

#88

PHARE

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



**En 2020
PLUS QU'UN
PANSEMENT...**

**SOUHAITONS UN VRAI
TRAITEMENT POUR
L'HOPITAL PUBLIC**

LE SNPHARE

**vous adresse
ses meilleurs voeux**

Dr Anne GEFROY-WERNET - Présidente Centre Hospitalier de Perpignan anne.wernet@snphare.fr	CSPM - CSN (AR) - Commission régionale paritaire Occitanie - Commission spécialisée d'organisation des soins Occitanie (COSOS Occitanie) - Commission régionale de la santé de l'autonomie (CRSA) - Communication - Revue PHARE	Ligne directe : 04 68 61 77 44 Portable : 06 63 83 46 70
Dr Emmanuelle DURAND - Vice-Présidente CHU - Reims emmanuelle.durand@snphare.fr	CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR) - Conciliation et médiation - Commission régionale paritaire Grand Est - Revue PHARE	Ligne directe : 03 10 73 61 28 Portable : 06 60 55 10 65
Dr Anouar BEN HELLAL - Secrétaire général Hôpital André Mignot - SAMU - Versailles anouar.benhellal@snphare.fr	Conseil de discipline (médecine) - Veille Syndicale - Relation avec les urgentistes et autres médecins non-AR Revue PHARE	Standard : 01 39 63 88 39 Ligne directe : 01 30 84 96 00 Fax : 01 39 63 86 88
Dr Louise GOUYET - Trésorière Groupe Hospitalier Pellegrin - Bordeaux louise.gouyet@snphare.fr	CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR) PH temps partiel Qualité et organisation du bloc	Standard : 05 56 79 56 79 Portable : 06 11 94 77 20
Dr Yves REBUFAT - Trésorier adjoint CHU - Hôpital Laënnec - Nantes yves.rebufat@snphare.fr	CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR) Site web www.snphare.fr et communication	Ligne Directe : 02 40 16 51 47 Portable : 06 86 87 62 76
Dr Veronique AGAESSE - Secrétaire générale adjointe CHU - Amiens veronique.agaesse@snphare.fr	CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR) FMC-DPC - CFAR - Commission régionale paritaire Hauts de France Relations avec les délégués hors Ile de France	Standard : 03 22 82 40 00 DECT 36002 Portable : 06 33 63 20 62
Dr Eric LE BIHAN - Secrétaire Général Adjoint CHU Beaujon, Paris eric.lebihan@snphare.fr	CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR) - Délégation régionale Ile de France - Communication Relations avec les délégués d'Ile de France	Ligne directe : 0140875000 BIP 1050
Dr Renaud PÉQUIGNOT - Secrétaire général adjoint Hôpitaux de Saint-Maurice - Gériatrie rpequignot@yahoo.fr	Président d'Avenir Hospitalier CSPM - CSN (médecine) - Veille Syndicale - Relation avec les adhérents - Représentation des médecins non anesthésistes	Ligne directe : 01 43 96 63 01 Portable : 06 85 28 02 11
Dr Grégory WOOD - Secrétaire Général Adjoint Hôpital Charles Nicolle, CHU Rouen gregory.wood@snphare.fr	CSN (AR) - Rédacteur en chef de la revue PHARE Site web www.snphare.fr et communication Commission Régionale Paritaire Normandie	Ligne directe : 02 32 88 17 36
Dr Ségolène ARZALIER-DARET - Administratrice CHU - Caen arzalier-s@chu-caen.fr	CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR) Vice-Présidente Commission OSAT - CFAR, Présidente de SMART-CFAR Commission régionale paritaire Normandie	Ligne Directe : 02 31 27 24 11 Portable : 06 66 22 38 16
Dr Ezéchiel BANKOLE - Administrateur CHU - Reims bankole.ezechiel@sfr.fr	Permanence des soins Gardes et astreintes CFAR	Standard : 03 26 78 78 78 Ligne directe : 03 26 78 88 01
Dr Raphael BRIOT - Administrateur CHU - SAMU 38 - Grenoble raphael.briot@snphare.fr	CSPM - CSN (HU médecine) - Retraites - Urgences Représentation des médecins non-anesthésistes Relation avec les Universitaires	Ligne Directe : 04 76 63 42 86 Portable : 06 81 92 31 42 Fax : 04 76 44 77 40
Dr Jullien CROZON - Administrateur Groupement Hospitalier Edouard Herriot, Lyon jullien.crozon@snphare.fr	CSN (AR) - Conseil de Discipline (AR) - Veille syndicale Relation avec les adhérents Revue PHARE	Ligne directe : 04 72 11 09 85 Portable : 06 86 72 32 24
Dr Patrick DASSIER - Administrateur Hôpital européen Georges Pompidou - Paris patrick.dassier@snphare.fr	Contentieux Retraites	Ligne directe : 01 56 09 23 16 Portable : 06 03 69 16 63
Dr Veronique DERAMOUDT - Administratrice Hôpital de Pontchaillou - CHU Rennes veronique.deramoudt@chu-rennes.fr	Conseil de Discipline (AR) - Délégation régionale Bretagne, FEMS - Revue PHARE - Formation continue et recertification Commission Régionale Paritaire Bretagne	Ligne Directe : 02 99 28 41 01 Portable : 06 61 57 24 05
Dr Michel DRU - Administrateur Créteil michel.dru@snphare.fr	Contentieux - Région parisienne	Portable : 06 73 98 08 52
Dr Laurent HEYER - Administrateur Hôpital de la croix rousse - Lyon laurent.heyere@gmail.com	Président du Collège National Professionnel Anesthésie-Réanimation - CSN (AR) Conseil de Discipline (AR) FEMS	Portable : 06 31 18 57 61
Dr Nicole SMOLSKI - Administratrice Lyon nicole.smolski@gmail.com	Déléguée générale de l'intersyndicale Avenir Hospitalier - Présidente d'honneur d'Action Praticiens Hôpital - Revue PHARE	Portable : 06 88 07 33 14
Francis VUILLEMET - Administrateur Hôpitaux civils de Colmar francis.vuillemet@gmail.com	Permanences des soins - Gardes et astreintes - Risques psychosociaux - Référent des spécialités médicales non anesthésistes-réanimateurs	Standard : 03 89 12 40 00
Dr Jean GARRIC - Administrateur émérite Hôpital Central - Nancy jean.garric@snphare.fr	Textes officiels - Retraites Administrateur CNG	Portable : 06 07 11 50 1
Dr Didier REA - Administrateur émérite Hôpital de la Source - Orléans didier.rea@snphare.fr		Ligne Directe : 02 38 22 96 08 Fax : 02 38 51 49 50 Portable : 06 75 02 32 23
Dr Claude WETZEL - Chargé de Mission Praticien Honoraire CHU de Strasbourg claudio.wetzel@mac.com	Chargé de mission aux affaires européennes Past-Président de la FEMS	Portable : 06 60 55 56 16

POINT DE VUE DE L'ACTUALITÉ
Une fin d'année mouvementée4

DOSSIER : TEMPS DE TRAVAIL
**Décompte horaire du temps de travail :
 la boîte à outils6**

**Temps de travail : demi-journée ou temps
 continu ?8**

**Temps de travail aux urgences : on vous
 explique tout.....13**

Temps continu : le passage à l'acte.....15

AGENDA14

INTERVIEW
Statut de PH : évoluer oui, bazarder non 17

FOCUS
**La retraite des praticiens hospitaliers :
 état des lieux avant le big bang ?.....19**

MISE AU POINT
**Réforme des autorisations de soins :
 sous ce nom barbare, des modifications
 drastiques de notre activité clinique 23**

**Réforme des autorisations de soins :
 débats houleux pour la périnatalité ! 25**

PETITES ANNONCES 27

SI LOIN, SI PRÈS !

On n'a jamais été si loin dans la destruction de l'hôpital public : de ses moyens, de ses personnels avec une gouvernance souvent odieuse et inhumaine.

On n'a jamais été si nombreux, à dénoncer cette destruction : les syndicats, les collectifs, les présidents des Commissions Médiales d'Etablissement (CME) des centres hospitaliers, la FHF, ... et les usagers nous rejoignent !

On n'a jamais été si près d'obtenir des avancées pour l'hôpital public, pour nos carrières... mais le chemin est encore long. Le 14 novembre nous a montré que nous pouvions être forts. C'est maintenant qu'il ne faut pas lâcher. Certes, la réforme des retraites noie le message pour l'hôpital public. Notre mobilisation ne doit pas se limiter à la grève, bien sûr. Il nous faut être inventifs, mettre l'hôpital public dans les débats sociétaux, notamment avec les échéances électorales qui approchent. Parler tout simplement avec « nos » patients, les patients de l'hôpital public qui nous sont confiés ou qui s'adressent à nous.

Pour avoir du poids, il faut soutenir les syndicats, seuls interlocuteurs reconnus auprès des tutelles. Le syndicalisme médical n'est pas un gros mot, c'est une organisation professionnelle dont le but est de défendre le métier des médecins hospitaliers, dans l'intérêt des professionnels et des patients. C'est ainsi que j'ai mené cette année la présidence du SNPHARE.

L'hôpital public ne sera pas sauvé en un jour. Si chacun d'entre nous fournit sa part d'engagement, de combat, et si nous sommes ensemble, nous allons y arriver.

Nous vous adressons tous nos meilleurs vœux pour cette nouvelle année.

Anne Geffroy-Wernet, Présidente du SNPHARE



ISSN : 1285-7254

Président du comité de rédaction :

Anne Geffroy-Wernet

Rédacteur en chef :

Grégory Wood

Comité de rédaction : Anouar Ben Hellal - Jullien

Crozon - Véronique Deramoudt - Emmanuelle Durand -

Nicole Smolski

Éditeur : Ektopic

11 bis av Mal de Lattre de Tassigny • 94000 Créteil • 06 71 67 15 72

Rédaction : S. Sargentini

Directeur de publication : C. Mura

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

Impression : Imprimerie Imprimatur

Crédits photos : istock photos

Une fin d'année mouvementée

En ce contexte d'actualité hospitalière qui va à toute allure, et compte tenu de nos délais d'impression, l'exercice d'un « point de vue de l'actualité » devient une mission impossible ! C'est d'ailleurs une des raisons qui nous amène, petit à petit, à opérer des modifications de la revue ; à l'avenir, moins d'actualités (qui sont sur notre site, enfin fonctionnel et donc réactif) et davantage de sujets de fond et de fiches pratiques, à disposition. Les actualités du SNPHARE, outre l'assemblée générale et le renouvellement de son conseil d'administration, ce sont bien sûr les grands mouvements, mais aussi le travail interne ou au sein de notre intersyndicale Avenir Hospitalier et de l'union intersyndicale Action Praticiens Hôpital.

SFAR 2019

Nouveauté, le SNPHARE a fait trois présentations à la SFAR cette année : l'une sur l'enquête urgentistes, les deux autres sur l'enquête CONTRAMAR, avec deux volets : le volet obstétrical – qui a permis d'étayer un argumentaire pour les effectifs en anesthésie-réanimation obstétricale, et le volet « pénurie au bloc », où le travail du SNPHARE a été particulièrement salué par les modérateurs. Cela compense la très faible visibilité de notre stand sur le Congrès – nous remercions et félicitons ceux qui sont arrivés à nous trouver ; les choses devraient s'arranger l'année prochaine !

ELECTIONS AU CFAR

Le SNPHARE confirme son investissement dans les actions du Collège Français d'Anesthésie-Réanimation : le Dr Laurent Heyer représentera le SNPHARE à l'Assemblée Générale, et les Dr Ségolène Arzalier et Emmanuelle Durand sont élues membres titulaires représentants des PH au directoire et le Dr Ezéchiel Bankolé membre suppléant au directoire. Ils participent avec le Dr Véronique Agaësse aux différentes commissions du collège. Le SNPHARE remercie tous les adhérents d'avoir soutenu ses candidats !

SÉMINAIRE À ARCACHON

Le conseil d'administration s'est réuni en séminaire (de travail !) à Arcachon, sur le thème « Le médecin de demain ». Intelligence artificielle, féminisation, délégations de tâches, autant d'évolutions qui vont changer notre exercice. C'est cette anticipation de l'avenir qui nous permet de faire des propositions toujours renouvelées pour la défense du métier de médecin hospitalier.

Nous vous en reparlerons en détail dans un prochain PHARE.

LES TRAVAUX EN LIEN AVEC LE CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL D'ANESTHÉSIE-RÉANIMATION (CNP-AR)

Suite à l'enquête du SNPHARE sur la seniorisation des internes, qui avait fait beaucoup de bruit en janvier 2019, le CNP-AR a missionné un groupe de travail composite (enseignants, PH, libéraux, internes, sous l'égide du collège national des enseignants d'anesthésie-réanimation) pour travailler le sujet et présenter des recommandations pour l'autonomisation progressive des internes d'anesthésie-réanimation. Il s'agit de sécuriser le parcours du patient en anesthésie et en réanimation, et de ne pas mettre en difficulté le praticien supervisant l'interne, que ce soit en terme de disponibilité ou de responsabilité médico-légale. Ce travail est quasiment terminé.

Le SNPHARE a également participé à la réforme des autorisations de soins. Ce chantier, qui va réorganiser complètement notre activité – et pas uniquement en réanimation mais dans de très nombreux champs de la médecine en établissements de soins, publics et privés – vous est détaillé dans ce numéro.

LES TRAVAUX DE L'INTERSYNDICALE...

- Le sujet du statut de PH devait être remis à l'ordre du jour après l'été. Il est toujours au point mort, la reprise de la concertation devant avoir lieu de janvier à avril 2020. A l'heure où, chacun dans nos établissements, nous apprenons très – trop – régulièrement le départ de nos collègues, nous sommes attachés viscéralement à restaurer l'attractivité de ce statut, que ce soit en termes de conditions de travail ou de rémunérations.
- La concertation sur la gouvernance s'est mieux passée ; elle permet sans doute un début de rééquilibrage entre pouvoir médical et pouvoir des directeurs dans la CME et dans la commission médicale de GHT (CMG) ; le dogme « directeur – seul patron dans l'hôpital » de la loi HPST est loin d'être abandonné, mais cela reste un petit pas pour les PH...
- Le Conseil Supérieur des Professions Médicales (CSPM) que vous avez élu en juillet dernier est au régime sec. Alors qu'on nous avait promis un retour d'expérience sur les élections professionnelles, une réflexion sur les moyens syndicaux (c'est-à-dire des

modalités d'exercice syndical superposables à celles de toutes les autres professions dans notre pays, qui nous permettraient d'échanger plus facilement avec vous, et vous faire davantage participer à la vie syndicale), et de textes structurants sur les métiers des médecins de l'hôpital, nous n'avons rien vu venir, malgré plusieurs demandes. On ne nous a présenté que des textes destinés à la fonction publique hospitalière, auxquels on veut rajouter les praticiens hospitaliers... et totalement en marge de notre exercice : l'exemple le plus caricatural étant de s'intéresser au chômage des PH, quand il y a plus de 30 % de postes de PH vacants à l'hôpital. Il a donc été décidé par l'ensemble des intersyndicales représentatives de ne pas gaspiller temps et argent dans des réunions qui ne nous concernent pas : nous attendons impatiemment un ordre du jour à la hauteur des besoins des médecins et pharmaciens hospitaliers !

