin de faciliter l'aval des urgences.
- 8- **L'ouverture anticipée, transitoire et adaptée d'unités d'hospitalisation** adossées aux urgences dans les périodes à forte pression.
- 9- **Une réforme en urgence de l'organisation des transports sanitaires** qui dysfonctionnent depuis plusieurs années et provoquent, *ipso facto*, des erreurs dans le processus de décisions en régulation médicale.
- 10- **Développer des projets de coopération entre les SAU et la médecine de ville** du même territoire en dehors des temps de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) comme aux horaires de la PDSA.
- 11- **Le SNPHARE** propose qu'au niveau de chaque territoire **un plan « Hôpital sous tension »** soit élaboré par les structures hospitalières publiques et privées et coordonné par le SAMU. Ce plan doit pouvoir proposer des organisations nouvelles capables d'apporter des solutions aux patients lorsqu'une structure est saturée.
- 12- **Le SNPHARE demande l'arrêt des transformations de services d'urgences en centres de soins non programmés**. En effet, il s'agit d'un coup porté au maillage médical indispensable de notre territoire national avec une atteinte péjorative sur l'offre de soins, pourtant déjà réduite dans de nombreux territoires.
- 13- **Développer la télémédecine** entre les EPHAD, les SAU et le SAMU dans tous les GHT pour un soin efficient.
- 14- **Une coordination** entre les ARS, les directions hospitalières et les structures d'urgences plus proches du terrain à l'échelle du territoire avec une prise de décisions décentralisée.

**Les propositions du SNPHARE pour les structures d'urgences ont pour objectif l'amélioration des prises en charge des patients au quotidien. La qualité des soins et la sécurité des patients sont le fil conducteur de nos propositions. Le SNPHARE reste mobilisé et disponible pour travailler dans ce sens, dans l'intérêt des patients et des soignants.**

# Lumière sur le fameux rapport du CNG !

Jusqu'en 2007, le recrutement et la gestion des praticiens hospitaliers, des directeurs d'hôpitaux et des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux étaient assurés par le Ministère chargé de la santé au sein de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). Par la suite, un établissement public administratif sous tutelle du Ministre chargé de la santé a été créé : le Centre National de Gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG). À l'occasion de ses dix ans, le CNG publie un volumineux rapport d'activité 2017 (765 pages que vous pouvez retrouver ici : <https://www.cng.sante.fr/statistiques-rapports-dactivite>). Nous allons nous attacher à vous rappeler les différentes missions du CNG et essayer d'extraire de ce rapport 2017 les points marquants pouvant intéresser les praticiens hospitaliers.

## MISSIONS ET FONCTIONNEMENT DU CNG

Les missions du CNG sont précisées par le décret n° 2007-704 du 4 mai 2007 modifié par le décret n° 2010-1272 du 25 octobre 2010. Elles comportent :

- La gestion statutaire et le développement des ressources humaines des praticiens hospitaliers, des personnels de direction de la fonction publique et des personnels enseignants et hospitaliers titulaires (conjointement avec le ministère chargé de l'Enseignement et de la Recherche pour ces derniers).
- En ce qui concerne les PH : la nomination, le classement dans la carrière et l'avancement, la recherche d'affectation (dispositif qui permet d'envisager un projet de reconversion professionnelle ou un changement de spécialité), la disponibilité, le détachement, la publicité des déclarations de vacance de poste, la tenue du dossier individuel des professionnels, l'exercice du pouvoir disciplinaire, la procédure d'insuffisance professionnelle, la retraite, le recul de limite d'âge, la prolongation d'activité, la démission, l'organisation des élections aux commissions statutaires nationales et aux conseils de discipline ainsi que la tenue du secrétariat de ces instances.
- L'accompagnement professionnel des PH et des directeurs en recherche d'affectation et hors recherche d'affectation. En 2018, 398 professionnels ont été accompagnés : 155 PH soit 0,35% des effectifs rémunérés et 243 directeurs soit 5,1% des effectifs

“ Il n'y a pas de raz-de-marée de candidats aux postes de PH malgré l'augmentation des promotions d'internes et les quelques mesures d'attractivité mises en place lors du dernier quinquennat. ”

rémunérés. Les PH sont donc nettement moins représentés que les directeurs dans les accompagnements.

- L'organisation des commissions et la prise en charge des autorisations nationales d'exercice des médecins, pharmaciens, odontologistes et sages-femmes à diplômes Européens ou hors Union Européenne.
- La gestion des contrats d'engagement de service public pour les étudiants et internes en médecine destinés à lutter contre les déserts médicaux.
- L'organisation de 19 concours nationaux de recrutement des professionnels relevant du secteur sanitaire, social et médico-social) : 12 concours médicaux nationaux dont les épreuves classantes nationales informatisées en médecine (ECNi), les internats en pharmacie, en odontologie et autre internats, le concours national de praticiens des établissements publics de santé (CNPH) et les épreuves de vérification des connaissances des praticiens hospitaliers à diplômes hors Union Européenne et 7 concours administratifs nationaux.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, le CNG gère :

- 44305 PH temps plein dont 4336 en sortie temporaire (9,8 %) : disponibilité (71,5 %), détachement (23,5 %), congés longue durée, longue maladie, parental (4,2 %) et mise à disposition (0,8 %)
- 5541 PH temps partiel dont 893 en sortie temporaire (16 %)
- 6303 personnels enseignants et hospitaliers dont

4296 PU-PH (68,2 %) et 2007 MCU-PH (31,8%)  
 ● 5487 directeurs dont 2987 directeurs d'hôpital, 1752 directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social et 748 directeurs des soins.

Le budget 2017 du CNG était de 75 millions d'euros et il emploie 116 personnes. Il est dirigé depuis 2007 par Mme Danielle Toupillier.

## CONCOURS DE PH ET RECRUTEMENT DES PH

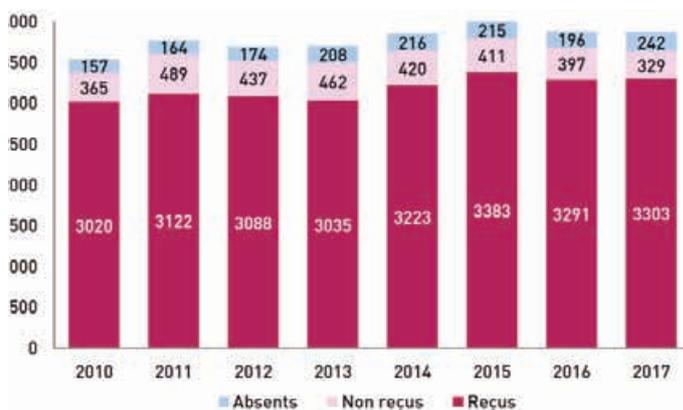
Pour devenir praticien hospitalier, les candidats doivent être admis au concours national de praticien des établissements publics de santé (CNPH) (voir article page 9).

Le nombre de candidats inscrits et présents au CNPH connaît peu de variation d'une session à l'autre et les femmes restent plus nombreuses (59,34 %) que les hommes (40,66 %). Il n'y a donc pas de raz-de-marée de candidats aux postes de PH malgré l'augmentation des promotions d'internes et les quelques mesures d'attractivité mises en place lors du dernier quinquennat.