LES RETRAITES

Le SNPHARE a soutenu la mobilisation pour les retraites. En matière de retraites à points, les médecins hospitaliers connaissent l'IRCANTEC, et les travers du point, qui a fait chuter les retraites de 30 % depuis 2008. La pénibilité de notre métier (travail de nuit, travail posté etc.) doit être enfin reconnue : c'est une vraie entrave à notre vie personnelle, de couple et de famille, avec des conséquences néfastes pour notre santé à moyen et long terme. Cette pénibilité doit être compensée, tout comme

les années où l'on restreint son temps de travail pour élever des enfants ou préparer une carrière hospitalo-universitaire : ce sont des revendications du SNPHARE pour le système de retraites.

#SAUVONSL'HÔPITALPUBLIC

Le 14 novembre, des manifestations massives et des actions médiatiques ont eu lieu à Paris et en province, réunissant tous les personnels hospitaliers, collectifs, syndicats et des usagers. Ce mouvement pour sauver l'hôpital public, tristement historique, nous montre que les bonnes volontés attachées au service public hospitalier sont encore nombreuses. Nous en sommes arrivés là malgré toutes les propositions pour l'hôpital public, notamment celles formulées par le SNPHARE, que les gouvernements successifs ont ignoré. La si faible augmentation de l'ONDAM pour 2020 a été la goutte d'eau qui a fait déborder le vase, et les annonces en retour ont été plus que décevantes : il faut donc poursuivre la mobilisation, sous diverses formes, pour redonner à l'hôpital public l'attractivité qu'il mérite et pour que des soins d'excellence puissent continuer à y être donnés 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 : c'est là notre fierté d'y travailler. Informons les usagers, mettons le sujet sur le terrain des politiques à l'approche des échéances électorales, ne lâchons pas : l'hôpital et le SNPHARE comptent sur chacun d'entre vous.

Anne Geffroy-Wernet, Présidente du SNPHARE



Décompte horaire du temps de travail : la boîte à outils

Le décompte horaire du temps de travail peut être un levier d'attractivité mais il fait parfois « peur ». Voici quelques clés pour mieux appréhender ce mode de décompte sur un plan pratique et vous aider à en discuter avec vos collègues et l'administration.



PARMI LES PH, QUI PEUT PRÉTENDRE AU DÉCOMPTÉ HORAIRE DU TEMPS DE TRAVAIL ?

Ce mode de décompte est dérogatoire pour certaines activités : l'anesthésie, la réanimation, la médecine d'urgence, l'obstétrique (si maternité de plus de 2000 accouchements par an), la néonatalogie. Il s'agit bien d'activités et non de spécialités. Par exemple, un praticien en réanimation non anesthésiste-réanimateur, peut prétendre au décompte horaire.

À ce jour, la source des informations légales de cet article sont tirées de l'Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes modifié le 8 novembre 2013 et le 27 juillet 2015 disponible au lien suivant : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000602745>

COMMENT DEMANDER UN DÉCOMPTÉ HORAIRE DU TEMPS DE TRAVAIL ?

Les praticiens peuvent soumettre leur demande individuellement ou collectivement au chef de service qui transmettra au chef de pôle qui fera valider la demande par la COPS, puis la CME soumettra cette demande à la DG qui est décisionnaire au final. Le tout pour une durée d'un an renouvelable. Ainsi, si la situation venait à évoluer et que les praticiens souhaitent repasser au décompte en demi-journée, c'est possible.

SI JE COMPTE MON TEMPS DE TRAVAIL EN HEURES, QUAND LE TTA SE DÉCLENCHE-T-IL ?

Voilà un point crucial qui fera débat avec votre administration à n'en pas douter !

Il est très probable que votre administration soit pour un seuil de déclenchement du TTA au-delà de 48h hebdomadaires en justifiant cela par l'arrêté du 30 avril 2003 : « (...) lorsque, dans le cadre de la réalisation de ses obligations de service, le praticien a été conduit à dépasser le seuil maximal de quarante-huit heures hebdomadaires en moyenne lissée sur le quadrimestre, le temps de travail effectué au-delà est décompté en heures de temps de travail additionnel ».

À cela vous pourrez rétorquer l'article 6152-27 du Code de Santé Publique où il n'est plus question des 48h mais des obligations de service : « le praticien peut accomplir, sur la base du volontariat **au-delà de ses obligations de service hebdomadaires**, un temps de travail additionnel ».

La négociation sur ce point reviendra donc à fixer vos obligations de service.

Rappelons que les 48h hebdomadaires ne sont en aucun cas une norme mais bien une borne

maximale. Il est donc tout à fait licite de déclencher le TTA à partir de la 40^{ème} heure hebdomadaire par exemple (dans le cas où les OS sont fixées à 39h).

SI JE COMPTE MON TEMPS DE TRAVAIL EN HEURES, JE SUIS OBLIGÉ DE FAIRE DU TTA ?

Absolument pas ! Un praticien peut refuser de faire du TTA sans que cela ne puisse lui porter préjudice. En revanche, **si vous acceptez de faire du TTA, celui-ci doit obligatoirement être contractualisé**, ce contrat peut être dénoncé sous réserve d'un préavis d'un mois.

En cas de difficultés durant la négociation avec votre administration, vous pouvez d'ailleurs proposer à cette dernière de simuler les plannings sans TTA et d'en apprécier l'impact sur l'activité...

SI J'ACCEPTÉ DE FAIRE DU TTA, COMMENT PEUT-IL ÊTRE UTILISÉ ?

Le TTA peut-être au choix :

- rémunéré sur la base suivante : 1 demi-plage de TTA = 5 heures = 160,68 € brut
- récupéré
- versé au compte épargne temps

Dans les deux derniers cas, 5 heures = 1 demi-journée. Au-delà de l'échelon 6, il n'est plus intéressant de se faire rémunérer le TTA. En effet, le salaire d'une journée d'un PH échelon 7 est supérieur à une plage de TTA.

MON ADMINISTRATION ME PROPOSE UNE FORFAITISATION DE LA JOURNÉE DE TRAVAIL (EXEMPLE : 1 JOURNÉE = 10 HEURES), QUE DOIS-JE EN PENSER ?

Cela a le mérite de simplifier le décompte horaire et permet de rassurer sur la crainte d'une « pointeuse » que peuvent avoir certains collègues, mais c'est à double tranchant. Les jours où vous ferez plus que le forfait horaire fixé vous serez perdants, les jours où vous ferez moins (si cela arrive) vous serez gagnants. À vous de voir selon votre mode de travail ou encore en faisant des simulations basées sur vos plannings pour voir si cette forfaitisation est avantageuse ou non.

QUID DU « TEMPS NON CLINIQUE » ? FAUT-IL OU NON LE DISTINGUER DU TEMPS CLINIQUE ?

Le code santé publique (article R6152-2) stipule que

les praticiens hospitaliers « assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence dispensés par les établissements publics de santé et participent aux missions définies aux articles L. 6112-1 et L. 6112-2 dans les conditions fixées à l'article L. 6112-3. **Ils participent aux tâches de gestion qu'impliquent leurs fonctions.** »

Le temps dit « non clinique » fait donc bien partie du travail des PH.

De plus, le Code du Travail (article L3121-1) dit que « La durée du travail effectif est le temps pendant lequel le salarié est à la disposition de l'employeur et se conforme à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles. »

Dans l'absolu il n'y a donc pas à distinguer les deux. Si le choix est fait de distinguer ces deux composantes du travail des PH (pour mieux quantifier le travail « non clinique » par exemple), **il conviendra alors de définir précisément ce qu'est ce temps « non clinique » (en prenant garde à ne PAS y inclure le temps de formation qui est un droit statutaire) voire de le contractualiser.**

COMMENT GÈRE-T-ON LE TEMPS TRAVAILLÉ EN ASTREINTE LORSQU'ON EST AU DÉCOMPTE HORAIRE ?

Actuellement, deux possibilités *a priori* :

- 1- seul le temps déplacé est considéré comme du temps de travail et il faudra alors relever ce temps de déplacement afin de le comptabiliser dans le temps de travail, de se le faire rémunérer ou de le récupérer (3h d'affilée ou 5h en plusieurs fois = 1 demi-plage de TTA ou une demi-journée récupérée). Sachant que le trajet compte pour 1h, tout en étant plafonné à 2h par astreinte (forfait).
- 2- votre astreinte est forfaitisée et vous souhaitez que cela reste ainsi. La question de la rémunération est alors réglée, mais il faudra relever votre temps de travail afin de ne pas dépasser sans votre volontariat les 48h maximales hebdomadaires.

Arrêté du 8 novembre 2013 art 3 : Cette possibilité de forfaitisation n'exonère pas le directeur de l'établissement de la tenue du décompte du temps d'intervention réellement passé, indépendamment du forfait fixé. Ce décompte reste nécessaire de façon à vérifier le non-dépassement de la durée maximale de temps de travail hebdomadaire de quarante-huit heures et d'intervenir si la santé et la sécurité des praticiens sont affectées. Le repos quotidien après la fin du dernier déplacement est garanti au praticien.

Grégory Wood, Secrétaire général adjoint

Temps de travail : demi-journée ou temps continu ?

Il existe deux façons de comptabiliser le temps de travail : soit en demi-journée (DJ) soit en temps médical continu (TMC). Actuellement, le TMC est dérogatoire et réservée à quelques spécialités (anesthésie-réanimation, médecine intensive réanimation, réanimation néonatale, néonatalogie, gynéco-obstétrique et urgences/SAMU) [1]. Pour le SNPHARE, si le praticien participe à la PDS (garde et astreinte) et/ou si sa spécialité lui confère un travail posté dans un bloc opératoire, sur un plateau technique avec des amplitudes horaires définies, un décompte en heures paraît souhaitable. Pour toutes les autres spécialités où le praticien ne participe pas à la PDS, il semble plus judicieux d'avoir un décompte en DJ car il n'y a pas de dimensionnement horaire. Le décompte des obligations de service en DJ ou en heures devrait, de toute façon, être au choix du praticien (ou de l'équipe/du service). Ces propositions du SNPHARE participeraient aux mesures d'attractivité pour les spécialités en souffrance.

Décompte en demi-journée

On appelle obligations de service (OS) le nombre de demi-journées à effectuer par semaine : art R 6152-27 CSP « *Le service hebdomadaire est fixé à dix demi-journées, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Lorsqu'il est effectué la nuit, celle-ci est comptée pour deux demi-journées.*

Le nombre d'OS est proratisé en fonction de la quotité de travail. Pour exemple, un praticien à temps plein 100 % devra effectuer 10 DJ, un praticien temps plein activité réduite à 90 % devra en faire 9, un praticien temps partiel à 60 % en devra 6.

Statutairement, pour les médecins, la période de référence est le quadrimestre. C'est à la fin de ce quadrimestre que vos obligations de service seront réputées validées ou non. Un quadrimestre fait 17 ou 18 semaines de travail, soit 170 à 180 DJ pour un Temps Plein 100 %. À ce nombre de DJ vous retrancherez les jours fériés compris dans le quadrimestre.

Pour illustrer le plus simplement possible, nous vous proposons un schéma sur une base d'un mois.

Tableau représentant une semaine type.

	J1	J2	J3	J4	J5	WE1	WE2
DJ1							
DJ2							
DJ3							
DJ4							

● Exemple : 3^{ème} quadrimestre 2019

Total de DJ à effectuer sur ce quadrimestre = 172.

En effet, 18 semaines = 180 DJ (pour un PH à temps plein). 4 jours fériés = 8 DJ

Entrent dans le décompte des DJ toutes les absences autorisées : CA, RTT, FMC, AIG (activités d'intérêt général), enseignement, Arrêt maladie ...

N'entrent pas dans le décompte : récupération de TTA et/ou jours non travaillés

● Quizz 1 : combien de demi-journée ?

Semaine 1.

	J1	J2	J3	J4	J5	WE1	WE2
DJ1	Bloc	Repos sécu	CS	CME	Bloc		
DJ2	Bloc	Repos sécu	CS	A*	Bloc		
DJ3	Garde	Repos sécu					
DJ4	Garde	Repos sécu					

A* : absence : non présent sur l'Hôpital, non à la disposition de votre employeur(= pas d'astreinte), pas en FMC ni en RCP dans le GHT

Réponse 1 : 9 demi-journées

Semaine 2.

	J1	J2	J3	J4	J5	WE1	WE2
DJ1	Bloc	Bloc	férié 11nov	FMC	Bloc		Garde
DJ2	Bloc	Bloc	férié 11nov	Cs	Bloc		Garde
DJ3					Garde		Garde
DJ4					Garde		Garde

Réponse 2 : 14 demi-journées

Semaine 3

	J1	J2	J3	J4	J5	WE1	WE2
DJ1	RS*	Bloc	RS*	CA**	Bloc	CS	
DJ2	RS*	Bloc	Bloc	CA**	Bloc		
DJ3		Astreinte					
DJ4		Astreinte					

*RS = repos de sécurité = au temps de déplacement de l'astreinte, **CA = congé annuel

R 6152-27 CSP Le temps d'intervention sur place et le temps de trajet réalisés lors d'un déplacement survenu au cours d'une astreinte constituent du temps de travail effectif et sont pris en compte pour l'attribution du repos quotidien.

Il bénéficie d'un repos quotidien d'une durée minimale de onze heures consécutives par période de vingt-quatre heures.

Le repos quotidien après la fin du dernier déplacement survenu au cours d'une astreinte est garanti au praticien.

Réponse 3 : 8 demi-journées

Il faudra y ajouter le décompte du temps passé en déplacement en astreinte (comprenant le temps de déplacement à hauteur de 30' aller- 30' retour) : sont considérées comme 1 DJ soit 5h de déplacement en plusieurs fois, soit 3h de déplacement en continu . Le temps de trajet est plafonné à 2 heures maximum par astreinte

si vous êtes amenés à faire plusieurs déplacements. Le cumul ne peut dépasser 2 DJ par astreinte (temps cumulé de tous les déplacements d'astreinte du quadrimestre)

Chaque plage de 5 heures de déplacement est convertie en fin de quadrimestre en OS ou une période de TTA (suppression du TTA de nuit) au choix du praticien.

Arrêté du 4 novembre 2016 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 : Dès lors que, conformément au schéma régional de la permanence des soins et au projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire mentionné au II de l'article L. 6132-2, les établissements parties au groupement ont adopté un schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins organisé et coordonné au niveau du groupement hospitalier de territoire, le temps de travail additionnel accompli dans ces établissements est indemnisé comme suit : « Montant pour : – une période : 319,46 € ; – une demi-période : 159,72 €. Les indemnités de sujétion perçues par les praticiens ne sont pas déduites des montants versés au terme de chaque quadrimestre au titre des indemnités pour temps de travail additionnel. »

L'indemnisation des astreintes sera homogénéisée selon le tarif de l'astreinte opérationnelle (soit 42,38 €) avec la fin de la distinction entre l'astreinte opérationnelle et l'astreinte de sécurité.