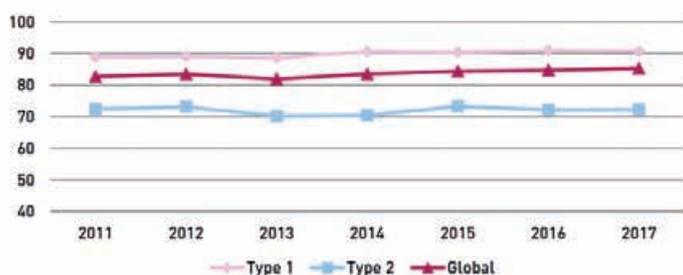
Le taux de réussite à la session 2017 a été de 85,26 %. Il est en augmentation constante depuis 2012.

Deux tours de recrutement ont été organisés en 2017 (6433 postes de PH publiés au premier tour et 5811 au deuxième tour) et 3685 nominations ont été pro-

Évolution du CNPH



Évolution du taux de réussite au CNPH (sur le candidats validés)



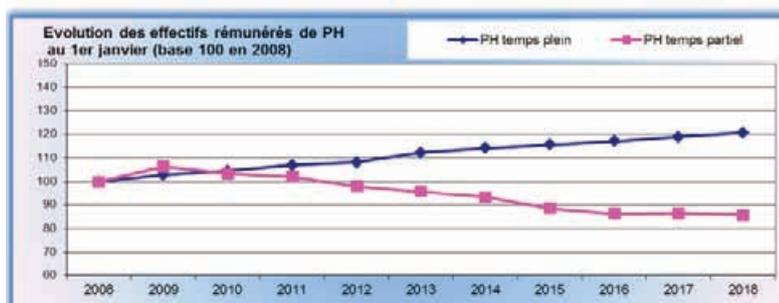
noncées (2370 au premier tour et 1310 au deuxième) dont 2670 (72,5 %) correspondent à de nouvelles nominations dans le corps des PH.

## DÉMOGRAPHIE DES PH

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, le CNG dénombre 44 534 praticiens hospitaliers en exercice, soit une hausse de 1,5 % par rapport à la même date de l'année précédente.

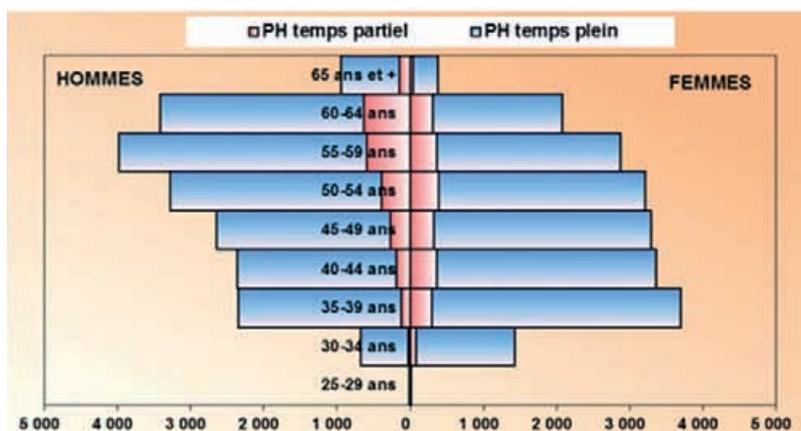
Ils se répartissent en 39 965 PH à temps plein et 4569 PH à temps partiel. Si ces derniers ont vu leur nombre diminuer de 14,3 % depuis 2008, les temps pleins ont au contraire progressé de 20,7 % au cours de la même période, au rythme régulier de 1,9 % par an.

Évolution des effectifs rémunérés



Cependant, comme le précise le CNG: « Cette progression des effectifs (praticiens recrutés après réussite au concours national de praticien hospitalier ou par mutation d'un praticien hospitalier titulaire) ne

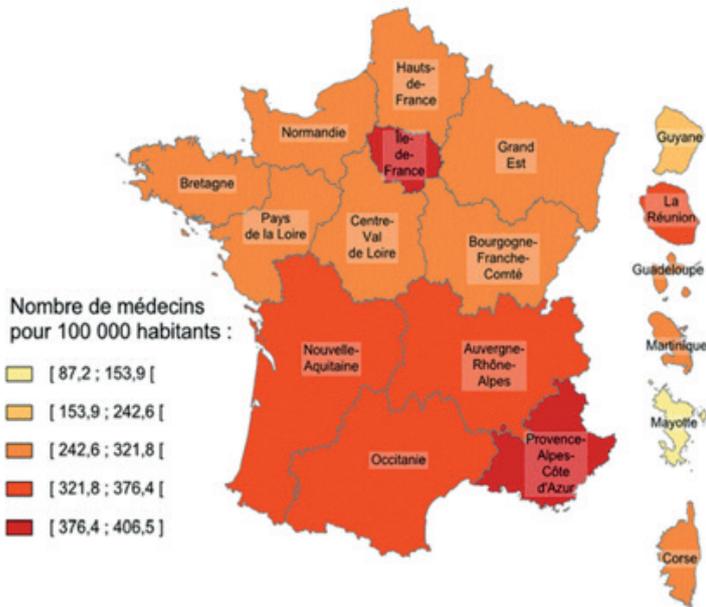
Démographie



se traduit pas pour autant par une évolution équivalente du temps médical à l'hôpital. En effet, l'augmentation des emplois de PH observée depuis 2002 résulte d'une part, de la création nette d'emplois de praticiens liée notamment à la mise en place de l'ARTT, et, d'autre part, de la transformation d'emplois

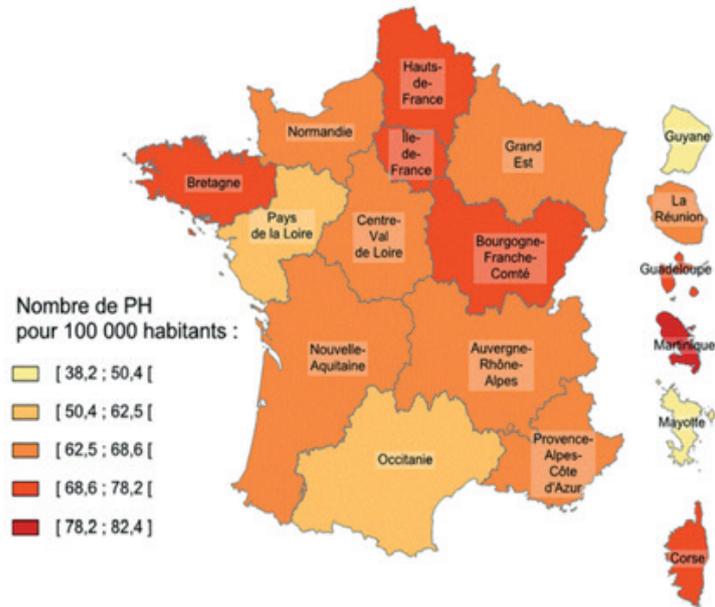
Source Drees-RPPS :

Densité des médecins  
Source Drees-RPPS au 01/01/2017



Source CNG-SIGMED :

Densité des PH  
Source SIGMED au 01/01/2018



de praticiens hospitaliers à temps partiel ou d'emplois de praticiens contractuels en emplois de praticiens hospitaliers à temps plein. »

La féminisation des PH poursuit sa progression pour atteindre 52 % pour les PH temps plein. Les femmes PH sont en moyenne plus jeunes de 3,7 ans par rapport aux hommes.

Comme le montrent les deux cartes ci-dessus, la densité géographique des PH est extrêmement différente de celle de l'ensemble des médecins. Exception faite de la région Île-de-France qui présente des densités supérieures à la moyenne nationale pour les PH et l'ensemble des médecins. Les densités de médecins les plus importantes se situent au sud de la Loire et les densités les moins importantes de PH se retrouvent au nord de la Loire (Hauts-de-France, Bourgogne-Franche-

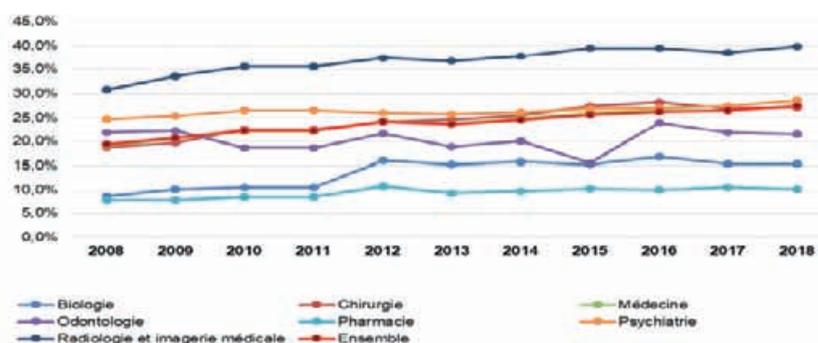
« La progression des effectifs (praticiens recrutés après réussite au concours national de praticien hospitalier ou par mutation d'un praticien hospitalier titulaire) ne se traduit pas pour autant par une évolution équivalente du temps médical à l'hôpital. »

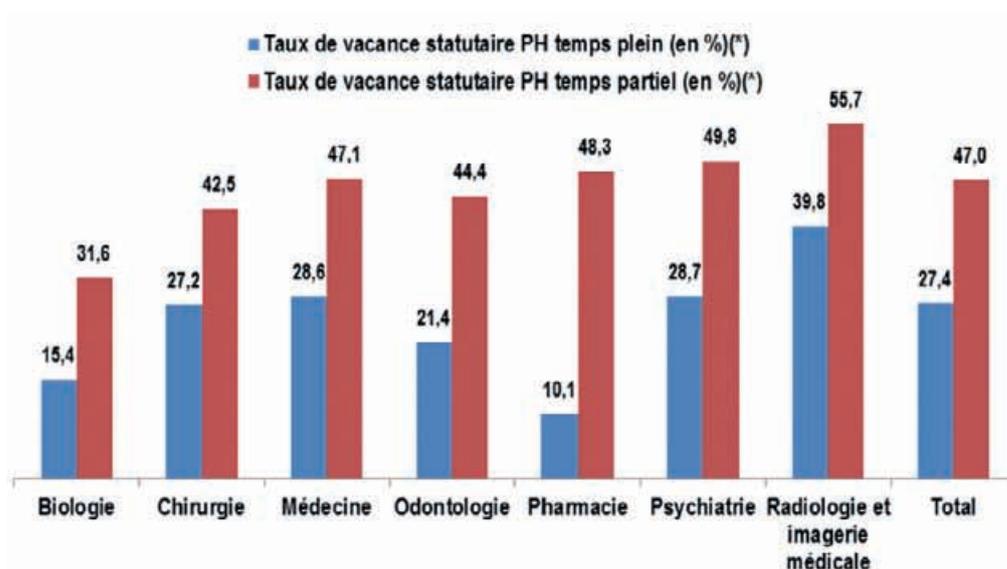
Comté, Bretagne) en Martinique, Guadeloupe et Corse.

## LE PROBLÈME : LA VACANCE DES POSTES !

Le taux de vacance statutaire des PH temps plein a atteint un nouveau record au 1<sup>er</sup> janvier 2018 à 27,4 % (27 % en métropole et 37,7 % dans les départements et collectivités d'outre-mer) en progression de 0,9 % en un an. Il existe une grande différence entre les régions. Ainsi le taux de vacance en PACA est de 20,1 % (+1,2 % en un an) et de 22,5 % en Ile-de-France (+0,4 %) alors qu'il est nettement supérieur à la moyenne nationale en Normandie (34,9 %, +1,5 % en un an), dans le Centre Val-de-Loire (33,7 %, +1,6 %), en Bourgogne-Franche-Comté (32,8 %, +1,8 %) et dans les DOM-TOM (à l'exception de La

Evolution de vacances statutaires des PH temps plein





Réunion) avec des taux allant de 38,7 % en Guadeloupe à 77,8 % à Saint-Pierre-et-Miquelon.

En ce qui concerne les PH temps partiel, la situation est encore plus catastrophique puisque le taux de vacances atteint 47 %, en augmentation de 0,9 %. Cinq spécialités se démarquent des autres avec un taux de vacance statutaire élevé : il s'agit de la radiologie et imagerie médicale (42,2 %), l'ophtalmologie (39,8 %), la médecine du travail (39,2 %), l'oncologie médicale (37,6 %) et l'anesthésie-réanimation (37,2 %). Le plus faible taux de vacance concerne la pharmacie à 10,1 %.

Comme le souligne le CNG, il faut cependant mettre un petit bémol à cette pénurie. En effet, les données de l'enquête nationale réalisée par le CNG en janvier 2017 sur les praticiens contractuels montraient que près d'un tiers des postes de PH à titre permanent étaient provisoirement occupés par des praticiens contractuels.

Pour illustrer ce propos, prenons le cas de l'anesthésie-réanimation. Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, 5750 postes de PH temps plein étaient budgétés, dont 3612 occupés (taux de vacance statutaire à 37,2 % en augmentation de 2,5 %). Pour les PH temps partiel, 439 postes étaient budgétés dont 178 occupés (taux de vacance à 59,5 %). Cette aggravation est due en grande partie à un solde des entrées-sorties négatif pour les PH temps plein en 2017 : 218 entrées (lau-

réats nommés) pour 242 sorties (retraite 83,1 %, démissions 11,6 %, radiations 2,9 % et décès 2,5 %).

## CONCLUSION

Malgré l'augmentation relative du nombre de PH, le rapport du CNG confirme malheureusement la progression de la pénurie médicale dans les établissements publics de santé. Si nous voulons sortir de cette spirale infernale, un choc d'attractivité pour la profession médicale hospitalière paraît indispensable.

*Jullien Crozon, Secrétaire Général du SNPAHRE*

**Pensez à suivre l'actualité sur le site du SNPHARE**

**<http://www.snphare.com>**

**Pour s'abonner aux lettres d'information : <http://eepurl.com/dlo0H1>**

# « Aujourd'hui il faut produire des soins et plus en prodiguer »

Elle a créé la première consultation « Souffrance et travail » en 1995 au Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre. Il en existe désormais 140 ! Marie Pezé est Docteur en Psychologie, psychanalyste et ancien expert judiciaire. Elle fait partie de celles et ceux qui ont tiré la sonnette d'alarme depuis longtemps, la rédaction de PHARE voulait l'interroger après les séries de suicides à répétition au sein du monde hospitalier....



**PHARE : La liste des soignants s'étant donné la mort ne fait que s'allonger. Les grandes instances et les directions hospitalières ne semblent pas vraiment toujours prendre la mesure des choses. Peut-on encore stopper l'hémorragie selon vous et si oui, de quelle manière ?**

**Marie Pezé :** Il faut savoir que le suicide au travail, cette hémorragie dont vous parlez, touche toutes les catégories socioprofessionnelles : un agriculteur se tue tous deux jours, un policier tous les 3 jours. Il est important de savoir que cela ne concerne pas que les soignants, c'est un « malaise » général du monde du travail qui est en cause. Concernant les soignants, le sens de leur métier a été un effet protecteur pendant longtemps et là on assiste à l'envahissement de leurs métiers par les mêmes plaies présentes dans les autres secteurs. Le *lean management* et la tarification ont envahi le monde des soins. Aujourd'hui, il faut produire des soins et plus en prodiguer. On sait d'où vient l'hémorragie mais je ne pense pas qu'on sache vraiment comment la traiter, au vu de tout ce qui se passe...