● Quizz 2 : combien de DJ pouvez-vous ne pas travailler si vous ne voulez pas faire de TTA ?

Semaine 4 (V1).

	J1	J2	J3	J4	J5	WE1	WE2
DJ1	Cs	Cs	CME				
DJ2	CS	Cs	Enseignement				
DJ3							
DJ4							

Vous devez travailler 40 DJ – 2DJ (jour férié : 11/11) = 38 DJ. Vous avez déjà effectué 31 DJ. La dernière semaine vous ne devrez travailler que 7 DJ.

Réponse 4 : 3 demi-journées (± 1DJ si votre temps de déplacement en astreinte est de 5h)

● Quizz 3 : combien de période de travail additionnel avez-vous obtenue ?

Semaine 4 (V2).

Vous êtes volontaire pour faire du TTA (contrat signé chaque année avec votre Direction)

	J1	J2	J3	J4	J5	WE1	WE2
DJ1	Cs	Cs	CME	RMM	Bloc	Bloc	
DJ2	CS	Cs	Enseignement	Bloc		Garde	
DJ3						Garde	
DJ4						Garde	

Réponse 5 : Vous avez fait : 6 DJ en trop => 6 DJ = 3 périodes de temps de travail additionnel

À NOTER :

Le décompte en DJ n'oblige en rien les praticiens à travailler au-delà de 48h hebdomadaires, moyennées sur le quadrimestre.

Selon l'Arrêté de la Cour Européenne de justice du 14 Mai 2019, afin d'assurer l'effet utile des droits conférés par la directive sur le temps de travail l'employeur est tenu de mettre en place un outil objectif, fiable et accessible permettant de mesurer la durée du temps de travail journalier effectué par chaque travailleur.

Décompte en temps continu



LE

QUELQUES NOTIONS SUR LA DURÉE DU TEMPS DE TRAVAIL

La **durée du temps de travail légal** en France est de 35 heures sans RTT ou de 39 heures avec 20 jours de RTT.

La **durée maximale de travail hebdomadaire** moyennée sur 12 semaines est de 44 heures. Elle peut atteindre 46 heures si accord d'entreprise sur une durée limitée en y associant des compensations (Article R3121-9 du code du travail).

MAIS « *Ce dépassement ne peut toutefois avoir pour effet de porter cette durée, calculée sur une période de 12 semaines, à plus de 46 heures sauf à titre exceptionnel, sur autorisation administrative donnée, dans les conditions précisées par l'article R. 3121-8 du code du travail, pour une période déterminée dans certains secteurs, dans certaines régions ou dans certaines entreprises* ».

Selon la **directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail**, la **durée maximale absolue hebdomadaire est de 48 heures**. La présente directive s'applique à TOUS les secteurs d'activités, privés ou publics.

Au-delà, Article R3121-10 « *autorisation requise de l'inspecteur du travail avec justification de la situation exceptionnelle qui précise la durée pour laquelle elle est sollicitée* ».

TEMPS DE TRAVAIL ADDITIONNEL (TTA)

Le TTA est du temps réalisé au delà des obligations de service, quel que soit le mode de décompte du temps de travail. Il ne peut se faire que sur volontariat et doit être contractualisé.

Selon l'article R6152-27 du Code de la santé publique, et contrairement à la position de certains directeurs d'hôpitaux, **le TTA ne devrait plus être décompté au-delà de 48h, mais uniquement au-delà des obligations de service calculées en heures.**

- « *Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire du praticien est, par dérogation au premier alinéa, calculée en heures, en moyenne sur une période de quatre mois, et ne peut dépasser quarante-huit heures.* »
- « *Le praticien peut accomplir, sur la base du volontariat au-delà de ses obligations de service hebdomadaires, un temps de travail additionnel donnant lieu soit à récupération, soit au versement d'indemnités de participation à la continuité des soins et, le cas échéant, d'indemnités de temps de travail additionnel* ».

EXEMPLE D'ESTIMATION DES OBLIGATIONS DE SERVICE

Organisation classique de bloc opératoire

Jour : 10h (8h-18h) – Nuit 14h (18h-8h)

Organisation classique de service d'Urgence

Jour : 12h – Nuit 12h

D'autres organisations sont possibles.

EXEMPLE DE NÉGOCIATION AVEC LA DIRECTION POUR LES MÉDECINS DE PLATEAUX TECHNIQUES CONCERNÉS PAR LE DÉCOMPTE EN HEURES

BASE DE 10H PAR JOUR :

Prenons l'exemple d'un plateau technique ouvert du lundi au vendredi de 8 h à 18 heures
4 jours par semaine (si 5 jours le compte atteint 50h => illégal)

TOTAL 40H = OBLIGATIONS DE SERVICES EN MOYENNE SUR UN QUADRIMESTRE.

Il est possible de dépasser ces 40h jusqu'à 48h max sur une semaine.

Le travail au-delà des 48h hebdomadaires se fait sur la base du volontariat.

Le TTA est déclenché à partir de la 41^e heure.
Tableau de service prévisionnel quadrimestriel à faire prévoyant les CA, RTT.

Le décompte se fait de manière déclarative (tableaux de service) par le praticien ou par badgeage (très cher pour l'institution). Sur la base de la confiance, les dérives étant limitées par la pénurie de médecins anesthésistes-réanimateurs.

LES PIÈGES À ÉVITER

Le temps de travail est le temps pendant lequel vous êtes à la disposition de votre employeur et pendant lequel vous participez au fonctionnement de l'institution. Il comprend du temps clinique et du temps non clinique.

Le temps clinique est le temps consacré au soin du patient et à sa mise en œuvre.

Le temps non clinique est le temps que l'on consacre à autre chose qu'à la clinique

Directive européenne 2003/88/CE « temps de travail » : toute période durant laquelle le travailleur est au travail, à la disposition de l'employeur et dans l'exercice de son activité ou de ses fonctions, conformément aux législations et/ou pratiques nationales

Définition du temps clinique : celui qui rentre dans les obligations de service

- « Faire tourner » l'hôpital.
- Consultations patients et familles, éducation thérapeutique
- Bloc, salle de surveillance post-interventionnelle, permanence des soins, visites service
- Mutualisation des moyens sur le territoire
- Temps partagé, mission d'intérêt général
- Temps de coordination de blocs et de gestion des flux
- Assurer la qualité et la sécurité des soins
- Réfléchir sur les prises en charges et gérer les risques/protocoles, Staffs, revue morbidité mortalité, comité de retour d'expérience, simulation etc ...
- Maintenir ses compétences, se former : congrès, DPC, FMC, Accréditation, Certification

Définition du temps non clinique : possibilité d'être comptabilisé en heure, en demi-journée ou contractualisé selon la négociation

- Activité institutionnelle : CME, CHSCT, COPS, commissions de CME (CLIN, CLAN ...), médiation, commission vie hospitalière
- Activité hors institution
- Expertises et activités accessoires
- Mandats syndicaux, ordre des médecins, commission régionale de conciliation et d'indemnisation, commission régionale paritaire, commission de discipline, commission statutaire nationale
- Enseignement dans les écoles, jury de concours et d'examen
- Recherche

AVANTAGES

- Chaque heure travaillée est payée : possibilité d'évolution vers un tarif égal au tarif réglementaire des heures supplémentaires.
- Permet de synchroniser le travail des anesthésistes-réanimateurs avec l'ouverture des blocs sans pénaliser les médecins.
- Pérennise le travail du collectif et des équipes par une reconnaissance réelle de son temps de travail.

Emmanuelle Durand, Vice-Présidente du SNPHARE

PENSEZ À SUIVRE L'ACTUALITÉ SUR LE SITE du SNPHARE

<https://www.snphare.fr>



Suivez nous sur facebook :
<https://www.facebook.com/SNPHARElargi/>



Suivez nous sur Twitter
<https://twitter.com/SNPHARE>

Temps de travail aux urgences : on vous explique tout

LA CIRCULAIRE

Le 17 juillet 2015 est publiée la circulaire « Touraine » (1) sur le temps de travail des médecins urgentistes. Cette circulaire fait suite à un mouvement de grève illimitée durant la période de Noël, interrompue au bout de... 24 heures grâce aux débuts rapides d'une négociation entre Ministère et syndicats.

Le temps de travail d'un PH en temps continu est défini selon les termes de l'article R. 6152-27 du Code de la santé publique (2) comme suit :

« [...] Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire du praticien est, par dérogation au premier alinéa, calculée en heures, en moyenne sur une période de quatre mois, et ne peut dépasser quarante-huit heures [...] ».

Pour un PH à temps plein, celui-ci ne doit pas être supérieur à 48h hebdomadaires, et moyenné sur 4 mois. C'est donc un maximum (« ne peut dépasser »), c'est-à-dire une borne haute et non une norme (il n'est pas écrit « est de 48h hebdomadaire »).

La circulaire « Touraine » du 17 juillet 2015, spécifique à la médecine d'urgence, est innovante dans le sens où le temps de travail est clairement défini :

- Temps Clinique Posté (TCP) de maximum 39 heures hebdomadaires – le TTA est alors déclenché dès la 40^{ème} heure d'activité clinique,
- Activités Non Postées (ANP), : « les activités non postées comprennent : [...] les démarches relatives à la satisfaction par les praticiens de leur obligation d'actualisation de connaissances, d'amélioration des pratiques et de formation médicale continue que comporte l'obligation de DPC ».

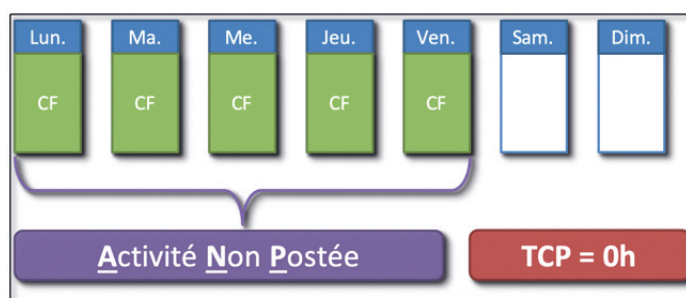
LA DÉFINITION DES ANP EST EN FAIT À DOUBLE... ET MÊME MULTIPLES TRANCHANTS.

Si c'est une reconnaissance des valences non cliniques – combat syndical qui n'est toujours pas résolu pour les autres spécialités, elle expose à plusieurs problématiques

La première : la réalisation de longues durées d'ANP oblige à reporter le Temps Clinique Posté sur les semaines suivantes ou précédentes, ce qui alourdit considérablement la charge clinique : l'intérêt de la limitation

du temps de travail clinique hebdomadaire, dont la pénibilité ne devrait plus être à démontrer (travail posté, activité nocturne et de WE, flux permanent de patients et surpopulation des urgences faute de lits d'aval) disparaît *de facto*.

Prenons un exemple concret, un PH pose 5 journées de congé formation pour un stage de DU. En conséquence, il n'aura pas d'autre choix que de reporter sur les autres semaines son Temps Clinique Posté non effectué durant cette semaine de stage.



La deuxième : la durée des ANP n'est pas définie, et donc le salaire du PH est le même, quel que soit son investissement en temps dans les activités non cliniques ; on retombe donc dans le même problème que le décompte du temps de travail des PH dont le temps est décompté en 1/2 journées, et pour lesquels le delta 39-48 n'est pas pris en compte, ni dans le salaire, ni dans les cotisations sociales (et donc, notamment, la retraite !)

La troisième : la circulaire est inapplicable en l'état, comme le montre l'enquête « urgentistes » réalisée début 2019 par le SNPHARE et SUDF (résultats en intégralité sur notre site :

<https://snphare.fr/assets/media/enquete-urgences-phare-86-7.pdf> ;

- Près de 10 % des médecins urgentistes ne sont toujours pas en temps continu, et un tiers des médecins urgentistes en temps continu ont un temps de travail qui ne respecte pas la circulaire
- 34 % seulement des médecins urgentistes réalisent 39 heures de TCP par semaine (50 % entre 40 et 50 heures, 16 % plus de 50 heures)
- Le temps d'ANP n'est pas respecté : 16 % des praticiens n'ont pas de temps de travail non posté ; en revanche 19 % des praticiens ont plus de 9 heures de temps posté
- Le TTA est donc généré par l'excès de temps clinique posté tout comme l'inadéquation des charges non

cliniques (on peut penser notamment aux missions institutionnelles dont il est difficile de s'affranchir) ; or, si 83 % des praticiens font du TTA, une fois sur dix, ce TTA est imposé par la direction ou le chef de service, et plus d'une fois sur deux, les praticiens sont « volontaires », uniquement par bonne conscience professionnelle envers les collègues et les usagers : au total, cela fait 66 % de TTA contraint ou auto-contraint !

- Il ressort également que l'activité non postée devient la variable d'ajustement en situation de pénurie – tout comme c'est le cas pour les PH des autres spécialités ! Cette sanctuarisation du temps non clinique est donc un vœu pieu...

Au vu de la crise sanitaire aux urgences, et de la pénurie de médecins urgentistes dans les urgences hospitalières, on peut s'interroger sur la pertinence de cette circulaire : a-t-elle limité la casse, ou

n'a-t-elle pas l'effet escompté sur l'attractivité des urgences pour les praticiens hospitaliers urgentistes ?

Rémy Lucas, délégué du SNPHARE

- (1) INSTRUCTION N° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence prévu par la circulaire n°DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR.
- (2) Code de Santé publique, Article R. 6152-27
- (3) SNPHARE JUIN 2012
- (4) Directive 2003/88/CE du parlement européen et du conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail
- (5) Instruction DGOS/RH4 no 2014-101 du 31 mars 2014 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

AGENDA DU CA

OCTOBRE 2019

29 Octobre Grève nationale - PFLSS

NOVEMBRE 2019

4 Novembre Conférence de rédaction PHARE

8 Novembre Réunion de bureau SNPHARE

14 Novembre Grève nationale « Sauvons l'hôpital public »

15 Novembre Conseil d'administration du SNPHARE

22 Novembre Installation de la Commission Statutaire Nationale d'Anesthésie-Réanimation

30 Novembre Actions locales « Sauvons l'hôpital public »

DÉCEMBRE 2019

9 Décembre Réunion de bureau SNPHARE

12 Décembre Conseil d'administration du SNPHARE

12 Décembre Conseil d'administration du CFAR

13 Décembre Conseil d'administration d'APH

13 Décembre Réunion du Conseil National Professionnel d'Anesthésie-Réanimation

17 Décembre Grève nationale « Sauvons l'hôpital public » et réforme des retraites

JANVIER 2020

16 Janvier Conseil d'administration du SNPHARE

17 Janvier Assemblée générale du SNPHARE

Pour le chantier réforme des autorisations de la DGOS, le CNP-AR se fait représenter par des experts du SNPHARE dans les groupes de travail suivants : soins critiques, périnatalité, chirurgie, transversal anesthésie, interventionnel, brûlé. Il y a environ une réunion mensuelle pour chaque groupe de travail, des réunions de préfigurations sous l'égide de l'HAS, de la FSM, de la FHF et d'autres réunions préparatoires.