**PHARE : Après des drames comme ceux-là, commis sur le lieu de travail le plus souvent, on entend quasiment dans la foulée : « Aucun lien avec le travail ne peut encore être établi », « Il/elle n'a pas tenu le coup » ou encore « Il/elle avait des problèmes personnels ». Peut-on parler de déni généralisé ?**

**MP :** C'est classique en France. C'est facile pour les directeurs d'aller vers ces constats. J'ai envie de vous dire que nous avons tous des problèmes personnels et que si nous n'investissons pas toute notre psycho-

logie dans le travail nous ne pourrions pas bien travailler, surtout du côté du soin. Sans la personnalité on ne devient pas soignant ! En 2018, le chef d'établissement ne peut plus dire qu'il ne savait pas ! L'expert judiciaire que je suis tient à le rappeler : la faute liée au travail n'a pas à être déterminante, il suffit qu'elle soit nécessaire. Même avec les difficultés personnelles qu'on pourrait identifier durant l'enquête, si une cause est liée au travail, le chef d'établissement est tout de même responsable d'une faute inexcusable.

**PHARE : En tant que spécialiste de la souffrance au travail, pouvez vous nous décrire des causes communes racines à ces suicides en série ?**

**MP :** Il faut d'abord regarder du côté des pathologies de l'envahissement. Nous sommes envahis par les nouvelles technologies informatiques et une « procéduralisation » intense du travail, encore plus dans le travail du soin lorsqu'on sait qu'une infirmière ne consacre plus que 10 % de son travail au soin le reste étant de l'enregistrement de la saisie et traçabilité. Cet envahissement est une cause terrible. Elle enlève du métier le fait de faire du « beau travail ». La certification à outrance est pleine de trous et d'irrégularités. Les gens sont obligés de contourner les procédures pour faire leur travail et se retrouvent dans des conflits éthiques du « mauvais boulot exécuté ». Le travail perd donc sa valeur de construction identitaire... Il devient une aliénation au lieu d'être un épanouissement.

**PHARE : Les jeunes médecins ont particulièrement été touchés ces derniers temps. En quoi sont-ils des « proies » faciles pour le système d'après vous ?**

**MP :** Quand vous êtes interne vous êtes le rouage qui fait tourner l'hôpital. Ils ont en quelque sorte la charge de ce système devenu fou. De plus, le compagnonnage que j'ai bien connu pour avoir travaillé avec des chirurgiens, qui existait, même si on pouvait être dur avec son interne, ce temps là s'est réduit comme peau de chagrin. L'autre plaie en plus de l'envahissement du travail par la surcharge, c'est la ▶ ▶ ▶

## « La bataille du déni est perdue d'avance ! »

Il a été expert psychiatre à plusieurs reprises au cours de procès traitant de suicides au travail. Le professeur Dejourns est engagé dans cette lutte contre la souffrance au travail en tant que psychiatre et psychanalyste mais aussi en tant qu'auteur puisqu'il a écrit plusieurs ouvrages sur ces thèmes. PHARE fait le point avec lui sur cette vague de suicides qui touche le monde hospitalier.

**PHARE : La liste des soignants s'étant donné la mort ne fait que s'allonger. Les grandes instances et les directions hospitalières ne semblent pas vraiment toujours prendre la mesure des choses. Peut-on encore stopper l'hémorragie selon vous et si oui, de quelle manière ?**

**Christophe Dejourns :** Ces suicides ne sont pas récents, ça fait des années qu'ils ont lieu dans toutes les disciplines de la médecine et effectivement ça continue. Ce qu'on peut remarquer c'est que les médecins qui se suicident sont toujours des personnes très impliquées et engagées dans leur travail médical. Cela n'est pas anodin du tout car ces suicides sont forcément liés au travail et l'on se suicide ailleurs si ce n'est pas par rapport au travail. Pour moi, c'est clairement un message adressé aux autres, à la communauté hospitalière. C'est de là qu'on devrait partir pour analyser ces actes et penser leur prévention.

**PHARE : Quel serait ce message d'après vous ?**

**CD :** La surcharge de travail des soignants est réelle évidemment mais je ne suis pas sûr que ce soit l'élément déterminant. Sous la pression productiviste



des dispositifs gestionnaires mis en place dans les hôpitaux, les soignants travaillent de plus en plus et

▶▶▶ solitude. Chacun en est rendu à assumer seul la difficulté du terrain et les erreurs collectives.

**PHARE : Chez nos voisins européens par exemple, lorsqu'une telle tragédie arrive, les dirigeants ou directeurs démissionnent le plus souvent ou sont sanctionnés, voire les deux. En France, il semble que ce ne soit pas du tout le cas. Doit-on y trouver une des origines de cette situation intolérable ?**

**MP :** On fait beaucoup plus de prévention primaire dans des pays comme la Suède, le Japon et quand une telle catastrophe arrive c'est que la prévention

“ À côté de l'envahissement du travail par la surcharge, existe une autre plaie : la solitude. ”

primaire n'a pas fonctionné donc le responsable démissionne de lui-même le plus souvent. Chez nous, depuis toujours, on est dans un fonctionnement élitiste ou on protège la hiérarchie sous prétexte de protéger l'institution alors qu'on la vérole de l'intérieur puisqu'on éteint toute espérance et tout sentiment de justice. Toutes les jurisprudences qui tombent, si elles étaient connues, pourraient venir à bout de ce sentiment d'injustice.

*Propos recueillis par Saveria Sargentini*

surtout passent beaucoup de temps à encoder et à enregistrer des informations pour les gestionnaires qui ont besoin de ces chiffres mais pas eux ! Ce travail, en plus, n'a aucune signification médicale, pour le médecin ou l'infirmier ! Sa valeur purement administrative n'a rien à voir avec la formation qu'ils ont reçue, ce n'est pas pour ça qu'ils se sont engagés dans des études longues et difficiles. Le résultat de cette « surcharge » c'est la dégradation du travail, du service médical. A force de trahir l'éthique médicale et la déontologie on ruine le sens de son propre travail. La souffrance éthique commence quand « j'accepte d'apporter mon concours à des actes que mon sens moral réprovoque » : c'est le message.

**PHARE : Les jeunes médecins ont été touchés ces derniers temps. En quoi sont-ils des « proies » faciles pour le système d'après vous ?**

**CD :** Les internes sont très mobilisés, très motivés pour faire ce métier. Ces études sont extrêmement dures mais au point de vue de la surcharge de travail il y a un problème dans la manière de traiter les internes aujourd'hui. Tout le système hospitalier est dérégulé, il n'y a plus d'instances qui seraient capables de rétablir un minimum de savoir vivre et de respect de l'autre. Harcèlement continu, humiliations publiques : certains internes sont mes patients alors je peux en parler. C'est épouvantable pour un grand nombre d'entre eux. Le grand problème qui est posé par ces suicides c'est que les agresseurs sont souvent des médecins qui se mettent du côté de l'administration et des gestionnaires. Des collègues sont donc co-responsables de ces suicides.

**PHARE : Après un drame comme celui-là, commis sur le lieu de travail le plus souvent comme vous le disiez, on entend quasiment dans la foulée : « Aucun lien avec le travail ne peut encore être établi », « Il/elle n'a pas tenu le coup » ou encore « Il/elle avait des problèmes personnels ». Peut-on parler de déni généralisé ?**

**CD :** La bataille du déni qui est tenue par des gens comme Didier Lombard, de France Télécom qui déclarait que le suicide est une mode est perdue d'avance ! Ça sera toujours l'argument massue : les pathologies mentales sont d'origine individuelle. Il est pourtant établi que certains suicides sont liés au travail, pas seulement en France : au Japon par exemple. Chez nous, nous avons maintenant des preuves accablan-

tes que les processus de harcèlement par l'administration hospitalière sont souvent en cause. Il y a notamment des éléments dans *Omertà* à l'hôpital, livre sur la maltraitance des étudiants en santé. Au cours de certains procès contre des multinationales comme Renault, la faute inexcusable de l'employeur a été reconnue. Ça arrivera à l'hôpital. Les dirigeants étaient au courant et ont appuyé les harceleurs, ils sont donc pénalement responsables. D'autre part, il ne faut pas considérer que parce qu'il y a des problèmes dans l'espace domestique ce sont ces problèmes qui sont la cause du suicide. Ils sont en fait souvent la conséquence de la dégradation du rapport au travail.

“ **À force de trahir l'éthique médicale et la déontologie, on ruine le sens de son propre travail.** ”

**PHARE : Chez nos voisins européens par exemple, lorsqu'une telle tragédie arrive, les dirigeants ou directeurs démissionnent le plus souvent ou sont sanctionnés, voire les deux. En France, il semble que ce ne soit pas du tout le cas. Doit-on y trouver une des origines de cette situation intolérable ?**

**CD :** Bien sûr, tout ça est vrai. Cette impunité dans la fonction publique hospitalière est couverte par l'Etat. Le ministère de la Santé, l'HAS, les ARS sont des appareils redoutables qui couvrent toutes ces pratiques avec un cynisme redoutable. Tout cela au nom de la gouvernance par les nombres. Ils couvrent systématiquement tous les problèmes qui pourraient advenir aux directeurs d'hôpitaux tant que les résultats de gestion sont bons. C'est une volonté délibérée de l'État que d'exalter la quantité, fût-ce au détriment de la qualité. Donc, ces gens aussi ont une responsabilité dans ces drames ! Pour faire du chiffre, et continuer à faire « leurs affaires » ils acceptent qu'il y ait des morts. Ils le regrettent parfois, mais l'acceptent finalement.

*Propos recueillis par Saveria Sargentini*

# ANNONCES DE RECRUTEMENT



## L'HÔPITAL UNIVERSITAIRE NECKER-ENFANTS MALADES RECRUTE DES MÉDECINS ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS

pour la maternité et le secteur d'anesthésie-réanimation pédiatrique de son pôle mère-enfant.



Pour rejoindre notre établissement, merci d'adresser votre candidature (CV et lettre de motivation) à :  
e-mail : [gilles.oriaguuet@aphp.fr](mailto:gilles.oriaguuet@aphp.fr)  
<http://recrutement-anesthesiste-necker.aphp.fr/>

### Au centre de Paris, au sein d'une équipe exerçant une activité polyvalente :

- ⇒ Anesthésie pédiatrique pour toutes les spécialités chirurgicales, y compris la neurochirurgie et la cardiologie.
- ⇒ Accueil et prise en charge des enfants polytraumatisés au sein du trauma center pédiatrique d'Ile-de-France.
- ⇒ Prise en charge des patients hospitalisés dans les 14 lits de réanimation et les 20 lits de surveillance continue chirurgicale pédiatrique.
- ⇒ Anesthésie obstétricale.
- ⇒ Participation aux activités d'enseignement et de recherche.



Ile-DE-FRANCE



Le CENTRE HOSPITALIER DE ROUBAIX recrute

## MÉDECIN RÉANIMATEUR H/F

Établissement public de santé de plus de 1200 lits, le Centre Hospitalier de Roubaix est un hôpital alliant proximité et technicité avec une équipe médicale dynamique de plus de 300 médecins et internes. Situé dans la métropole Lilloise, le CH de Roubaix est facilement accessible en transport en commun.

### CARACTÉRISTIQUES DU SERVICE DE RÉANIMATION

Le service de réanimation/unité de surveillance continue adulte comprend 20 lits de réanimation (2 unités de 10 lits) et 6 lits d'USC. L'équipe en place est composée de 8 médecins et de 5 internes. L'équipe médicale est jeune, dynamique et soudée. Certains réanimateurs s'investissent dans la recherche clinique, réalisent des DU et s'engagent dans la formation des internes. Des consultations post-réanimatoires sont proposées. Le service a été refait à neuf en mai 2016 et dispose de locaux lumineux et d'équipements récents et très modernes. La permanence des soins est assurée par une garde sur place.

L'équipe recherche un 9ème réanimateur, pour un effectif total de 8.6 ETP.

Pour tout renseignement ou candidature, merci de bien vouloir contacter

Dr DETOURMIGNIES, Chef de pôle, [laurence.detourmignies@ch-roubaix.fr](mailto:laurence.detourmignies@ch-roubaix.fr) ou 03 20 99 32 70  
M. VERMELLE, Affaires médicales, [affaires-medicales@ch-roubaix.fr](mailto:affaires-medicales@ch-roubaix.fr) ou 03 20 99 31 17

[www.ch-roubaix.fr](http://www.ch-roubaix.fr)



HAUTS-DE-FRANCE

## LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-QUENTIN (02)

Au centre de 4 CHU, à 1h environ de Reims, de Lille, 45 minutes d'Amiens, 1h30 de Paris  
Etablissement Pivot du territoire Aisne-Nord/ Haute-Somme

Avec près de 900 lits et places couvrant une large gamme d'activités sanitaires et médicosociales (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, SSR, USLD, EHPAD, SSIAD, CAMSP, CSAPA...) pour un budget avoisinant les 200 millions d'euros, fédérant près de 2 700 salariés, le centre hospitalier de Saint-Quentin est le second établissement de santé le plus important de l'ex région Picardie, derrière le CHU d'Amiens-Picardie. Certaines disciplines bénéficient plus particulièrement d'un large rayonnement ; la recherche clinique y est particulièrement dynamique.

### RECRUTE

**Un Anesthésiste Réanimateur pour son département d'anesthésie-réanimation**

**Un Urgentiste pour le Service d'Accueil et d'Urgence-SMUR**

**Un Médecin qualifié en réanimation médico-chirurgicale pour son service de réanimation et soins continus**

M. le Dr BERNARD - Président de la CME

m.bernard@ch-stquentin.fr - Téléphone : 03 23 06 73 69

Adresser CV et lettre de candidature : directiongenerale@ch-stquentin.fr



Centre Hospitalier  
de Saint-Quentin



## LE PÔLE SANTÉ SARTHE ET LOIR SITUÉ À 35MN D'ANGERS ET LE MANS - 1H15 DE PARIS EN TGV

### RECRUTE

**DES MÉDECINS ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS TEMPS PLEIN OU TEMPS PARTIEL**

**INSCRIPTION AU CONSEIL DE L'ORDRE REQUISE**

Le bloc opératoire est composé de 6 salles dont une de césarienne.

Activités de chirurgie orthopédique, viscérale, urologie, ORL, stomatologie, ophtalmologie et gynécologie.

Chirurgie pédiatrique ambulatoire.

Maternité de niveau I (550 accouchements par an).

Pratique de l'anesthésie générale, anesthésie loco-régionale sous échographie.

Réhabilitation post opératoire précoce. Unité de Soins Continus de 4 à 6 lits.