Temps continu : le passage à l'acte

Le temps continu, le décompte en heures ou en demi-journées sont des termes plus que familiers pour le Dr Véronique Agaësse, anesthésiste-réanimateur au CHU d'Amiens, qui a réussi à mettre en place le décompte en heures dans son service. Ce ne fut pas chose facile... Elle revient avec nous sur la mise en place de ce système complexe en nous dévoilant astuces et exemples qui pourraient être utiles à bon nombre d'entre nous.

PHARE : Depuis quand décomptez-vous votre temps de travail en heures dans votre service ?

Véronique Agaësse : Concrètement depuis fin 2014. À l'occasion de l'ouverture du nouveau CHU, regroupant dans un même lieu tous les plateaux techniques de l'hôpital, il nous été demandé de synchroniser notre temps de travail avec celui du personnel non médical et administratif pour tendre à une ouverture des plateaux techniques en 8h – 18h00. Pour les consultations c'est plus souple. Nous ne pouvions continuer à travailler en DJ (demi-journées), car la « borne maximale absolue du temps de travail », fixée par la directive européenne à 48h00 hebdomadaires, aurait été largement dépassée, d'autant que des débordements au bloc étaient prévisibles. Avant de nous lancer dans les négociations avec l'administration, nous avons recueilli les aspirations de chacun, à l'aide d'enquête sur le terrain et en ligne. Il était évident pour tous, que nous ne tiendrions pas le rythme 5 jours par semaines.

PHARE : Y a-t-il eu des obstacles ? Si oui lesquels ? Côté collègues ? Côté administration ?

Véronique Agaësse : À l'époque, comme beaucoup d'administrations, notre direction confondait la borne maximale absolue Européenne et le temps de travail des PH. Si elle a accepté assez facilement l'idée d'un décompte horaire, les 48h00 hebdomadaires étaient pour elle une norme. C'est là qu'il n'a pas fallu lâcher. Utilisant la contrainte de l'horaire collectif en 8h – 18h00 et la nécessité d'enfiler une tenue spécifique, comme tout



personnel de bloc, nous avons considéré que la base pour les négociations était de 10H30/jour (dont 30 mn d'habillage déshabillage), d'où 42h00 par semaine.

Nous faisons presque tous du TTA, cela permettait de mettre du beurre dans les épinards, voire pour certains, de rembourser les emprunts de la maison ou de la voiture.

À moins de 32 € brut de l'heure, notre administration était largement gagnante en comparaison du prix de l'intérim médical. Aussi, devant la surdité sélective de notre direction, avons-nous décidé de dénoncer nos accords pour faire du TTA, tant que les obligations de service ne seraient pas fixées à 42h00 hebdomadaires. Cela a été assez anxiogène pour pas mal de collègues. Le bras de fer a duré 15 jours, le temps du premier bilan du coût de l'intérim médical.

“ Beaucoup pensaient qu'en passant en temps continu, ils perdraient en autonomie et qu'ils seraient « fliqués » ! ”

Les médecins n'ont pas l'habitude de compter leurs heures. Lorsqu'ils arrivent plus tard et partent plus tôt, ils culpabilisent ! Ils ont peur du flicage et de la perte d'autonomie. Hors, lorsque l'effectif est démographiquement défavorable,

personne ne peut se planquer et on est tous gagnant à être transparent. On fait tous plus d'heures qu'on ne devrait. Circulait également une fausse idée que c'est toute l'équipe qui passe en temps continu ou personne.

Le principal écueil de nos négociations est que le passage en temps continu n'a été octroyé qu'aux praticiens travaillant au moins partiellement au bloc opératoire. Les MAR travaillant exclusivement en réanimation n'y ont pas eu droit. Cela divise les équipes et abîme la solidarité.

Autre problème, les agents administratifs travaillant à la direction des affaires médicales n'étaient pas habitués à compter en heures et n'avaient pas le bon outil comptable.

PHARE : Peux-tu nous expliquer comment cela s'est passé concrètement ?

Véronique Agaësse : Nous avons annoncé d'emblée à l'administration que nous connaissions les textes de loi et que nous ne lâcherions rien. Les discussions ont commencé mi-2012 pour une mise en route en octobre 2014. Donc un délai de deux ans... Au début ce fut un choix individuel. Il y avait trois groupes distincts, ceux qui se sont lancés immédiatement, ceux qui étaient tentés mais ont préféré observer et ceux qui y étaient opposés. Au bout d'un an tout le monde était en temps continu... Rapidement, les collègues qui souhaitaient faire du TTA en ont refait. Seuls 6 ou 7 d'entre nous ont décidé de ne pas en faire. Pour qu'il n'y ait pas d'injustice entre ceux qui faisait du TTA indemnisé à partir de la 48^{ème} heure et ceux qui n'en faisait pas, nous avons obtenu que la période entre 42h00 et 48h00 soit récupérée et neutralisée dans les obligations de service comme toutes autres absences autorisées.

PHARE : Quels outils aviez-vous pour comptabiliser votre temps de travail ?

Véronique Agaësse : L'outil comptable n'existant pas pour les médecins, nous avons donc imposé notre outil et l'avons fabriqué sur Excel, en collaboration avec l'administration et les services informatiques de l'hôpital. Nous avons tâtonné pendant presque un an avant qu'il ne soit complètement fonctionnel.

PHARE : Avez-vous fait un distinguo entre temps clinique et temps non clinique ?

Véronique Agaësse : Non nous ne l'avons pas fait et à mon avis dans tous les cas c'est une erreur. Si l'on peut assez facilement distinguer le temps posté et non posté, distinguer

“ **Au début, 25 % des effectifs sont passés en temps continu, puis tout le reste de l'équipe a suivi !** ”

temps clinique et non clinique est beaucoup plus difficile.

Quand tu t'occupes des patients c'est du temps clinique, tu fais tourner ton hôpital, patients, blocs, mutualisation des moyens sur le territoire... Tout ça c'est du temps clinique mais le temps de réflexion sur la prise en charge des patients, pour moi fait aussi partie du temps clinique. Je définirai en temps non clinique les activités institutionnelles : CME, CTE, l'enseignement, la recherche, les jury de concours. C'est très difficile à définir donc je pense qu'il ne faut pas rentrer là-dedans. Le temps de présence comptabilisé en heures représente chez nous tout ce qui se passe dans l'hôpital et toutes les absences autorisées statutaires ou hors établissement (CA, RTT, Maladie, Maternité, FMC, Enseignement, recherche, Syndicat), sont neutralisées à la base par un décompte en DJ.

PHARE : As-tu le sentiment que la qualité de vie au travail et/ou la rémunération aient-été améliorées par la mise en place du décompte horaire ? L'attractivité s'en est-elle trouvée améliorée ?

Véronique Agaësse : La qualité de vie au travail est liée à l'organisation du plateau technique et pas au décompte du temps de travail. Nous avons mutualisé les plateaux techniques (dont les interventionnels), tout est regroupé sur deux étages aujourd'hui et cela change énormément de choses. Nous n'avons pas besoin de sortir du bloc pour pouvoir passer d'un étage à l'autre. Les trois modules sont reliés par ascenseur et escaliers internes. Tout le plateau de radiologie interventionnelle est également intégrée dans le bloc.

La construction de ce nouvel hôpital était vraiment l'occasion de plancher sur nos organisations, ce que nous avons fait ! En revanche, nous subissons de plein fouet, l'accélération des rythmes, et le rouleau compresseur de l'usine de production, l'ambiance s'est dégradée, c'est moins convivial. Heureusement ceux qui le souhaitent peuvent limiter leur temps de travail à la borne de leurs obligations de service. Pour ce qui est de la rémunération, à travail égal, c'est environ 20 % de salaire en plus qu'avant la réorganisation, en 10 DJ notre temps de travail avoisinait les 60 heures pour la même rémunération que nos 42h00 actuelles. L'attractivité insuffisante et la productivité encore insuffisante poussent l'établissement à mettre en place une organisation encore plus rémunératrice, mais surtout plus productive. Affaire à suivre

Propos recueillis par Saveria Sargentini

Statut de PH : évoluer oui, bazarder non

En novembre 2019 le gouvernement a promis de réformer de « fond en comble » le statut de praticien hospitalier d'ici à six mois. Qu'est-ce que cela signifie exactement ? Comment cela peut se passer en pratique ? et surtout quelle est la position du SNPHARE ? Nous avons demandé au Dr Gregory Wood, secrétaire général adjoint du syndicat et rédacteur en chef de PHARE de faire le point avec nous, sur les aspirations du SNPHARE et les conséquences d'une telle refondation.

PHARE : On parle beaucoup de modifier le statut de PH voire de le supprimer, quelle est la position du SNPHARE ?

Grégory Wood : La position du SNPHARE est très claire, il faut garder le statut ! Mais il faut le moderniser, c'est certain ! Il a plus de 30 ans, il ne répond plus à toutes les attentes et exigences du métier de PH en 2020, ce qui est normal après tant d'années. La société, l'Hôpital, le métier de médecin hospitalier, les aspirations des collègues, tout cela évolue. Le but est de le transformer sans le dénaturer. Il faut garder ce qui a fait ou devrait faire sa force, notamment deux de ses piliers : l'indépendance des praticiens dans leurs pratiques et organisations et l'égalité de traitement entre les praticiens (mode d'entrée dans le statut, rémunérations...).

Au niveau des évolutions possibles il y a plusieurs pistes : une grille salariale revalorisée (dans son ensemble et notamment les débuts de carrière) établie sur un nombre diminué d'échelons, des valences non cliniques - mieux reconnues et mieux valorisées, un décompte horaire du temps de travail qui deviendrait la norme, notamment pour les spécialités à forte contrainte sur la permanence des soins (et le décompte en DJ deviendrait la dérogation)..

PHARE : On parle DU statut de PH mais ne devrait-on pas parler DES statuts de PH ?

Grégory Wood : C'est malheureusement vrai. Au fil des années le statut a été « détricoté » et on s'est retrouvé avec une multitude « sous-statuts » en lieu et place du statut unique qui était la philosophie de



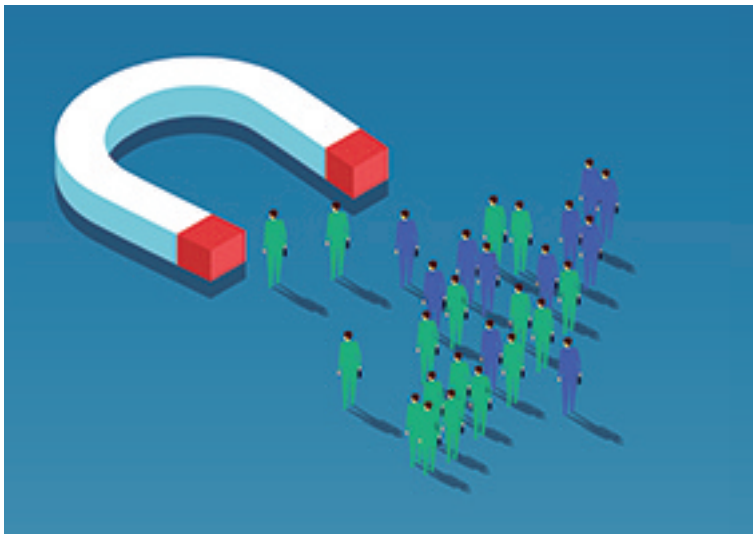
base lors de la création du statut de PH. Résultats : des grilles salariales, des évolutions de carrière, une protection sociale qui peuvent parfois présenter de nombreuses différences d'un praticien à l'autre. Nous sommes loin du statut garantissant une certaine égalité entre les praticiens. On a même inventé un nouveau statut, le statut de clinicien, beaucoup mieux payé, directement contractualisé avec le directeur.

Que le statut soit décliné en plusieurs modes afin de répondre aux différents modes d'exercice oui, mais il faut garder un socle commun ! Or au fil du temps on s'est éloigné du socle commun et il en a finalement résulté des statuts différents.

“
Comme la défense des
PH, la défense de
l'Hôpital Public est dans
l'ADN du SNPHARE !

”
PHARE : Augmenter l'attractivité des carrières médicales hospitalières en permettant d'avoir une activité en établissement privé, est-ce une bonne idée selon toi ?

Grégory Wood : À travers cette annonce, Agnès Buzyn a répondu à une demande émanant notamment des jeunes praticiens dont certains souhaitent « mixer »



Comment relancer l'attractivité ? En donnant envie !

une activité dite « tout venant » en établissement privé et une activité dite « de pointe » en établissement public. La Ministre a donc quelque part « fait le job » en répondant à cette demande. Que le statut évolue en permettant d'avoir des carrières moins linéaires (que certains considèrent même comme trop fermées) pourquoi pas ? Surtout si cela répond à une demande des praticiens. Il ne s'agit pas d'opposer hôpitaux publics et privés, les deux systèmes existent et doivent pouvoir être complémentaires dans l'intérêt premier des patients. Que des passerelles se créent ne me pose pas de problèmes ! Mais, dans ce cas il faut repenser et revoir tout ce qui se trame depuis plusieurs années quand il s'agit d'évoquer ces deux systèmes hospitaliers. Il faut redéfinir les rôles et périmètres de chacun (hôpitaux publics et privés) et cesser de vouloir les comparer notamment en ce qui concerne leurs modèles économiques et arrêter de les mettre sans cesse en concurrence car cela n'a pas de sens et c'est forcément l'Hôpital Public qui en pâtira.

Comme la défense des PH, la défense de l'Hôpital Public est aussi dans l'ADN du SNPHARE.

PHARE : Comment fait-on alors pour relancer cette attractivité ?

Grégory Wood : L'attractivité, c'est donner envie ! À travers différentes enquêtes menées par le SNPHARE et sur le terrain on le voit bien, ce que veulent les collègues (médecins et non médecins d'ailleurs) ce sont de meilleures conditions de travail, de meilleurs moyens humains et matériels pour avoir une qualité

de prise en charge des patients à la hauteur de celle que l'on peut attendre des hôpitaux d'un pays comme la France en 2020. Cela passe par des réorganisations mais des réorganisations qui ont du sens pour les professionnels de santé et pas uniquement dictées par les budgets, COPERMO (Comité Interministériel de la Performance et de la Modernisation de l'Offre de soins) et autres EPRD (Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses). Cela passe par des investissements c'est certain. On connaît le contexte économique actuel qui fait que l'investissement à l'Hôpital est devenu l'Arlésienne. Mais on parle ici de l'Hôpital Public, de la santé de la population qui est un indicateur fort pouvant influencer sur l'économie d'un pays lui-même. Il faut donc un certain courage politique pour permettre un investissement digne de ce nom.

À côté de ces mesures visant à améliorer la qualité de vie au travail et à redonner du sens au métier de soignant, l'autre levier, qui peut paraître secondaire quand on embrasse une carrière dans l'Hôpital Public mais qui, dans le contexte actuel, est devenu prégnant, c'est le levier financier. L'écart des rémunérations entre le public et le privé est devenu tel qu'il est intenable dans certaines spécialités (comme l'anesthésie-réanimation) sans compter que le privé combine désormais meilleur salaire et qualité de vie (moins de permanence de soins, semaine de 4 jours). Il ne s'agit pas de revendiquer une égalité des salaires entre praticiens du public et ceux du privé mais il faut revaloriser la grille salariale des PH et mieux rémunérer la permanence de soins. On parle bien d'une augmentation des revenus à travers une augmentation du salaire et

non *via* des primes diverses et variées qui ont fleuri ces dernières années mais qui sont, par définition, non pérennes et ne comptent pas pour la retraite.