### Personne à contacter

**Dr Abdelhadi MASLOH, chef du pôle chirurgie/anesthésie/mère/enfant**

amasloh@pole-pssl.fr

Direction des ressources humaines et des affaires médicales

Pôle Santé Sarthe et Loir - Monsieur Jean-Marie POTOCZEK

CS 10129 LE BAILLEUL - 72205 LA FLECHE cédex

Tél. : 02 44 71 30 41 - Mail : stouchard@pole-pssl.fr



## Le Centre Hospitalier de Moulins-Yzeure (ALLIER)

**978 lits et places (dont 374 en MCO). 200 personnels médicaux et 2 000 non médicaux.**

### OFFRE DE SOINS COMPLETE ET DE QUALITÉ :

Principales spécialités médicales et chirurgicales, une réanimation, un service d'Accueil des Urgences avec SAMU et SMUR, un plateau technique très complet (Scanner, IRM, Radiothérapie).  
VILLE DE PRÉFECTURE à 2H30 de Paris et de Lyon - 1H de Clermont-Ferrand.

### RECHERCHE :

**UN ANESTHÉSISTE POUR COMPLÉTER SON ÉQUIPE DE 6 PRATICIENS**

**ET**

**LE SAMU 03 (ALLIER) RECHERCHE UN URGENTISTE**

CV et MOTIVATIONS sont à adresser à : M. Fabien AMENGUAL-SERRA

Directeur de la Stratégie Médicale - C.H. de MOULINS-YZEURE

10, avenue du Général de Gaulle - BP 609 03006 MOULINS CEDEX

Tél. : 04 70 35 79 7 - Email : affaires-medicales@ch-moulins-yezure.fr

### Sites Internet :

[www.ch-moulins-yezure.fr](http://www.ch-moulins-yezure.fr) et [www.ville-moulins.fr](http://www.ville-moulins.fr)



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) GENÈVE (30mn).

## POSTE PROPOSÉ : MÉDECINS ANESTHÉSISTES

## CONTRAT(S) : PH TEMPS PARTIEL ; PH TEMPS PLEIN ; PRATICIEN CONTRACTUEL ; CLINIENS

### Descriptif :

Le Centre Hospitalier Anancy Genevois (CHANGE) RECRUTE dans le cadre de son développement sur les sites d'ANNECY et de SAINT JULIEN DES ANESTHÉSISTES au sein d'une équipe de 23 praticiens.

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

### Conditions :

(Pour postuler à cette offre vous devez être titulaire d'un diplôme de médecine)

**Personne à contacter :** Dr Bruno - tél. 04 50 63 63 47 - bpiocelle@ch-annecygenevois.fr

Direction des Affaires Médicales : tél. 04 50 63 62 03

**Courriel :** smeillandrey@ch-annecygenevois.fr ou lmarin@ch-annecygenevois.fr

ou abigard@ch-annecygenevois.fr



Centre Hospitalier Anancy Genevois - site ANNECY - 1 avenue de l'Hôpital BP 90074 - 74574 PRINGY

## LE CENTRE HOSPITALIER DE VILLEFRANCHE SUR SAÔNE RECRUTE POUR SON SERVICE DE RÉANIMATION



**l'hôpital**  
NORD OUEST



Possibilité d'avoir un exercice mixte anesthésie-réanimation.

### Recherche profils Anesthésistes-Réanimateurs ou Réanimateur

#### Contexte d'ouverture du poste :

- Poste pérenne - Création de poste suite au développement d'activité dû aux nouvelles spécialités.
- Départ de l'un des praticiens.

#### Type de contrat proposé au moment du recrutement et perspective à moyen terme :

- PHC/PH - Clinicien - Assistant - Praticien attaché associé - Stagiaire associé.

#### Temps de travail :

- Temps plein (partiel - 80 % envisageable) - Activité de gardes sur place.

#### Lieu et conditions d'exercice :

Les hôpitaux de Villefranche, Tarare, Trévoux en direction commune sont dans une phase de développement d'activité très fort depuis 2011 (nouvelles créations et autorisations d'activités, recrutements équipes médicales et paramédicales, augmentation des parts de marché, particulièrement en chirurgie).

Engagés dans un projet médical important autour de la constitution d'une des premières CHT en France, ils ont su mettre en place des organisations innovantes et performantes. Tous trois dégagent des excédents et des taux de marge supérieurs à 10 %.

En anesthésie, les médecins travaillent à tour de rôle sur les sites de Gleize (bloc + consultations) et Tarare (bloc + consultations).

Le service d'anesthésie fait partie du pôle 1 de Chirurgie.

Il est composé de 14 médecins soit 12 ETP (5 temps partiels = 3 ETE; 9 temps pleins = 9 ETP).

Le service d'anesthésie est organisé en temps continu et fonctionne en gardes seniors sur place.

#### Mission principale :

- Consultation - Bloc - Maternité - Suivi des patients.

#### Missions spécifiques confiées ou pouvant être confiées :

- Missions institutionnelles : animations d'instances ou groupes de travail - Mission-recherche - Mission qualité (EPP, ...)
- Animation de réseau, filière - Mission managériale - Formation.

#### Compétences technique-scientifiques :

- Obligatoires : DES d'anesthésie - Souhaitées : DU, capacité.

#### Compétences complémentaires :

- Capacité relationnelle : diplomatie, travail en équipe, leadership, ...
- Capacité au travail en interdisciplinarité, en autonomie, ...
- Capacité d'innovation à intégrer une équipe en place dans le cadre d'un nouveau projet.

#### Cellule Recrutement Médical

Mme MOREL Julie

04 74 09 23 89

cellulerecruitmentdam@hopitalnordouest.fr



## LE CENTRE HOSPITALIER DE VILLEFRANCHE SUR SAÔNE (GROUPE HÔPITAL NORD-OUEST)



**l'hôpital**  
NORD OUEST



### RECRUTE POUR SON SERVICE DE RÉANIMATION 1 RÉANIMATEUR TEMPS PLEIN OU TEMPS PARTIEL

#### Profil :

- Anesthésiste-réanimateur
- Réanimateur médical
- Qualification ordinaire en réanimation

#### Type de contrat proposé :

- Praticien Contractuel (versement Prime engagement dans la carrière Hospitalière de 30ke possible).
- Praticien hospitalier.
- Praticien attaché associé.

#### Condition d'exercice :

Le poste est à pourvoir au sein du Centre hospitalier de Villefranche, établissement porteur d'une direction commune de 3 établissements (Groupe Hôpital Nord-Ouest) particulièrement dynamique en terme d'activité et dans une situation financière excédentaire. Le service de réanimation dispose de 8 lits de réa et de 6 lits d'USC. Le service a été entièrement renouvelé récemment et bénéficie de conditions de travail agréables. L'équipe de réanimation est constituée de 5 médecins sénior et 4 internes et cherche aujourd'hui à s'étoffer par l'intégration d'un nouveau praticien sénior.

Récupération des gardes systématique, temps additionnel rémunéré.

Tour de garde intégrant les médecins du service et quelques médecins extérieurs.

#### Missions principales :

- Prise en charge des patients en réanimation et à l'USC, encadrement des internes, activité en journée et en garde.

#### Missions spécifiques confiées ou pouvant être confiées :

- Participation à diverses commissions de l'établissement, enseignement (Internes du CH, IFSI), activité de recherche.
- Participation à l'élaboration de protocoles

#### Compétences technique-scientifiques :

- Gardes autonomes.