“ **Au fil des années, le statut a été « détricoté » et on s'est retrouvé avec une multitude de « sous-statuts » en lieu et place du statut unique** ”

”

Propos recueillis par Saveria Sargentini

La retraite des praticiens hospitaliers : état des lieux avant le big bang ?

À l'heure où un mouvement social d'ampleur réunit dans une convergence pratiquement unanime les syndicats contre la réforme imminente des retraites, il nous a semblé opportun de faire le point sur l'actuel système de retraite des PH.

TOUS ENSEMBLE, CONTRE LA RÉFORME DES RETRAITES ?

Si les grandes lignes de la réforme ont été énoncées dans le rapport Delevoye, force est de constater qu'aujourd'hui la retraite à points annoncée suscite de nombreuses interrogations. Sans doute, faute d'une concertation suffisante et véritablement anticipée. Le gouvernement attend-t-il de mesurer l'ampleur du mécontentement pour ajuster ses propositions ? On est en droit de s'interroger.

COMMENT FONCTIONNE LE SYSTÈME ACTUEL, POUR NOUS LES PH ?

Le système de retraite actuel est un système par répartition, c'est à dire que ce sont les actifs, qui, par leurs cotisations, paient les pensions des retraités.

Pour les PH, les cotisations retraite comprennent de manière obligatoire aujourd'hui :

- un régime de base, c'est le régime général de la sécurité sociale, sous l'égide de la CNAV (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse) ; ce régime est plafonné, c'est à dire que la partie de salaire qui excède le plafond* est improductive pour la future retraite
- et un régime complémentaire, l'IRCANTEC (Institution de Retraite Complémentaire des Agents Non Titulaires de l'État et des Collectivités publiques). C'est ce régime complémentaire qui représente aujourd'hui la plus grosse partie de la pension de retraite des PH.

Les cotisations IRCANTEC sont subdivisées en deux tranches, avec des taux différents sur chaque tranche : la tranche A (sur la partie du salaire qui va jusqu'au plafond de la sécurité sociale*) et la tranche B (sur la partie du salaire qui est au-dessus du plafond de la sécurité sociale*). Ces cotisations ouvrent droit à certain un nombre de points, qui s'accroissent au fil du temps. Donc, les systèmes complémentaires sont déjà des systèmes à points...

Le montant de la pension de retraite complémentaire IRCANTEC est ensuite calculé de la manière suivante :

Le montant ainsi calculé est le montant annuel de la pension, sachant que cette dernière fait l'objet de versement mensuels.

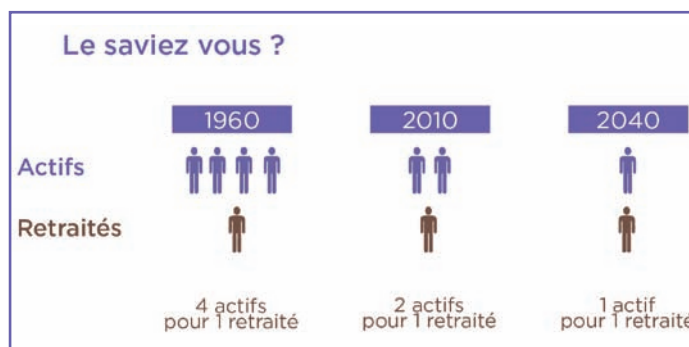
En clair, les PH bénéficient donc actuellement déjà d'un système à points, l'IRCANTEC, qui constitue, encore une fois, l'essentiel de leur pension.

Les PH exerçant une activité libérale cotisent aussi de manière obligatoire à la CARMF (Caisse d'Assurance Retraite des Médecins de France), comme les confrères libéraux.

Le PH peut encore cotiser, mais de manière facultative, à d'autres régimes pour améliorer sa retraite (du type Préfon, avec des contreparties fiscales avantageuses).

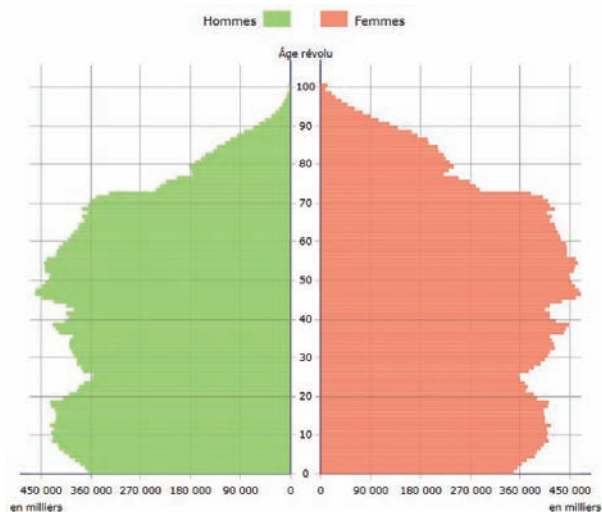
ALORS, QUE CHANGERAIT LE FUTUR SYSTÈME DIT UNIVERSEL À POINTS ?

Il faut bien comprendre que le système de retraite par répartition est très tributaire de la démographie. Or l'espérance de vie s'allonge et, du coup, aussi la durée des retraites. D'où inévitablement aussi, parallèlement, le coût sociétal des pensions de retraite. La génération dite du *baby boom* a vieilli, glissant aujourd'hui vers une sorte de *papy boom*. Il y a en France plus de 16 millions de retraités, avec une espérance de vie à la retraite proche de 25 ans, ce



* Plafond en 2019 : 3 377 € mensuels / 40 524 € annuels , ** Valeur du point servi depuis le 1er janvier 2019 : 0,48031€

Pyramide des âges en 2019. Source INSEE



qui n'est toutefois pas synonyme d'espérance de vie en bonne santé ou sans incapacité, laquelle est évidemment inférieure.

Dans ces conditions, si l'on veut contenir le budget des retraites, différentes variables d'ajustement peuvent être imaginées qui, du reste, ne s'excluent pas mutuellement. Ensuite, c'est un arbitrage politique, que de décider laquelle ou lesquelles seront mises en œuvre ou privilégiées.

Vu l'impossibilité de réduire instantanément le nombre des retraités, une alternative serait de diminuer d'autorité le montant des pensions, mais l'on comprend que les retraités d'aujourd'hui y soient opposés (il suffit d'observer le mécontentement de ces derniers en 2018, suite à l'augmentation de la Contribution Sociale Généralisée).

Bien entendu, on pourrait augmenter les taux de cotisation (part salarié, part employeur ou les deux), mais là aussi, on imagine les réactions de mécontentement face à cette augmentation immédiate de la pression fiscale.

Ainsi, la première variable d'ajustement, servant

jusqu'à lors de base aux précédentes réformes a été le recul progressif de l'âge de la retraite -rappelons qu'il n'y a pas si longtemps, la tendance fut, à l'inverse, d'inciter les départs anticipés pour favoriser l'emploi des plus jeunes-.

Une variante à la hausse de l'âge de départ à la retraite est l'augmentation de la durée des cotisations nécessaires pour prétendre à une pension à taux plein.

Ainsi, si l'on peut prendre sa retraite à partir de l'âge de 62 ans (âge légal), ceci ne signifie pas pour autant que l'on bénéficiera à ce moment là d'une retraite complète : encore faut-il avoir cotisé, aussi, le nombre de semestres requis.

À défaut, le candidat à la retraite se verra en effet appliquer une décote, d'autant plus forte que le nombre de trimestres manquants est important. Et l'effet dissuasif de cette amputation est patent. Pour les médecins, les études sont déjà longues : valider l'ensemble de ses trimestres signifie pour les plus jeunes et pour l'instant, travailler 43 ans pour effectuer une carrière complète, tandis que l'âge de la retraite à taux plein « automatique » est aujourd'hui de 67 ans.

Année de naissance	Nbre de trimestres cotisés	Âge de départ à la retraite
1964 / 1966	169	62 ans
1967 / 1969	170	62 ans
1970 / 1972	171	62 ans
≥ 1973	172	62 ans

SITUATION ACTUELLE

Une modélisation, pour sur un PH temps plein, âgé de 30 ans et ayant débuté sa carrière au 01/01/2018, avec 4 indemnités de sujétion mensuelles dont 3

TABLEAU : allocation mensuelle

Série Évolution		Points Base	Points ESPE	Points PdS	Retraite SS (44% plafond)	Retraite IRCANTEC Rému. Base	TOTAL	Retraite IRCANTEC ESPE	Retraite IRCANTEC PdS	soit :
C A R R I È R E	30 ANS	37 422	6 034	17 276	1 963,60 €	2 012,84 €	3 976,44 €	324,55 €	689,41 €	4 990,40 €
	32 ANS	40 696	6 492	18 428	2 003,07 €	2 232,90 €	4 235,97 €	356,23 €	735,37 €	5 327,57 €
	35 ANS	45 515	7 172	20 155	2 063,76 €	2 573,02 €	4 636,79 €	405,42 €	804,31 €	5 846,52 €
	37 ANS	48 669	7 619	21 307	2 105,25 €	2 806,60 €	4 911,85 €	439,36 €	850,27 €	6 201,48 €

astreintes/mois entraînant 10 h de déplacement et partant à la retraite à taux plein, tous trimestres validés, pourrait espérer une allocation mensuelle décrite dans le tableau page 20 (Allocation mensuelle). Pourtant, l'évolution n'est en rien rassurante. En effet, la valeur d'achat du point IRCANTEC B augmente, tandis que la valeur de retour (valeur du point concédée au retraitant**) au contraire diminue : à salaire constant (ce qui est le cas concrètement, faute de revalorisation), le nombre de points IRCANTEC est donc en diminution drastique depuis un peu plus de 10 ans : nous avons subi une chute d'environ 1000 points en moins de 10 ans, ce qui représente environ 30 % de réduction de la pension correspondante... En outre, le département juridique de la Caisse des Dépôts et Consignation a conseillé aux établissements publics de santé de ne pas verser de cotisations IRCANTEC (salariales et patronales) sur les jours monétisés sur un Compte Epargne Temps (les jours épargnés ne génèrent ainsi plus de points).

CE QU'ON PEUT CRAINDRE DE LA NOUVELLE RÉFORME

Celle-ci est présentée comme simplificatrice, puisqu'unificatrice, étendant le système à points de

manière universelle et supprimant, ipso facto, les 42 régimes de retraite existant actuellement, dont les régimes dit spéciaux, qui offraient des avantages spécifiques dont l'homogénéisation peut bien entendu faire craindre la disparition.

Cette réforme est aussi présentée comme « la dernière », de nature à éviter des ajustements tous les deux à cinq ans. Mais comment imaginer, à la lumière des données démographiques exposées plus haut, un système qui ne soit pas assujéti à l'évolution des conditions économiques ?

Dès lors, l'ajustement apparaît inévitable et l'une des grosses incertitudes actuelles, objet de l'inquiétude des syndicats, dont le SNPHARE, est bien celle-ci : comment sera ajusté, à l'avenir, avec ce nouveau système, le montant des pensions ?

Surgit alors immédiatement le risque d'un ajustement de la valeur du point, le montant des pensions pouvant ainsi être révisé instantanément à la baisse - théoriquement aussi à la hausse, mais on peine évidemment à le croire, pour des raisons encore une fois démographiques-.

Il a été évoqué, aussi, que la valeur du point ne changerait pas. Cependant, l'application possible d'un coefficient reviendrait au même que de changer la valeur du poin.

PETIT LEXIQUE DE LA RETRAITE

Taux de remplacement : c'est le pourcentage de son ancien revenu que l'on perçoit une fois parvenu à la retraite.

En creux, la différence, c'est évidemment le pourcentage de diminution de revenus au moment de la retraite.

Remarques ou Pièges : tout dépend sur quel salaire(s) de référence on se base ; car ce ne sont pas que les derniers, souvent plus élevés à la fin de la carrière qu'au début de celle-ci (et, pour les PH, sensiblement plus notamment pour les deux derniers échelons, soit les 12ème et 13ème, que pour les précédents) ; aujourd'hui, les calculs des pensions de retraites se font, comme pour les salariés du privé, à partir des 25 meilleures années (précédemment c'était seulement les 10 meilleurs et donc, en règle générale, plus favorable) ; et si demain on prenait en considération la totalité de la carrière (en incluant nos mirobolants salaires d'externes ?)

Assiette de cotisation : c'est la partie de la rémunération sur laquelle sont prélevées les cotisations.

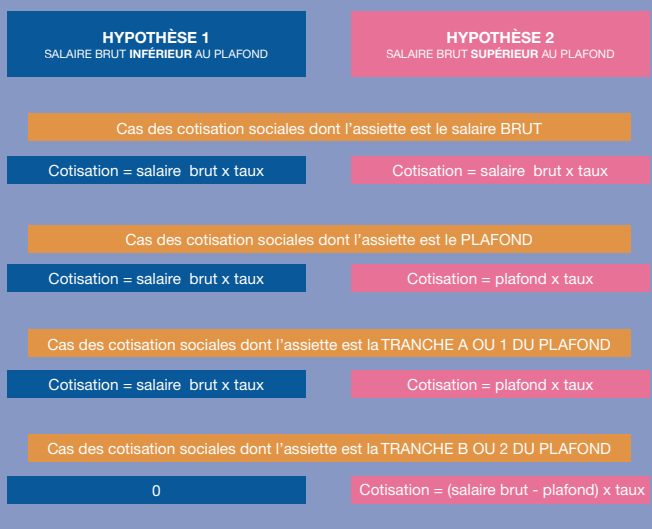
Elle peut se subdiviser en tranches, avec des plafonds et des taux différents, comme on l'a vu pour l'IRCANTEC.

Remarques ou Pièges : si une partie de la rémunération n'entre pas dans l'assiette, on ne cotise que sur une partie de ses revenus et donc on n'acquière de points que sur cette partie. Ceci est caricatural pour les universitaires, pour lesquels le calcul occulte la partie hospitalière pour ne prendre en compte que la partie universitaire. C'est aussi le risque des primes, qui n'entrent pas systématiquement dans cette assiette. Fort

heureusement pour les PH, de précédents combats syndicaux ont permis que les primes actuelles soient prises en considération, mais pas les jours de CET épargnés en revanche.

Temps, durée ou délai de récupération : C'est le temps nécessaire pour qu'un retraité récupère les sommes investies dans le système. En cas de décès antérieur à ce délai, le retraité a versé plus qu'il n'a touché, en cas de décès ultérieur, c'est le contraire.

Remarques ou Pièges : pour l'IRCANTEC, elle est aujourd'hui de l'ordre de 11 ans.