#### Compétences complémentaires :

- Capacité au travail en équipe

#### Cellule Recrutement Médical

Mme MOREL Julie

04 74 09 23 89

cellulerecruitmentdam@hopitalnordouest.fr





# LE CHIHC RECRUTE

## Contacts :

M<sup>r</sup> VOLLE Olivier, Directeur  
Tél. 03 81 38 53 01

## Direction des Affaires Médicales :

M<sup>me</sup> QUERRY Catherine,  
Tél. 03 81 38 53 80

M<sup>me</sup> BEUQUE Floa,

Tél. 03 81 38 53 78

## Lettre de CANDIDATURE + CV

sont à adresser à :

M<sup>r</sup> VOLLE Olivier, Directeur

Centre Hospitalier Intercommunal  
de Haute-Comté

2, Faubourg St Etienne - CS 10320

25304 - PONTARLIER Cedex

Email : cquerry@chi-hc.fr

1 Anesthésiste-réanimateur (inscrit à l'Ordre des médecins) - Statut : (PH - praticien contractuel - ) - Il s'agit d'un poste pour "remplacement" ou d'un poste CDI.

L'Équipe 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'Équipe "salle de réveil" est composée de 12 postes & 2 IDE.

Pour tout renseignement : Contacter Dr OSADA ou Dr SCARLINO, Anesthésistes-réanimateurs



## Le Centre Hospitalier de Sens

### RECRUTE : Anesthésistes - Réanimateurs - Urgentistes

Temps plein ou temps partiel

Les postes sont à pourvoir dès que possible

**Hôpital :** Centre Hospitalier de Sens

Hôpital pivot sur le territoire nord-icaunais

A proximité de Paris et des grands axes : 110 kms au sud de Paris par A5/A6 - 1h depuis la Gare de Paris Bercy

**Pôle Médecine/Femme-Mère-Enfant :** 196 lits et places et 12 postes d'Hémodialyse (Médecine : 128 lits/Réanimation : 12/Gynéco-Maternité : 26/Pédiatrie-Néonatalogie : 28).

**Pôle Chirurgie/Oncologie et Services Médicotechniques :** 97 lits et places.

**Pôle Gériatrie autonomie :** 339 lits et places (EHPAD, UCC, accueil de jour).

**Plateau technique :** Service radiologie, 2 scanners et IRM, Service urgences 24h/24h-SMUR, 7 salles de bloc.

**Chiffres clés 2017 :** 30 569 séjours MCO pour 94 982 journées d'hospitalisation complète et 15 965 journées ambulatoires, 7 818 interventions au bloc opératoire (hors bloc maternité), 1 170 naissances, 173 110 venues externes, 46 719 passages aux urgences (Adultes, Pédiatriques et Gynécologiques), 17 386 journées de soins de Suite et de Réadaptation (SSR) pour 529 séjours pris en charge, 89 280 journées en EHPAD.

### Profils recherchés :

- Médecins urgentistes titulaires de la CAMU ou autre diplôme d'urgence (ou en cours d'acquisition) + Anesthésistes + Réanimateurs.
- Lauréats de la PAE ou inscrits à l'Ordre.
- Cliniciens, PH ou contractuels (candidatures « associés » acceptées), temps plein ou temps partiel.

1 Avenue Pierre de Coubertin 89100 SENS

Tél. : 03 86 86 15 15 - www.ch-sens.fr

Personne à contacter :

Nom : Rita MAGALHAES - Fonction - Responsable des Affaires Médicales

Téléphone : 03 86 86 10 63 - Mail : rmagalhaes@ch-sens.fr



## Le CHU de Rennes recherche des anesthésistes-réanimateurs



Le CHU de Rennes est un établissement organisé autour de 2 sites principaux : Pontchaillou (centre-ville) et l'Hôpital Sud (sud de la ville) regroupant les activités femmes-enfants.

Rennes est une ville attractive, dynamique, étudiante et sportive située à moins d'1h30 de Paris en TGV, à 1h15 du golfe du Morbihan et à 45 minutes de Saint-Malo.

Le CHU de Rennes dispose d'un spectre large d'activités : orthopédie traumatologique, chirurgie viscérale, digestive, urologique, cardiaque, thoracique, vasculaire, ORL, OPH, neurochirurgie, activité interventionnelle – neuroradiologie, cardiologie, endoscopie – maternité, chirurgie gynécologie, chirurgie pédiatrique, etc. L'établissement dispose de 2 robots chirurgicaux.

Les activités d'anesthésie sont divisées en 4 services au sein d'un même pôle. Ces services intègrent 3 réanimations : chirurgicale, chirurgie thoracique cardiaque et vasculaire, pédiatrique.

Les UF d'anesthésies collaborent entre elles et de nombreuses passerelles ont été mises en place, sous forme de temps partagé sur la base du volontariat, afin de favoriser les possibilités de diversification d'activité. Est également possible l'exercice d'activités spécifiques (centre antidouleur, développement de l'hypnose, développement de l'ambulatoire, recherche, enseignement, etc.)

Une démarche d'amélioration du fonctionnement des blocs opératoires est en cours. Elle s'intègre à un schéma immobilier futur comportant un bloc commun et un regroupement des deux sites dans un ensemble neuf entièrement repensé autour du parcours patient. Ce projet devrait aboutir dans 5 ans. Des chartes de bloc sont déjà appliquées dans chaque secteur.

Les praticiens ont leur temps de travail décliné sur la base des « 48H » depuis mai 2018 et participent à la permanence des soins. L'établissement rémunère les praticiens volontaires au-delà des leurs obligations de service sur la base du temps de travail additionnel.



### Formation :

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

### Conditions de recrutement :

Possibilité d'accéder à des postes de praticien contractuel, assistant spécialiste, chef de clinique, praticien hospitalier, etc. Possibilité d'exercer à temps partiel.

### 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 le Professeur Eric WODEY - Chef de service SAR2 et SAR4  
Tél. : 02 99 26 59 46 (ligne directe) - eric.wodey@chu-rennes.fr

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



## LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINTONGE RECRUTE...

# DES MÉDECINS ANESTHÉSISTES TEMPS PLEIN

### STATUTS POSSIBLES

Praticien hospitalier, praticien contractuel, praticien clinicien, assistant.

### L'ÉTABLISSEMENT ET SON ENVIRONNEMENT

Situé au sud de la Charente Maritime, à 1h de Bordeaux et 30 minutes de l'océan, le CH de Saintonge est un établissement de recours doté de 5 pôles d'activités cliniques et 1 pôle médico-technique. Il a une capacité d'accueil de 881 lits et places, sur un bassin de population de plus de 300 000 habitants.

Il est par ailleurs établissement support du GHT de Saintonge pour le territoire Sud et Est de Charente Maritime.

### LE POSTE

Effectif du service d'anesthésie

Le Centre Hospitalier de Saintonge a défini une organisation dans laquelle les services de réanimation et d'anesthésie sont distincts et disposent d'équipes médicales propres.

### POUR TOUT RENSEIGNEMENT, VOUS POUVEZ CONTACTER :

- La présidente de CME - Madame le Dr Marie-Pascale Bienvenu - 05 46 95 10 76
- Le chef de service - Monsieur le Dr Olivier GUYONNAUD - o.guyonnaud@ch-saintonge.fr - 05 46 95 15 03
- La Directrice des Affaires Médicales - Madame Laurence Couloudou - l.couloudou@ch-saintonge.fr
- Le service des Affaires Médicales - aff-medicales@ch-saintonge.fr

L'effectif cible du service d'anesthésie est de 13 ETP.

Le service validant pour le DES d'Anesthésie Réanimation accueille 2 internes (CHU de Poitiers).

### Activités du service d'anesthésie

- Prise en charge de 5 lits de soins continus post-opératoires.
- Prise en charge obstétricale (1 500 accouchements/an).
- Toutes chirurgies (hors CTV et neurochirurgie).

### Permanence des soins

La permanence des soins s'organise en garde sur place avec systématiquement en continuité un repos de sécurité de 24h le lendemain.