De fait, un autre homme politique, sans le nommer François Fillon, avait bien décrit ce mécanisme déjà en 2016 (cf. vidéo sur Internet : <https://www.bing.com/videos/search?q=fillon+retraite+par+points&view=detail&mid=1D911792C81FB36BCD131D911792C81FB36BCD13&FORM=VIRE>).

Dès lors, le nouveau système à points, outre qu'il n'est pas si nouveau qu'il y paraît ou qu'il est présenté, apparaît surtout comme un système de simplification -et avant tout de maîtrise- comptable.

Le SNPHARE a fait des propositions, mais il n'a été qu'insuffisamment sollicité et écouté.

Les annonces faites le 11 décembre par le premier ministre ont précisé plus clairement les délais, très attendus, d'application de la réforme, laquelle ne devrait donc pas impacter les natifs d'avant 1975, intéresser de manière progressive ensuite les personnes nées entre 1975 et 2004 et s'appliquer complètement d'emblée pour ceux qui sont nés après 2004. Mais beaucoup d'incertitudes demeurent encore par ailleurs, notamment sur le recul éventuel de l'âge de départ -différence entre l'âge légal et l'âge pivot ou l'âge à taux plein, l'indexation du point sur les salaires -valeur de service et/ou valeur d'achat ?-, devenir de la pénibilité...

Car si le nombre de points dépend bien du nombre d'euros cotisés, alors l'absence de revalorisation

salariale à de quoi susciter des inquiétudes.

Le SNPHARE restera donc extrêmement attentif aux précisions qui seront apportées, normalement prochainement, pour que l'ensemble des rémunérations, notamment, soient bien prises en compte dans le calcul des droits à la retraite.

Francis Vuillemet

LES PROPOSITIONS DU SNPHARE

1-La grille salariale doit être revalorisée : c'est le seul moyen d'être sûr de ce qu'on cotise – (toutes les primes peuvent varier d'un moment à l'autre, voire disparaître...).

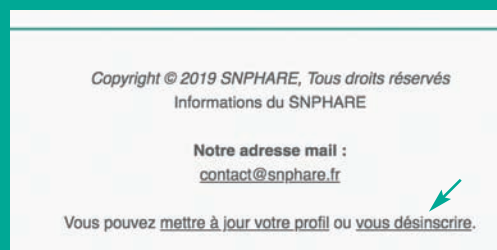
2-La pénibilité doit enfin être prise en compte pour les praticiens hospitaliers : l'augmentation de la durée et l'intensification du travail, la permanence des soins ou l'âge de départ à la retraite, ne peuvent pas être identiques pour tous les praticiens du fait d'un exercice différent.

3-La réduction des revenus liés à l'éducation des enfants ne doit pas être pénalisante, les enfants doivent donner droit au même bonus qu'avant, pour les hommes ET pour les femmes.

LES LETTRES D'INFORMATION DU SNPHARE (NEWSLETTERS)

Le SNPHARE vous adresse régulièrement newsletters pour vous tenir informés de l'actualité et, 4 fois par an, des lettres d'informations avec une synthèse de l'actualité et une sollicitation pour que vous adhérez ou que pensiez à régler votre cotisation.

Ces newsletters sont envoyées aux adresses mail que vous entrez dans votre espace. Si vous souhaitez ne recevoir ces informations que sur une des vos deux adresses mails, désabonnez vous directement à partir de la NL reçue sur ce mail, en bas en cliquant sur « vous désinscrivez de cette liste de diffusion » (flèche).



Si vous vous désinscrivez par erreur, merci de nous adresser un mail à contact@snphare.fr.

Si vous ne recevez pas nos mails, c'est soit que :

- vos coordonnées sont erronées : vérifiez les bien dans votre espace adhérent
- votre hôpital bloque les informations provenant du SNPHARE : demandez à votre service informatique de désactiver le snphare, ou entrez un mail perso dans votre espace adhérent
- soit qu'elles arrivent dans vos spams : vérifiez régulièrement vos spams.

Réforme des autorisations de soins : sous ce nom barbare, des modifications drastiques de notre activité clinique

Présentés comme des travaux menés sur la simplification des procédures d'autorisations des activités de soins et en accord avec la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, le Ministère des Solidarités et de la Santé a engagé une réforme de fond de l'ensemble du régime des autorisations, pilotée par la DGOS. Cette réforme est la mesure numéro 20 des 54 mesures phares ciblées par une vaste réforme du système de Santé visant à améliorer l'offre de soins à la ville comme à l'hôpital et réaffirme l'importance de l'accès universel aux soins dans les meilleures conditions.

UNE RÉFORME, POURQUOI ?

C'est la « mesure 20 » de la Stratégie Nationale de Santé, qui découle de la loi Santé 2022.

Son but :

- Définir quels établissements (ou services, ou GHT) ont le droit de faire telle activité
- Définir une gradation des soins selon le degré de complexité (technique, moyens humains) de l'activité, et organiser un réseau entre les établissements : c'est une nouveauté !

Pour quelles activités ? Toutes les activités cliniques ! Ainsi se sont constitués de nombreux groupes de travail (chirurgie, radiologie interventionnelle, périnatalité etc.), composés d'une part de professionnels de santé – désignés pas les Conseils Nationaux Professionnels (CNP) – et d'autre part de représentant de la gouvernance : présidents de CME, directeurs d'établissements, issus des secteurs public et

libéral. Les réunions ont lieu à la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS, ministère des Solidarités et de la Santé), une fois par mois, avec un ordre du jour des points à traiter fixé par la DGOS.

LE RÔLE DU SNPHARE ?

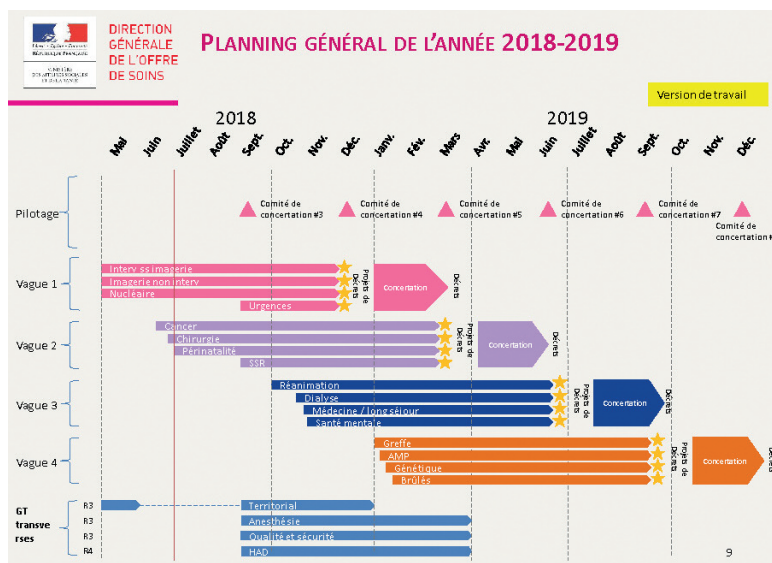
L'anesthésie-réanimation a été initialement oubliée dans la composition de ces groupes de travail. Finalement, un groupe de travail Anesthésie a été créé, et les anesthésistes-réanimateurs ont pu rejoindre tous les groupes de travail qui les concernent : soins critiques, chirurgie, périnatalité, radiologie - cardiologie - neurologie interventionnelles etc.

Le CNP d'anesthésie-réanimation a désigné des membres de ses diverses composantes (société savante, syndicats...) pour participer aux débats à la DGOS. Le SNPHARE y a donc pris toute sa place.

UN EXEMPLE, QUAND MÊME ?

Oui, il y a un exemple que nous connaissons bien, et qui a fait la preuve de son efficacité, c'est celui de la prise en charge des nouveau-nés. Depuis le décret de périnatalité de 1998, les maternités sont réparties en 3 types, selon le degré de nécessité de prise en charge néonatale.

L'orientation des mères en prépartum, et des nouveau-nés si besoin, se fait selon ces types de maternités, qui sont organisées en région sous la coordination d'un réseau de périnatalité. Ces réseaux sont actuellement des associations, dont les financements, les modes de fonctionnements et l'interaction avec les établissements sont totalement différents.



Caractéristiques des différents types de maternités

Types de maternité	Types de grossesses	Types de nouveau-nés	Moyens mis en œuvre
I	Grossesses sans facteur de risque périnatal	Nouveau-nés bien portants ayant seulement besoin de soins de puériculture	Unité d'obstétrique sans unité de néonatalogie
II A	Grossesses susceptibles de donner naissance à des nouveau-nés nécessitant des soins de pédiatrie néonatale	Nouveau-nés nécessitant des soins de néonatalogie sans soins intensifs	Unité d'obstétrique associée à une unité de néonatalogie
II B		Nouveau-nés nécessitant des soins de néonatalogie avec soins intensifs	Unité d'obstétrique et unité de néonatalogie avec soins intensifs
III	Grossesses susceptibles de donner naissance à des nouveau-nés nécessitant des soins dispensés en service de soins intensifs et de réanimation néonatale	Nouveau-nés présentant une ou plusieurs pathologies aiguës ou sortant de l'unité de réanimation néonatale	Unité d'obstétrique, unité de néonatalogie et unité de réanimation néonatale

LES POINTS POSITIFS

L'idée est louable.

- Quel que soit le niveau de technicité, sont définis les moyens humains (médecins de différentes spécialités, personnels paramédicaux) nécessaires, et une organisation entre les différents acteurs au sein de l'établissement.
- On ne peut pas faire tout partout parfaitement : les actes peu fréquents à l'échelon du pays, ou d'une région, doivent être centralisés dans des centres hyperspécialisés : « on ne fait bien que ce qu'on fait tous les jours ». C'est l'intérêt de la gradation.
- Chacun de nos concitoyens doit pouvoir avoir un égal accès aux soins sur tout le territoire : c'est l'intérêt de l'organisation en réseau.

Il y a un groupe de travail qui arrive – à peu près – à un consensus fort, c'est celui des soins critiques – c'était pourtant une gageure de mettre autour de la table des anesthésistes-réanimateurs, des médecin-intensivistes-réanimateurs et des médecins pratiquant des spécialités avec soins intensifs. Mais pour beaucoup d'autres, nous sommes beaucoup plus réservés...

LES POINTS NÉGATIFS

Les réunions entre professionnels de santé et acteurs de la gouvernance ont rapidement opposé la sécurité et la qualité des soins aux enjeux démographiques et financiers... sans compter les enjeux politiques que représentent les hôpitaux et les maternités de proximité (cf. article suivant p.25). Les arbitrages sont faits au Ministère, par des personnes n'ayant pas participé aux réunions, lesquelles sont préparées et animées par des administratifs qui ont une totale méconnaissance de l'activité médicale en établissement de soins.

La place de l'anesthésiste-réanimateur sur les plateaux techniques est irrégulièrement respectée. L'anesthésie-

réanimation-médecine péri-opératoire est pourtant le garant de la sécurité du patient sur tout son parcours de soins : on ne peut imaginer que l'anesthésiste-réanimateur ne soit appelé qu'au moment où ça va mal, et où il a d'autres chats à fouetter et n'a plus de moyens humains disponibles. Et bien si, c'est ce qui est écrit dans certains décrets : pour le législateur, c'est possible.

Le groupe de travail « anesthésie » peine à trouver sa mission, d'autant que des décrets envisagent des SSPI (Salle Surveillance Post Interventionnelle) sans aucun environnement anesthésique, en totale contradiction avec le décret sur l'anesthésie de 1994.

La pertinence des soins, l'évaluation de la qualité du travail, le travail d'équipe, qui sont pourtant des facteurs primordiaux de la pratique d'excellence (autrement dit : la gestion des risques), ont été totalement occultés. Le travail sur les réseaux n'est absolument pas abouti. On arrive donc à une organisation en silos, qui échoue à atteindre sa cible. Les syndicats (en fait : les intersyndicales) interviennent en toute fin de procédure, lorsque les décrets sont déjà pré-écrits, sur un laps de temps très court. Il convient ici de remercier le CNP d'anesthésie-réanimation (et d'autres spécialités) d'avoir permis à des professionnels de santé syndicalistes de participer à la réflexion en amont de cette concertation syndicale.

Et ensuite, le projet de décret va être remodifié plusieurs fois, par des concertations avec des acteurs très éloignés de la pratique clinique en cause, avec des arbitrages (ou validations) itératives par le ministère. Ainsi, le décret final échappe totalement à ceux qui l'ont construit !



CHANCE ET INVESTISSEMENT

Au final, selon les spécialités traitées, les décrets à paraître feront ou non consensus... et surtout, malgré un énorme investissement des personnels de santé dans ces chantiers, ne permettent pas, à nos yeux de médecins, de donner toutes leurs chances aux patients.

Anne Geffroy-Wernet, présidente du SNPHARE

Réforme des autorisations de soins : débats houleux pour la périnatalité !

Le Conseil National Professionnel d'Anesthésie-Réanimation a désigné trois « médecins experts » pour le chantier de la réforme des autorisations de soins en périnatalité : les Dr Marie-Pierre Bonnet (PH à l'hôpital Trousseau, Paris), Jean Tourrés (médecin libéral à la Polyclinique de l'Atlantique à Nantes) et Anne Geffroy-Wernet (PH au CH de Perpignan et actuelle présidente du SNPHARE).

Curieusement, comme dans beaucoup de discipline, l'anesthésie-réanimation avait été oubliée : nous sommes donc arrivés en cours de route...



CONTEXTE

Historiquement, la périnatalité est en avance sur les autorisations de soins : un décret paru en 1998 régleme le fonctionnement des maternités, tant en termes de locaux que de moyens humains. L'évolution de la médecine, la réorganisation des plateaux techniques et l'émergence de très grosses maternités implique une révision de ce décret. Sont donc réunis, autour des juristes de la DGOS, des professionnels de santé : représentants des gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, personnels paramédicaux (AS, IDE, puéricultrices), pédiatres néonatalogistes, anesthésistes-réanimateurs, mais aussi des représentants des gouvernances : présidents de CME, directeurs d'hôpitaux / Fédération Hospitalière de France et d'établissements privés.

DÉBUT DES HOSTILITÉS

Les discussions ont commencé à se tendre au mois de février 2019. Le gouvernement, pour des raisons électoralistes, a martelé qu'aucune maternité « de proximité » ne serait fermée, alors que les professionnels de santé savent pertinemment que la proximité n'est pas un gage de qualité et sécurité des soins. Cela a été l'occasion de rassembler sur une même ligne l'ensemble des professionnels de santé, notamment via une tribune cosignée par tous les syndicats, sociétés savantes et enseignants concernés par la périnatalité (lire ici : <https://snphare.fr/fr/blog/posts/tribune-maternites>).

De ce fait, des réunions ont été annulées, d'autres ont tourné en rond ; aux professionnels de santé, qui répètent inlassablement qu'on ne dérogera pas sur la

sécurité et la qualité des soins, qui sont des critères incontournables d'attractivités des structures pour les médecins, on nous répond pénurie (celle qui a été organisée depuis des années...) et absence de moyens financiers (la tarification des actes de périnatalité étant ridicule : à qui la faute ? certainement pas aux professionnels !). Pour pallier cette difficulté, la DGOS a par exemple proposé, pour maintenir les maternités en mal de pédiatres, de demander au pédiatre de garde au CHU de prendre sa voiture pour réanimer les bébés des maternités alentour... Nous avons bien sûr réagi de manière unanime : danger pour le bébé dans la maternité éloignée, danger pour la maternité du CHU, perte d'attractivité pour les deux structures... Pendant l'été, des maternités ont dû être fermées... les listes de gardes incomplètes et l'incapacité à recruter nous ont évidemment donné raison.