### PROFIL RECHERCHÉ

- Inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins en France.
- Capacité à travailler en équipe.



## LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINTONGE RECRUTE...

# DES MÉDECINS RÉANIMATEURS TEMPS PLEIN

### STATUTS POSSIBLES

Praticien hospitalier, praticien contractuel, praticien clinicien, assistant.

### L'ÉTABLISSEMENT ET SON ENVIRONNEMENT

Situé au sud de la Charente Maritime, à 1h de Bordeaux et 30 minutes de l'océan, le CH de Saintonge est un établissement de recours doté de 5 pôles d'activités cliniques et 1 pôle médico-technique. Il a une capacité d'accueil de 881 lits et places, sur un bassin de population de plus de 300 000 habitants.

Il est par ailleurs établissement support du GHT de Saintonge pour le territoire Sud et Est de Charente Maritime.

### LE POSTE

#### Contexte

Le service de réanimation du Centre Hospitalier de Saintonge est à ce jour seul autorisé pour le territoire Sud et Est de Charente Maritime, en lien avec les différentes unités de surveillance continue du territoire.

Le Centre Hospitalier de Saintonge a défini une organisation dans laquelle les services de

réanimation et d'anesthésie, bien que dans le même pôle, sont distincts et disposent d'équipes médicales propres.

### Organisation du service de réanimation

Le service de réanimation comprend :

- 14 lits identifiés réanimation.
- 2 lits de soins continus à orientation médicale.

L'effectif cible du service est de 7 ETP.

Le service dispose de 3 internes dédiés à la réanimation.

### Permanence des soins

La permanence des soins s'organise en :

- 1 garde sur place.
- 1 astreinte opérationnelle.
- 1 garde d'Internes (6 internes participant à la permanence des soins).

### PROFIL RECHERCHÉ

- Inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins en France.
- Capacité à travailler en équipe.

### POUR TOUT RENSEIGNEMENT, VOUS POUVEZ CONTACTER :

- La présidente de CME, Madame le Dr Marie-Pascale Bienvenu - 05 46 95 10 76
- Le chef de service - Monsieur le Dr Jean-François VINCENT - j.vincent@ch-saintonge.fr
- La Directrice des Affaires Médicales - Madame Laurence Couloudou - l.couloudou@ch-saintonge.fr
- Le service des Affaires Médicales - aff-medicales@ch-saintonge.fr





## Le Centre Hospitalier de Mont de Marsan

### Recrute Un Médecin Anesthésiste - Réanimateur

Poste à temps plein à pouvoir dès maintenant. Tout statut (PH, Contractuel, assistant spécialiste, autres...).

Poste partagé (périodes alternées de deux mois) entre les services :

• **de Réanimation Médicale/Unité de Soins Continus**

Environ 800 entrées par an (80% médical, 20% chirurgical).

Service neuf, équipement complet (EER, CIGa, ETT, ETO, PICCO, fibro bronchique, ...).

• **d'Anesthésie**

Service d'anesthésie en chirurgie digestive, orthopédie, urologie, vasculaire, ORL, endoscopie, gynécologie et maternité (1400 accouchements - niveau II).

Établissement pivot sur son territoire, l'hôpital dispose de 6 pôles d'activité clinique, et d'un plateau technique complet (Scanner, IRM, Médecine Nucléaire, Laboratoire, 8 salles de bloc + secteur endoscopie).

**Vivre à Mont de Marsan, c'est :**

Bénéficier de la qualité de vie en Aquitaine et du Sud-Ouest, entre Mer et Montagne.

Habiter à proximité des villes de Bordeaux et Pau, à 4 heures de Paris (T.G.V.) tout en étant à 2 heures de l'Espagne.

**Personnes à contacter**

Dr SEMENT - Chef de service

arnaud.sement@ch-mdm.fr - 05 58 05 19 21

Docteur Philippe TESTON

philippe.teston@ch-mdm.fr - 07 77 36 61 33 ou 05 58 05 18 51

M. LUCENO - Directeur des Affaires Médicales

affaires-medicales@ch-mdm.fr - 05 58 05 10 24



CENTRE HOSPITALIER  
La Palmosa



## Le CH de Menton recherche un anesthésiste et des urgentistes

dans le cadre de l'autonomisation de sa ligne de SMUR en 2019 et un anesthésiste (statut à négocier).

Le centre hospitalier de Menton est un établissement public de santé, situé à l'est des Alpes-Maritimes à 30 km du Centre hospitalier universitaire de Nice, établissement support du GHT 06 dans lequel le CH de Menton a une place importante, en particulier sur la filière de soins de l'Est du département et des vallées de la Roya.

L'établissement dispose d'un service d'urgence qui fonctionne 24 heures sur 24 et qui reçoit près de 20 000 passages par an. Cette activité est confortée par l'activité réalisée dans le cadre du SMUR et l'établissement va bénéficier dès le 1<sup>er</sup> trimestre 2019 de l'implantation d'une IRM.

Le bloc opératoire repose sur une activité chirurgicale dense et diversifiée avec en particulier l'orthopédie, le viscéral, l'urologie, la gynécologie, les endoscopies et l'activité réalisée par les chirurgiens de ville dans le cadre d'un pôle public-privé (ophtalmologie, stomatologie, chirurgie vasculaire, endoscopies...).

RPPS exigé.

Possibilité de contractualisation sur la PECH au niveau local et/ou national.

**CENTRE HOSPITALIER « LA PALMOSA » 2, AVENUE PEGLIION  
BP 189 - 06507 MENTON CEDEX**

**Email : o.capitani.dollo@ch-menton.fr - 04 93 28 77 78 - FAX 04 93 28 76 51**

*Possibilité  
de logement.*



## LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LA RÉUNION - Site Félix Guyon à Saint-Denis recherche des Médecins Anesthésistes Réanimateurs en Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique

dans le cadre de la création d'une nouvelle structure (bâtiment de soins critiques) avec augmentation du nombre de lits.

**Profil recherché : MAR formé à la Greffe cardiaque et/ou à la chirurgie congénitale.**

**Activité du service :**

- Chirurgie cardiaque (550 CEC/an) et ECLS/ECMO + Réanimation cardiaque dédiée.
- Chirurgie des cardiopathies congénitales en cours de développement avant autonomisation.
- Projet de développer la Greffe cardiaque et assistance longue durée dans un proche avenir.
- Chirurgie Thoracique.
- Chirurgie vasculaire.
- Greffes rénales (50/an).
- Coronarographies, TAVI, KT Pédiatriques, Mitra-Clip, Exclusions d'Auricules, VMPC...

**Contactez et envoyez lettre de candidature + CV à :**

↳ Dr POLLET Arnaud - Responsable de service - arnaud.pollet@chu-reunion.fr

↳ Direction des Affaires Médicales - marie.li-shim-tan@chu-reunion.fr - Tél. : 02 62 90 58 91

Organisation en secteur séparé du bloc central, avec création d'un nouveau bloc (3 salles de chirurgie conventionnelle + 1 salle de coro + 1 salle hybride) et d'une nouvelle réanimation cardiaque (passant de 6 à 12 lits). Temps de travail comptabilisé en heures.

**Objectif :**

2 Gardes séparées (1 au bloc et 1 en réa CTCV) lorsque l'équipe sera au complet.

**Conditions :**

Rémunération au 10<sup>ème</sup> échelon, majorée de 40 % indemnité Outre-Mer.

Mise à disposition d'un logement et d'une voiture pour 3 mois. Prise en charge du voyage France Métropolitaine/Réunion.