Le SNPHARE s'inquiète énormément de l'absence d'attention aux demandes des professionnels pour la révision du décret de périnatalité, qui s'inscrit dans la démarche d'autorisation et de gradation des soins : refus d'inscrire une gradation des soins maternels, refus d'implémenter le nombre de professionnels jugés nécessaires par l'ensemble des professionnels dans les maternités, qu'il s'agisse de très petites maternités, de maternités éloignées des plateaux techniques, ou de très grosses maternités, lesquelles sont en nombre croissant. Une ultime rendez-vous est prévu le 14 janvier.

Les conclusions donnent lieu à des inquiétudes sur la sécurité des patients.

Nous nous retrouvons donc dans une situation ubuesque, où **les professionnels de santé ont été convoqués pour préciser le minimum sécuritaire et où l'on vient de nous répondre « oui, mais nous ne sommes pas d'accord sur votre appréciation ».**

CE QUE PROPOSE LA DGOS (Fig 1)

Les projets de décrets, en l'état, valident donc des organisations non sécuritaires, sur des arguments purement économiques et/ou électoralistes, et mettent en danger la santé des mères, des enfants à naître et des nouveau-nés.

CE QUE PROPOSE LE CNP-AR (Fig 2)

Concernant l'anesthésie-réanimation, nous proposons une organisation du parcours des mères, superposable

Figure 1 : Propositions de la DGOS

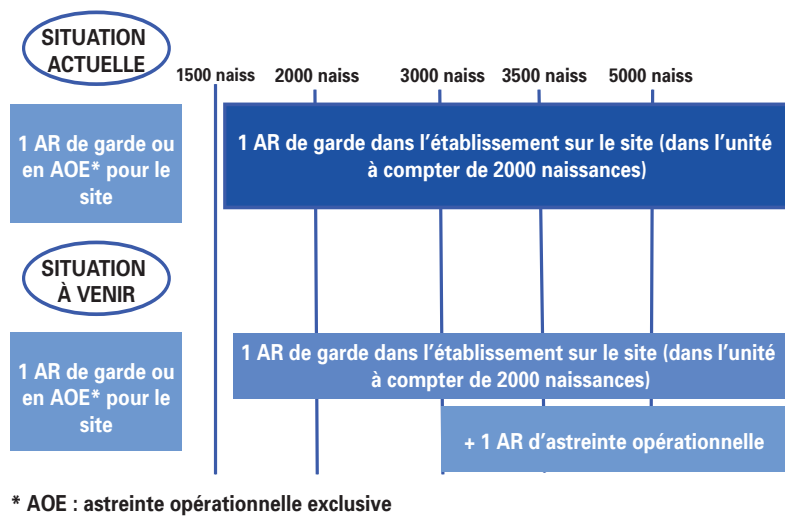


Figure 2 : Propositions du CNP-AR, discutées avec les médecins experts désignés (SFAR, SNPHARE, libéraux) et le CA du Club d'Anesthésie Réanimation Obstétricale (CARO)



aux « types » définis par le décret de périnatalité pour la prise en charge des nouveau-nés, ainsi qu'une redéfinition des effectifs nécessaires pour les maternités (les données obstétricales de l'enquête CONTRAMAR du SNPHARE montrent que les effectifs pour les très petites et les très grosses maternités actuellement en vigueur se révèlent non sécuritaires). La place de l'IADE dans la maternité est très débattue, compte tenu de la grande différence des fonctionnements des établissements publics et privés.

La concertation sur les maternités est un naufrage, mettant en péril la sécurité maternelle et néonatale. Le SNPHARE, avec le CNP AR et les autres spécialités concernées, continuent à défendre cette sécurité coûte que coûte, et en dernière hypothèse, dénonceront le décret s'il ne tient pas compte des exigences professionnelles.

Anne Geffroy-Wernet, Présidente du SNPHARE



CENTRE
HOSPITALIER
DE **BLIGNY**

91640 BRIIS-SOUS-FORGES
Tél. : 01 69 26 30 00

www.chbligny.fr

RECHERCHE MÉDECIN (H/F)

QUALIFIÉ OU COMPÉTENT
EN RÉANIMATION POUR SON USI

POSTE

- Recherche **médecin (H/F) en CDI à temps plein (temps partiel possible).**
- Recherche également **médecin (H/F) pour gardes nuit, week-end, fériés.**

LE CENTRE HOSPITALIER DE BLIGNY

Convention FEHAP du 31/10/1951 – Situé à 30 km au Sud de Paris.
Établissement Spécialisé 385 lits et places : Court Séjour et Soins de Suite et de Réadaptation.
5 pôles : Cardiologie-vasculaire, Pneumologie, Hémato-Cancérologie, Médecine Interne et Maladies Infectieuses, Activités transversales. dont 12 lits en Unité de Soins Intensifs et service de radiologie avec scanner.

LE SERVICE DE SOINS INTENSIFS

Équipe médicale composée de 7 médecins actuellement.
12 lits avec monitoring invasif et non-invasif. IGS 2 moyen à 37 (6 à 109).
Activité de soins intensifs polyvalents médicaux-exclusifs (pas de chirurgie sur site, pas d'épuration extra rénale dans l'unité), à prédominance respiratoire avec une expertise reconnue en sevrage ventilatoire difficile et prolongé.
Les services de l'hôpital sont les premiers adresseurs : Pneumologie, cardiologie, infectiologie, oncologie et hématologie. Recrutement varié via le SAMU (primaire comme secondaire).

SERVICES SUPPORT

Service d'imagerie médicale.
Laboratoire de biologie médicale. Pharmacie à usage intérieur.

PROFIL RECHERCHE

Titulaire du Diplôme d'Études Spécialisées de médecine d'urgence, de la capacité de médecine d'urgence ou justifiant d'une expertise dans le domaine des soins critiques souhaitant poursuivre un exercice diversifié en équipe.
L'activité proposée inclut activité auprès des patients du service en heures ouvrables et 1 garde par semaine et une garde de dimanche ou jour férié toutes les 7 semaines. Les gardes sont réalisées au sein du service. Un médecin senior de l'établissement assure la garde d'intérieur.

STATUT ET RÉMUNÉRATION

CCN51 avec reprise d'ancienneté. Rémunération forfaitaire pour les gardes.

AVANTAGES SOCIAUX

Possibilité de logement, crèche, mutuelle employeur.

ADRESSER VOTRE CANDIDATURE DE PRÉFÉRENCE PAR MAIL CV + LETTRE MOTIVATION À :

Madame Madeleine ROUSSEAU, DRH - drh@chbligny.fr (01 69 26 30 10)
Dr Caroline DUPONT, Directeur Médical - c.dupont@chbligny.fr (01 69 26 31 96)

Informations : Dr Pierre ANDRIVET, Chef de service de soins intensifs
p.andrivet@chbligny.fr / v.machalingrin@chbligny.fr (01 69 26 31 41)



CENTRE
HOSPITALIER
Sainte Catherine

SAVERNE



Le Centre Hospitalier de SAVERNE recrute UN PRATICIEN

*spécialiste en anesthésie-réanimation,
pour compléter une équipe soudée de 6 MAR
et 1 à 2 internes DES anesthésie-réanimation
par semestre.*

Le Centre Hospitalier de Saverne, doté de 355 lits et places, est un établissement qui assume une mission de service public de soins, en conjuguant offre de proximité et niveau de technicité reconnu dans les activités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et de soins aux personnes âgées.

Membre du GHT constitué autour du CHRU de STRASBOURG, le Centre Hospitalier de Saverne se situe au cœur d'une zone d'attractivité de 170 000 habitants.

Un projet médical partagé spécifique est en cours d'élaboration avec le Centre Hospitalier voisin de Sarrebourg (57) avec lequel une direction commune est en construction.

ACTIVITÉS :

- Activités chirurgicales variées : Chirurgie générale et viscérale (agrément pour la chirurgie bariatrique et chirurgie oncologique en chirurgie digestive), Chirurgie orthopédique et traumatologie, Gynécologie-obstétrique (maternité de niveau 2) et chirurgie du sein, Oto-rhino-laryngologie, Ophtalmologie, Urologie.
- Activité conventionnelle et ambulatoire.
- Réanimation polyvalente.
- Service d'urgences et SMUR.
- Unité de Surveillance Continue.
- SSPI.

Offrant une excellente qualité de vie, la ville de Saverne se situe dans une région agréable, entre plaine d'Alsace et massif vosgien, à proximité de Strasbourg (20 minutes par le train).

Statuts possibles : PH temps plein, Ph temps partiel, Praticien contractuel, Assistant spécialiste.

Conditions : Diplôme de spécialiste en anesthésie-réanimation, inscription à l'Ordre des Médecins



Pour tout renseignement, veuillez contacter :

Direction des Affaires Médicales
Tél. : 03 88 71 65 90 — Mail : direction@ch-saverne.fr

Votre candidature doit être adressée à :

Madame la Directrice
BP 20105 — 67703 SAVERNE CEDEX





LE CENTRE HOSPITALIER DE BOURGES

900 lits et places, plateau technique incluant scanner et IRM, cardiologie interventionnelle et UNV est un établissement pivot du territoire de santé du Cher. Bourges, très belle ville de caractère (agglomération de plus de 100 000 habitants) est idéalement située par autoroute et par train : 2h de Paris, 1h d'Orléans et 2h du Massif Central

NOUS RECHERCHONS H/F

Praticien Hospitalier, Praticien contractuel, Assistant ou Praticien attaché MEDECIN URGENTISTE - MEDECIN GENERALISTE

Pour la structure des Urgences-Samu-Smur

comprenant l'Unité de Très Courte Durée (UHTCD) de 17 lits dont 4 lits d'USC (Unité de Soins Continus) : 36000 passages par an. Plateau technique complet : TDM, IRM, angioplastie, thrombolyse AVC, USINV, réanimation, gynécologie, pédiatrie, télé-médecine. SMUR 1 et SMUR 2 positionnés au SAU. 2 lignes SU 24h/24, un MAO 10-18h, circuit court et circuit long, SAUV 2 places.



Renseignements : Docteur MEYER, isabelle.meyer@ch-bourges.fr - Tél 02.48.48.57.87
Les candidatures et CV sont à adresser à : Direction des affaires médicales
leila.bosset@ch-bourges.fr - Tél 02.48.48.48.66

www.ch-bourges.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE CARPENTRAS (Vaucluse) recherche Un médecin anesthésiste (temps plein/temps partiel), inscrit au conseil de l'Ordre des médecins.



Le Centre Hospitalier de Carpentras est un établissement public de santé faisant partie intégrante du premier Pôle Santé Public-Privé en France ouvert en 2002. Situé à 20 minutes d'Avignon, le Pôle Santé regroupe plusieurs établissements publics et privés.

Pôle gynécologie obstétrique anesthésie.

Gynécologie : 7 lits.

Obstétrique : 26 lits.

ACA (anesthésie chirurgie ambulatoire) : 2 places.

Maternité de type I (maternité de type 2 à 20 minutes : CH d'Avignon et maternité de type 3 à 1h : APHM).

Nombre d'accouchements : 1150-1200.

Nombre d'interventions chirurgicales : 800 à 1000.

Nombre de passages aux urgences gynéco-obstétricales : 4600.

Taux de péridural égal à plus de 75 %.

Maternité adhérente du réseau périnatal régional PACA Corse Monaco.

L'activité d'anesthésie réanimation ne concerne l'hôpital que dans le service gynécologie-obstétrique (le reste de l'activité chirurgicale étant assurée par la partie privée du pôle santé).

Activité obstétricale importante permise par un plateau technique doté de 4 salles de naissance, 2 blocs opératoires attenants et 1 SSPI de 4 postes.

Fonctionnement en garde sur place.

Personne à contacter :

Dr THEETEN Gilles, Médecin anesthésiste, chef de service : 04.32.85.88.32 (g.theeten@ch-carpentras.fr)

M. BENTAYEB, Responsable des ressources humaines : 04.32.85.88.49 (a.bentayeb@ch-carpentras.fr) / Mme CASTOLDI, Directrice adjointe (n.castoldi@ch-carpentras.fr)



LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE (SAVOIE)

MÉDECIN ANESTHÉSISTE

Recherche ▶ Temps plein ou Temps partiel



358 lits et places dont 101 MCO (35 lits de médecine + 4 lits de surveillance continue + 46 lits de chirurgie + 14 lits de maternité + 2 lits d'UHCD) 70 km de Chambéry – 100 km de Grenoble – 170 km de Lyon à proximité des stations de ski.

Poste de Praticien Hospitalier ou Praticien Contractuel.

Dossier patient informatisé.

Projet de reconstruction du bloc opératoire – Stérilisation - unité de soins continus de 6 lits.

Près de 3 000 interventions au bloc opératoire par an.

267 accouchements en 2018.

CONTACT :

CENTRE HOSPITALIER
DE SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE
Secrétariat de Direction
81 rue du Dr GRANGE - CS 20113
73302 SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE
04 79 20 60 00 - direction@ch-sjm.fr



L'Hôpital du Gier, établissement public de santé de 703 lits et places, dynamique et convivial, situé à Saint-Chamond, zone urbaine dans la vallée du Gier (environ 90 000 habitants), deuxième ville du département. Son positionnement entre Saint-Etienne (15 mn) et Lyon (40 mn) permet une accessibilité aisée à tout le territoire et en Europe par le réseau autoroutier, ferroviaire et aéroportuaire. Région dynamique, environnement universitaire de grande qualité, à 1h30 des Alpes et 2h30 de la mer.



Recrute UN MÉDECIN ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR

Temps plein ou temps partiel, contractuel ou titulaire.



Pour intégrer une équipe soudée de 6 MAR et 1 à 2 internes DES anesthésie-réa par semestre.
Il s'agit d'anticiper des départs en retraite.

ACTIVITÉ, SPÉCIFICITÉS ET COOPÉRATIONS :

- Toute activité chirurgicale du patient de plus de 2 ans (sauf neurochirurgie, chirurgie cardiaque et vasculaire) avec 60 % de chirurgie ambulatoire.

- Bloc opératoire récent avec équipements modernes, 4 salles polyvalentes et 1 salle d'endoscopie, SSPI avec 8 postes.

- 1 IADE par salle et en SSPI.

- Maternité de niveau 1 avec 703 accouchements en 2019.

- Importante activité d'ALR sous échographie.

- Service de soins continus avec 6 lits, (monitorage standard et échographe permettant fast echo et diagnostic hémodynamique ...).

- Possibilité de travailler dans d'autres établissements du GHT Loire, sur la base du volontariat ; travail collaboratif avec le CHU.

- Paiement ou récupération du temps additionnel.

- Garde sur place.



CONTACT ET RENSEIGNEMENTS :

- Dr P.-G. DURAND, MAR, Président de CME.
04 77 31 19 19 - Poste 49.10.41
pg.durand@hopitaldugier.fr
Secrétariat anesthésie/soins continus
04 77 31 19 39

- Dr J. REYNAUD, MAR, Chef du Pôle activités transversales
04 77 31 17 71 - j.reynaud@hopitaldugier.fr

- M. C. COUTRON, Directeur des affaires médicales :
04 77 31 19 01 - c.coutron@hopitaldugier.fr ou
direction@hopitaldugier.fr



HOPITAUX
DU PAYS DU
MONT BLANC

**DONNEZ DE LA HAUTEUR À
VOTRE CARRIÈRE !**

**NOUS RECRUTONS MÉDECIN
ANESTHÉSISTE REANIMATEUR**

Les Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc à **Sallanches et Chamonix**, en Haute-Savoie, **500 lits et places**, réunissent plus de **1 000 professionnels**. Chaque année **42 000 passages aux urgences**, **6 400 actes chirurgicaux**, 21 000 séjours, 42 000 consultations externes, **1 200 naissances**. Un bloc opératoire de **6 salles** et un plateau technique complet pour un exercice exceptionnel au pied du Mont-Blanc. Nos hôpitaux disposent également d'un **centre de simulation** et d'une **activité de recherche en santé**.

Unité de **Surveillance continue adulte** partagée avec urgentistes
Bloc opératoire rénové de 6 salles
Consultations d'anesthésie
Maternité
Activité d'**anesthésie traumatologique moderne**
Chirurgie viscérale et digestive et urologique lourde
Participation possible au **secours en montagne** selon profils



CONTACT

affairesmedicales@ch-sallanches-chamonix.fr
04 50 47 30 77

www.chi-mont-blanc.fr

GROUPEMENT HOSPITALIER PORTE DE PROVENCE



SITE DE MONTÉLIMAR (2^{ÈME} VILLE DU DÉPARTEMENT – DRÔME PROVENÇALE)
(SITUÉ À 1H30 DE LYON, DE MONTPELLIER ET DE MARSEILLE)

recrute

1 PRATICIEN RÉANIMATEUR - Temps plein
2 ANESTHÉSISTES - Temps plein

Unité Médicale de Réanimation : 12 lits et 6 lits de soins continus.
Service de Réanimation et Établissement support du GHT Sud Drôme Ardèche.

Vous intégrez une équipe de 8 Réanimateurs et 6 Internes, complétés pour les gardes par des médecins extérieurs.

- 730 lits MCO (plateau médico chirurgical complet avec 2 SCANNERS et 2 IRM).

- Développement soutenu de l'activité médicale et chirurgicale dans le cadre du GHT.

- En convention avec plusieurs CHU pour le partenariat professionnel et la formation médicale.

Nouveau Plateau technique complet dans le service. Réanimation récente (2013) lumineuse, aérée, offrant d'excellentes conditions de travail. Nouveau Service d'Accueil des Urgences et Déchocage (2020). Préservation d'un équilibre vie professionnelle de qualité et vie personnelle (environnement, organisation de service).

Politique de rémunération attractive et responsable avec décompte horaire du temps de travail (Temps Continu) selon décrets.

Selon profil, poste partagé en Anesthésie possible.

TYPE DE CONTRAT

CDD (PHC ou Assistant).

CDI (Mutation PH) étudié selon profil.

Date de Début.

Poste Disponible.

RENSEIGNEMENTS

Dr Paul-Marie CHANAREILLE, *Praticien Hospitalier*
paul.chanareille.pro@gmail.com - 04 75 53 22 46 ou 47 68
S. MAGNETTE, *ACH DAM*
sandrine.magnette@gh-portesprovence.fr - 04 75 53 41 29



URGENTISTES

Suite à une restructuration, le SAU de Montélimar recherche **des médecins spécialistes en médecine d'urgences sur des postes de praticiens hospitaliers actuellement disponibles**.

Ce service accueille 50 000 premiers passages (polyvalents, adultes et pédiatriques).

Il dispose de trois salles d'urgence vitale, d'une UHCD de 13 lits et d'une ligne de SMUR. Le fonctionnement porte sur l'ensemble des unités.

La réglementation des 39 H est appliquée. Du temps additionnel est possible et rémunéré.

Le service est évolutif avec un projet de création d'une chaîne de décontamination... L'investissement individuel est encouragé avec délégation de responsabilités.

Le Groupe Hospitalier Portes de Provence est l'établissement support du GHT sud Drôme-Ardèche et de nombreuses spécialités sont en cours de développement ou de renforcement.

Montélimar se situe dans une région agréable à proximité de nombreuses zones touristiques et à égale distance des Alpes et de la Méditerranée.

Service des Urgences en pleine rénovation et extension, les travaux ont commencé en Janvier 2018 fin prévue en 2020.

RENSEIGNEMENTS

Dr BUSSEUIL, *Chef de pôle Spécialités Médicales - Urgences*
04 75 53 41 93 - catherine.busseuil@gh-portesdeprovence.fr
Mme MAGNETTE, *ACH DAM*
04 75 53 41 29 - sandrine.magnette@gh-portesdeprovence.fr



Film de présentation de la structure : <https://youtu.be/Y6KMjGON4Mc>
Site Internet : <http://www.gh-portesdeprovence.fr>



Le Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer recrute des anesthésistes



Etablissement de référence sur le littoral
Bassin d'attraction de 400 000 habitants
 558 lits MCO - près de 2 800 agents dont 300 médecins
 55 000 passages aux urgences - 13 850 interventions bloc
 1 023 naissances (niveau IIB) - service de réanimation
 unité de recherche clinique



Un plateau technique performant :

3 scanners, 4 IRM, 2 gamma caméras hybrides avec scanner,
 2 tepscan, scintigraphie,
 angiographie, robot d'assistance chirurgicale, fibroscan
 Bloc opératoire intégré de 12 salles en lumière naturelle.

Un service d'anesthésie

une équipe médicale actuelle de 8 anesthésistes réanimateurs
 une équipe de 24 IADE,
 toutes spécialités chirurgicales (hors chirurgie cardiaque et
 neurochirurgie),
 40% de chirurgie ambulatoire.

et un cadre de vie idéal pour la famille ...



Centre Hospitalier de Boulogne sur mer

Allée Jacques Monod - 62321 Boulogne sur mer Cédex



Direction des Affaires Médicales

Contact médical Docteur Dominique DEGROOTE - Chef de pôle

Contact médical Docteur Henri POITREY - Chef de service

03 21 99 39 04

03 21 99 82 41

03 21 99 82 99

mail : dam@ch-boulogne.fr

mail : d.degroote@ch-boulogne.fr

mail : h.poitrey@ch-boulogne.fr

www.ch-boulogne.fr



Le Centre Hospitalier de Boulogne-sur-Mer recrute des urgentistes



Etablissement de référence sur le littoral
Bassin d'attraction de 400 000 habitants
 558 lits MCO - près de 2 800 agents dont 300 médecins
 55 000 passages aux urgences - 13 850 interventions bloc
 1 023 naissances (niveau IIB) - service de réanimation
 unité de recherche clinique



Un service de pédiatrie au sein d'un GHT incluant une maternité de niveau III

Un plateau technique performant :

3 scanners, 4 IRM, 2 gamma caméras hybrides avec scanner,
 2 tepscan, scintigraphie,
 angiographie, robot d'assistance chirurgicale, fibroscan
 Bloc opératoire intégré de 12 salles en lumière naturelle.

Le service des Urgences :

- une équipe dynamique de 17 ETP
- un plateau technique de radiologie standard numérique et tomodensitométrie intégré au sein du service
- un déchocage, une équipe SMUR, 2 tours de gardes dont le SMUR, une demie garde de 18h30 à minuit
- accueil pédiatrique médical assuré par l'équipe de pédiatrie,
- le projet de création d'une équipe de SMUR littoral,
- un projet de modernisation et d'extension des locaux.



et un cadre de vie idéal pour la famille ...



Centre Hospitalier de Boulogne sur mer

Allée Jacques Monod - 62321 Boulogne sur mer Cédex



Direction des Affaires Médicales

Contact médical Docteur Grégory DUNCAN - Chef de service

03 21 99 39 04

mail : dam@ch-boulogne.fr

mail : g.duncan@ch-boulogne.fr

www.ch-boulogne.fr





LE CENTRE HOSPITALIER DE ROCHEFORT

RECRUTE UN MÉDECIN ANESTHÉSISTE À TEMPS PLEIN

Situé à 25 minutes de la ville de La Rochelle, à proximité des plages atlantiques et des îles de Ré et Oléron, le Centre hospitalier de Rochefort recrute pour remplacer un départ en retraite un médecin anesthésiste pour intégrer une équipe stable de 8 ETP.



DESCRIPTION DU SERVICE ET DU POSTE

Bloc opératoire de 8 salles (7 salles au bloc central dont une salle dédiée aux urgences obstétricales et une salle pour la chirurgie ophtalmologique). SSPI de 11 postes.

Activité chirurgicale variée : Chirurgie digestive, bariatrique (sleeve et bypass), orthopédique et traumatologique, urologique, stomatologie, ORL, pédiatrie (enfants > 3 ans), endoscopie digestive, ophtalmologique (cataracte principalement), gynécologique. Activité de chirurgie ambulatoire en développement constant.

1 MAR pour 2 salles ; 1 IADE par salle.

Maternité de niveau 2A (1200 accouchements/an) ; 3 salles de naissance.

Permanence des soins : Garde sur place avec repos de sécurité, 4 à 5 gardes/mois. IADE de garde sur place.

PROFIL RECHERCHÉ

Médecin anesthésiste, inscrit au conseil de l'Ordre des médecins français.

STATUT DE RECRUTEMENT ET RÉMUNÉRATION

Recrutement par voie de mutation ou sur statut contractuel (assistant ou PHC) avec possibilité de titularisation assortie d'une Prime d'engagement de carrière hospitalière de 30 K€.

Quotité de temps : Poste à temps plein.

Possibilité de logement temporaire en début d'exercice.

Poste à pourvoir au printemps 2020.



RENSEIGNEMENTS ET CONTACTS

M. le Dr Raphaël ROUSSEAU, Responsable du service d'anesthésie de Rochefort
raphael.rousseau@ght-atlantique17.fr

M. Fabien CHANABAS, Directeur des Affaires Médicales La Rochelle/Rochefort
fabien.chanabas@ght-atlantique17.fr - 05 46 45 50 87



Le Centre Hospitalier et Universitaire de Poitiers recrute, dès que possible,

DES ANESTHÉSISTES – RÉANIMATEURS dans les secteurs suivants :

- Bloc de Chirurgie Viscérale et Urologique.
- Bloc d'orthopédie-traumatologie, Plastiques et Urgences.
- Bloc de Neurochirurgie, ORL et Ophtalmologie.
- Bloc de Gynéco-Obstétrique.
- Bloc de Pédiatrie.
- Bloc de Cardio-thoracique et vasculaire/ Réanimation Cardio-thoracique.
- Réanimation Chirurgicale.
- Réanimation Neurochirurgicale.
- Gastro-endoscopies.
- SSPI.

Activités

Plus de 26000 anesthésies sont réalisées chaque année. Toutes les spécialités chirurgicales sont prises en charge dont la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, la gastro-entérologie, la radiologie interventionnelle et la curiethérapie.

La maternité de niveau 3 prend en charge 2500 accouchements par an.

Plus de 1000 patients sont pris en charge chaque année dans les 3 unités de réanimations.

Le service d'anesthésie – réanimation participe à la permanence des soins avec 5 gardes sénior sur place et une astreinte opérationnelle. Les listes de gardes concernent la maternité, le bloc des urgences, les 3 unités de réanimations.

S'ajoutent 3 gardes junior sur place : Le bloc des urgences, la réanimation chirurgicale et l'unité de soins continus.

Direction des Affaires Médicales :

Helene.COSTA@chu-poitiers.fr

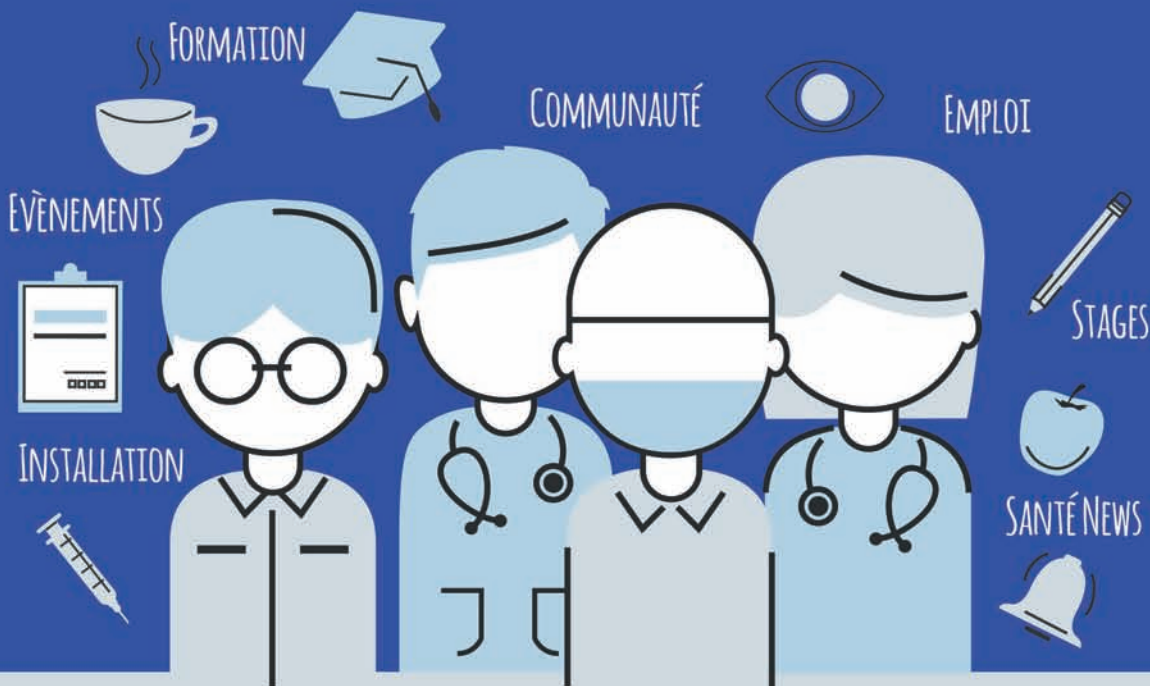
AGORA - 1^{er} Etg - Porte 1049

2 rue de la Milétrie - CS 90577

86021 POITIERS Cedex

☎ 05 49 44 39 77





Réseau PRO Santé

VOTRE RÉSEAU SOCIAL PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ
DES MILLIERS D'OFFRES POUR VOUS



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE

resah.idf
Réseau des Acheteurs Hospitaliers d'Île-de-France

e
pôle emploi

UniHA
Union Hospitalière de France

FEHRP
FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE
PRIVÉS NON LUCRATIFS

☎ 01 53 09 90 05 ✉ CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode

