

LE MAG DE L'INPH

INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS
D'EXERCICE HOSPITALIER ET HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

N° 33

JUILLET
2026

QUADRIMESTRIEL
GRATUIT



**TOUT PRÉVOIR...
SANS TOUT SAVOIR !
LA PRÉVOYANCE DES HOSPITALIERS**

WWW.INPH.ORG



INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS D'EXERCICE HOSPITALIER ET HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

BUREAU

Présidente
Dr Rachel BOCHER
(CHU de Nantes)

Délégué général
Dr Patrick LÉGLISE
(SYNPREFH - Draveil)

Secrétaire Général
Dr Slim BRAMLI
(FPS - Avignon)

Trésorier
Dr Olivier DOUAY
(SNPH - Limoges)

Premier Vice-Président
Pr Guillaume CAPTIER
(SHU - Montpellier)

Vice-Président Chargé de la Psychiatrie
Dr Michel TRIANTAFILLOU
(SPEP - Nanterre)

Vice-Président chargé de la Médecine (Infectiologie)
Dr Hugues AUMAÎTRE
(SNMInf - Perpignan)

Vice-Président chargé de la Médecine (Médecine Interne)
Pr Pascal ROBLOT
(SYNDIF - Poitiers)

Vice-Présidente chargée de la Maïeutique
Mme Camille DUMORTIER
(ONSSF - Nancy)

Délégué Général Adjoint
Dr Éric OZIOL
(SYNDIF - Béziers)

Secrétaire Général Adjoint
Dr Patricio TRUJILLO
(FPS - Étampes)

Trésorier Adjoint
Dr Bernard SARRY
(SNOHP - Limoges)

Deuxième Vice-Présidente chargée de la Chirurgie
Dr Maud CHABAUD
(SCPF - Paris)

Vice-Présidente chargée de la Chirurgie Pédiatrique
Dr Hélène LE HORS
(SCPF - Marseille)

Vice-Président Chargé de la Pharmacie
Dr Cyril BORONAD
(SYNPREFH - Cannes)

Vice-Président chargé de l'Université et de la Recherche
Pr Bertrand DIQUET
(SHU - Angers)

Vice-Président chargé de la Qualité de Vie au Travail
Dr Pierre RUMEAU
(SynPH - Toulouse)

Membre du bureau chargé de la Santé Publique et l'Information Médicale
Dr Jérôme FRENKIEL
(SNPH - CHU - Paris)

16 SYNDICATS POUR VOUS DÉFENDRE

SynPH Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Président : Dr Pierre RUMEAU	FPS Fédération des Praticiens de Santé Président : Dr Ayoub MDHAFAR
SNMInf Syndicat National des Maladies Infectieuses Président : Dr Hugues AUMAÎTRE	SYNPREFH Syndicat National des Pharmaciens des Établissements Publics de Santé Président : Dr Cyril BORONAD
SPEP Syndicats des Psychiatres d'Exercice Public Président : Dr Michel TRIANTAFYLLOU	SNHG Syndicat National des Hôpitaux Généraux Président : Dr Alain JACOB
SPHPF Syndicat des Praticiens Hospitaliers de Polynésie Française Président : Dr Marc LEVY	SHU Syndicat des Hospitalo-Universitaires Président : Pr Guillaume CAPTIER
SCPF Syndicat des Chirurgiens Pédiatres Français Présidente : Dr Naziha KHEN-DUNLOP	SNOHP Syndicat National des Odontologistes des Hôpitaux Publics Président : Dr Bernard SARRY
SYNDIF Syndicat National des Internistes Français Président : Pr Pascal ROBLOT	SPH Syndicat du Service Public Hospitalier Présidente : Dr Érica MANCIEL SALINO
ONSSF Organisation Nationale des Syndicats des Sages-Femmes Présidente : Mme Caroline COMBOT	SYFMER Syndicat Français de Médecine Physique et Réadaptation Président : Dr Jean-Pascal DEVAILLY
SNMBCHU Syndicat National des Médecins Biologistes des CHU Président : Pr Jean-Paul FEUGEAS	SNSP Syndicat National des Médecins de Santé Publique Président : Dr Nicolas LEBLANC

SOMMAIRE N°33

04 ÉDITORIAL

Dr Rachel BOCHER

06 PRÉVOIR... ET PAS TOUT À FAIT SANS SAVOIR ! LES HOSPITALIERS ET HOSPITALIÈRES FACE AUX INCERTITUDES DE LA VIE

Dr Eric OZIOL

DOSSIER : LA PRÉVOYANCE DES HOSPITALIERS (SF, PH, HU)

11 Point sur la prévoyance des personnels médicaux hospitaliers et hospitalo-universitaires

Dr Patrick LÉGLISE

20 Stop-press syndical sur la protection sociale complémentaire des PH

Dr Pierre RUMEAU

22 Évolution de la protection sociale complémentaire des hospitalo-universitaires : Qu'en est-il ?

Pr Guillaume CAPTIER

24 La protection sociale et la retraite des sages-femmes hospitalières : des garanties à préserver, des défis à relever

Camille DUMORTIER

28 Retraite des praticiens hospitaliers : l'heure de vérité

Florence BERCHOUCHI

31 Retraite des Professionnels de Santé : Prescrivez-vous la Bonne Stratégie ?

Virginie ROBERT

36 Des SSR aux SMR : ce que PH et HU doivent savoir... pour prévoir

Dr Jean-Pascal DEVAILLY

41 Et pour vraiment tout prévoir : *si vis pacem...* prévois même la guerre ! Quelle organisation hospitalière en cas de conflit armé de haute intensité ?

Dr Eric OZIOL

46 ANNONCE ET PROGRAMME DU COLLOQUE DE L'INPH LE 15 SEPTEMBRE 2026

ACTUALITÉ SYNDICALE

49 Actualité EVC-PADHUE : malgré quelques avancées, l'urgence d'une réforme ambitieuse !

Dr Ayoub MDHAFAR & Dr Slim BRAMLI

52 Réforme des astreintes à domicile et temps de travail hospitalo-universitaire : une tension structurelle révélée

Pr Guillaume CAPTIER

54 Astreintes des PH : comprendre les bases légales pour combattre une injustice

Dr Pierre RUMEAU

INFO J. O.

57 Actualité des textes officiels

Dr Patrick LÉGLISE

JE L'AI LU OU RELU ET VOUS AIMEREZ PEUT-ÊTRE...

60 Le management à la Mayo Clinic (le meilleur hôpital du monde) Et si nous faisons la même chose dans nos hôpitaux ?

Jean-Louis FESTERAERTS

62 Intelligence artificielle : et l'homme créa Dieu

Gabrielle HALPERN

64 ANNONCES DE RECRUTEMENT



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

LE MAG DE L'INPH

INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS
D'EXERCICE HOSPITALIER ET HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Éditeur & Régie publicitaire

Reseauprosante

M. TABTAB Kamel, Directeur
14, Rue Communes - 75003 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05

Email : contact@reseauprosante.fr

Web : www.reseauprosante.fr

Maquette & Mise en page

We Atipik - www.weatipik.com

Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.



Édition quadrimestrielle

ISSN : 2274-7575

Directeur de Publication D^r RACHEL BOCHER

Rédacteurs en chef D^r PATRICK LEGLISE
D^r ERIC OZIOL

Comité de lecture D^r MICHELE AKIERMAN
D^r SLIM BRAMLI
Pr GUILLAUME CAPTIER
D^r PIERRE RUMEAU
D^r MARIE-AUDE LEGUERRIER
D^r MICHEL TRYANTAFILLOU
D^r MAUD WILLIAMSON
M^{me} CAMILLE DUMORTIER

LE COÛT DE LA OU LE PRIX DE

Combien coûte notre système de santé ?

La question revient chaque année au moment des arbitrages budgétaires, des déficits de l'Assurance Maladie ou des débats sur les dépenses publiques. Mais est-ce réellement la bonne question ?

Ne devrions-nous pas plutôt nous demander : **combien coûterait l'absence d'investissement dans la santé** ? Quel est le prix du retard diagnostique, des renoncements aux soins, des déserts médicaux, des hospitalisations évitables, de la perte d'attractivité de l'hôpital public ou encore de l'épuisement des soignants ?

Et surtout : **quelle valeur notre société accorde-t-elle à la santé** ?

Car derrière les chiffres, il y a une réalité que les praticiens hospitaliers connaissent mieux que quiconque : malgré les tensions démographiques, les difficultés de recrutement, la fragilité des organisations et les contraintes budgétaires, l'hôpital public continue de tenir.

Il assure l'essentiel des missions les plus complexes : les réanimations, les greffes, la permanence des soins, les cancers graves, les urgences vitales, les prises en charge les plus lourdes et les plus vulnérables.

Cette performance collective mérite d'être reconnue.

Mais l'hôpital peut-il continuer à absorber seul l'augmentation des besoins de santé ? Peut-il être la seule réponse au vieillissement de la population, à l'explosion des maladies chroniques, à la montée des troubles

psychiques chez les jeunes ou aux conséquences sanitaires des changements environnementaux ?

L'hôpital tient. Jusqu'à quand ?

À l'**INPH**, les praticiens hospitaliers le savent : défendre l'hôpital public ne consiste pas à défendre l'immobilisme.

Existe-t-il encore des marges d'amélioration ? Évidemment. Pertinence des soins, parcours plus fluides, réduction des hospitalisations évitables, développement de l'hospitalisation à domicile, meilleure articulation entre médecine de ville, hôpital et secteur médico-social : les leviers sont connus.

Le « bon soin, au bon moment, pour la bonne personne » n'est plus seulement un principe médical ; il devient une exigence éthique, organisationnelle et économique.

Mais une autre question s'impose désormais : **voulons-nous continuer à financer principalement la maladie ou souhaitons-nous investir davantage dans la santé** ?

Pendant des décennies, notre modèle a été construit autour du soin curatif. Nous avons appris à réparer toujours mieux. Peut-être est-il temps désormais d'apprendre à prévenir davantage.

Car où se construit réellement la santé ?

À l'hôpital ? Bien sûr. Mais aussi à l'école, dans le logement, dans le travail, dans l'environnement, dans l'urbanisme, dans les transports, dans l'alimentation ou dans les politiques publiques destinées à la jeunesse.

SANTÉ L'INACTION ?

Autrement dit : la santé est-elle seulement l'affaire du système de soins ?

La prévention n'est plus un supplément d'âme ni une variable d'ajustement budgétaire. Elle devient une condition de survie de notre modèle sanitaire et social.

Comme le souligne Alain Claeys, membre du Comité consultatif national d'éthique, elle doit constituer « le cœur d'une nouvelle rationalité bioéthique ». Prévenir plutôt que réparer ne signifie pas renoncer au progrès médical ; il s'agit au contraire d'éviter que la pénurie ne devienne demain le véritable régulateur de l'accès aux soins.

Alors une nouvelle question émerge : la santé est-elle une dépense ou un investissement ?

L'investissement précoce dans la santé mentale des jeunes, dans la prévention des addictions, dans le repérage des fragilités ou dans la lutte contre les maladies chroniques produit des bénéfices humains, sociaux et économiques considérables.

C'est dans cette perspective que s'inscrit la notion de « juste soin ».

Le juste soin ne signifie ni rationnement ni renoncement thérapeutique. Il renvoie à une exigence simple et ambitieuse : proposer à chaque patient la réponse la plus pertinente, la plus utile et la plus humaine, dans le respect des principes de bienfaisance, de non-malfaisance, d'autonomie et de justice.

Le juste soin sera-t-il la prochaine révolution sanitaire ?

Les praticiens hospitaliers ont toute leur place dans cette réflexion. Mieux : ils doivent en être les acteurs centraux.

Le syndicalisme médical hospitalier ne peut se limiter à défendre les conditions d'exercice, aussi essentielles soient-elles pour l'attractivité des carrières hospitalières. Il lui appartient également de participer aux choix collectifs qui dessineront la médecine des vingt prochaines années : prévention, organisation des parcours, innovation, recherche, transition écologique, nouveaux métiers ou démocratie sanitaire.

C'est précisément l'ambition que porte l'**INPH**.

À l'occasion du colloque « Actualités syndicales 2026 », organisé le 15 septembre 2026 au **Boulevard des Italiens à Paris**, l'Inter-syndicat National des Praticiens Hospitaliers entend ouvrir ce débat avec l'ensemble des acteurs de la santé (programme page 46).

Au fond, une seule question résume toutes les autres :

Quelle santé voulons-nous pour demain ?

La réponse déterminera non seulement l'avenir de l'hôpital public, mais aussi celui de notre pacte social.

Comme le rappelait Gandhi : « *Le futur dépend de ce que nous faisons dans le présent.* »

Le temps du juste soin commence maintenant.

“ Le futur dépend de ce que nous faisons dans le présent. ”

Gandhi

Présidente de l'INPH
Dr Rachel BOCHER



PRÉVOIR... ET PAS TOUT À FAIT SANS SAVOIR !

LES HOSPITALIERS ET HOSPITALIÈRES FACE AUX INCERTITUDES DE LA VIE



Dr Eric OZIOL
Rédacteur en Chef

« La vie c'est ce qui arrive lorsque vous êtes en train de prévoir autre chose » écrivait John LENNON dans la chanson *Beautiful Boy (Darling Boy)* dédiée à son fils Sean, sur l'album *Double Fantasy*, le dernier sorti... avant son assassinat. Cependant, même si l'incertitude de la vie est par essence l'imprévu, tout n'est pas non plus si imprévisible, et par conséquent prévoir, qui est différent de planifier, permet de s'adapter au mieux à ce qui arrivera.

Donc prévoir la possibilité d'une évolution de carrière différente de celle qui était désirée pour des raisons de santé, prévoir l'arrêt de sa carrière, temporaire ou définitive, en raison d'une maladie, prévoir sa retraite, prévoir sa transmission, prévoir son décès, tout comme celui de John Lennon souvent non prévu, bien que pour nous toutes

et tous inéluctable, ne porte pas malheur pour autant. Mais en cas de survenue, l'avoir prévu permet juste de s'adapter, d'être protégé ou de protéger les siens. Ceci est d'autant plus vrai que nous faisons un métier particulièrement exposé en termes de risques liés à un mauvais état de santé.

En effet, en octobre 2023 le Rapport sur la santé des professionnels de santé réalisé sous le ministère délégué chargé de l'organisation territoriale et des professions de santé de Mme Agnès FIRMIN LE BODO [1], fruit d'entretiens, de visites de terrain et de la consultation de 50 000 professionnels de santé, rapportait que



46 % des soignants avaient déclaré être tombés malades au cours des trois derniers mois, contre seulement 27 % des salariés en général. De plus, seulement 54 % des soignants étaient satisfaits de leur équilibre vie professionnelle/vie personnelle, contre 75 % des autres actifs. Enfin 31 % des soignants travaillaient la nuit et les week-end, contre 21 % des salariés en général.

En ce qui concerne plus particulièrement les praticiens, une enquête récente du SNPHARe publiée dans WhatsUp Doc [2] confirme un état de santé des praticiens hospitaliers beaucoup plus altéré que celui de la population générale. Ces données inquiétantes méritent d'être consolidées par une étude plus large, et peut-être comparative avec l'exercice libéral, mais il n'est plus à prouver que, à l'instar des policiers, des pompiers, des militaires, et

de tous les serviteurs du service public, les praticiens de l'hôpital public sont particulièrement exposés professionnellement, et encore plus en cas de « crises », qui ne font que se répéter, ou dont la répétition les rend tellement quotidiennes voire banales.

Face à ce triste constat, malheureusement les actions proposées par nos ministres, détaillées dans le dossier de presse du 22 mai 2026 sur « la Santé des Professionnels de Santé » [3] se résument à des annonces qui engagent peu, ou alors dans un dédale de comitologie, et même pourraient être vécues comme culpabilisantes pour les praticiens en mauvaise santé. La santé est-elle vraiment un droit, ou ne serait-elle pas plutôt une obligation performante d'une société dans laquelle la santé serait au service de l'économie et non l'inverse ?

Et si l'on détaille la sémantique de ce dossier de presse, nous avons dans l'ordre du florilège des propositions :

- ☑ Un « **numéro unique d'appel** ».
- ☑ S'inscrire à un module « **être acteur de sa propre santé** ».
- ☑ Lancer un « **appel à projet sur les recherches en santé des soignants** ».
- ☑ La mise en place de « **minutes de prévention** ».
- ☑ La facilitation du « **déploiement d'actions de prévention et de santé publique pour les soignants** ».
- ☑ La création d'un « **label national 3S** » - Santé et Soins des Soignants (SIC).
- ☑ Garantir « **l'anonymisation des données de santé des soignants** » pour préserver leur confidentialité.
- ☑ Mettre en place une « **incitation au dialogue autour du DUERP et du PAPRI Pact** » (reSIC).

- ☑ Renforcer les compétences des « **infirmiers santé au travail** » de la fonction publique hospitalière.
- ☑ Lancer une « **mobilisation nationale** » en faveur de la santé des soignants.
- ☑ Organiser un « **bilan périodique sur l'état de santé des professionnels de santé par la DREES** ».
- ☑ Et pour les professionnels de nuit « **favoriser les temps de pause et développer des accès adaptés des services administratifs aux horaires atypiques** » (rereSIC).

Tous ces vœux pieux afin de tenter de réduire les risques liés à la mauvaise santé des soignants et plus particulièrement des praticiens, ne supprimera malheureusement jamais totalement leurs conséquences. Ne faudrait-il pas plutôt se poser la question de l'état de « santé » globale du système de soin, plutôt que de se focaliser sur la « santé » individuelle de ses acteurs ? **En attendant il est prioritaire que les hospitalières et les hospitaliers, ainsi que leurs familles, soient protégés**



gés au moins aussi bien que les autres salariés, notamment en cas de maladie, de handicap ou de décès.

L'INPH dans le dossier spécial de ce numéro 33, à défaut d'améliorer votre état de santé avec des « minutes de prévention », vous propose d'utiliser ces minutes pour lire les articles remarquables qui suivent, pour tout comprendre sur la prévoyance des PH et des HU en cas de maladie, de handicap ou de décès, pour vous aider à vous protéger et protéger votre famille. Tant il est vrai que tout prévoir, et surtout le pire, permet de

s'adapter à toutes les situations de la vie. Et surtout n'attendez pas tout de votre employeur, car il n'assurera pas complètement cette prévoyance.

Enfin, par ce MAG, l'INPH exprime toute sa solidarité à tous nos collègues, ainsi qu'à leurs familles, qui sont malheureusement touchés par la maladie ou par le deuil.

Références

1. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sante_des_professionnels_de_sante_.pdf
2. <https://environnementsantepolitique.fr/2026/06/24/un-etat-des-lieux-preoccupant-de-la-sante-des-praticiens-hospitaliers/>
3. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_-_sante_des_professionnels_de_sante.pdf



Praticiens hospitaliers,

**EXERCEZ
EN TOUTE
TRANQUILLITÉ**



En tant que praticien hospitalier, vous êtes au cœur de l'action, au service des patients, confronté chaque jour à des défis humains et médicaux majeurs.

Mais qui prend soin de vous si un imprévu vient interrompre votre activité ? L'APPA, aux côtés des praticiens hospitaliers depuis **plus de 45 ans**, a conçu un contrat de prévoyance sur mesure, pensé pour répondre aux réalités de votre métier.

Grâce à ses solutions de **santé** et de **prévoyance**, l'APPA vous assure une couverture complète et adaptée à votre activité hospitalière, votre situation familiale et vos revenus, avec **des garanties négociées par vos pairs**, en vous garantissant une **gestion simple, rapide et humaine**.

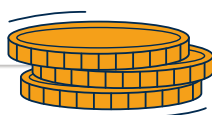
Et si vous aussi, vous rejoigniez vos 11 000 confrères déjà adhérents ?



**PRISE EN CHARGE
DU JOUR DE CARENCE
OBLIGATOIRE POUR TOUT
ARRÊT SUPÉRIEUR
À 15 JOURS**



**4 000€ DE GARANTIE
« MATERNITÉ » POUR
COMPENSER LA PERTE DE
REVENUS À COMPTER DE
LA DISPENSE DE GARDES
OU DU CONGÉ MATERNITÉ**



**100 % DE MAINTIEN
DES ÉMOLUMENTS
HOSPITALIERS NETS
DÈS LE PREMIER
JOUR DE PERTE DE
RÉMUNÉRATION**



**JUSQU'À 60 000 €
DE COUVERTURE POUR
PROTÉGER LES REVENUS
COMPLÉMENTAIRES
(INDEMNITÉS, GARDES,
PRIMES ET ASTREINTES)**



PLUS D'INFOS

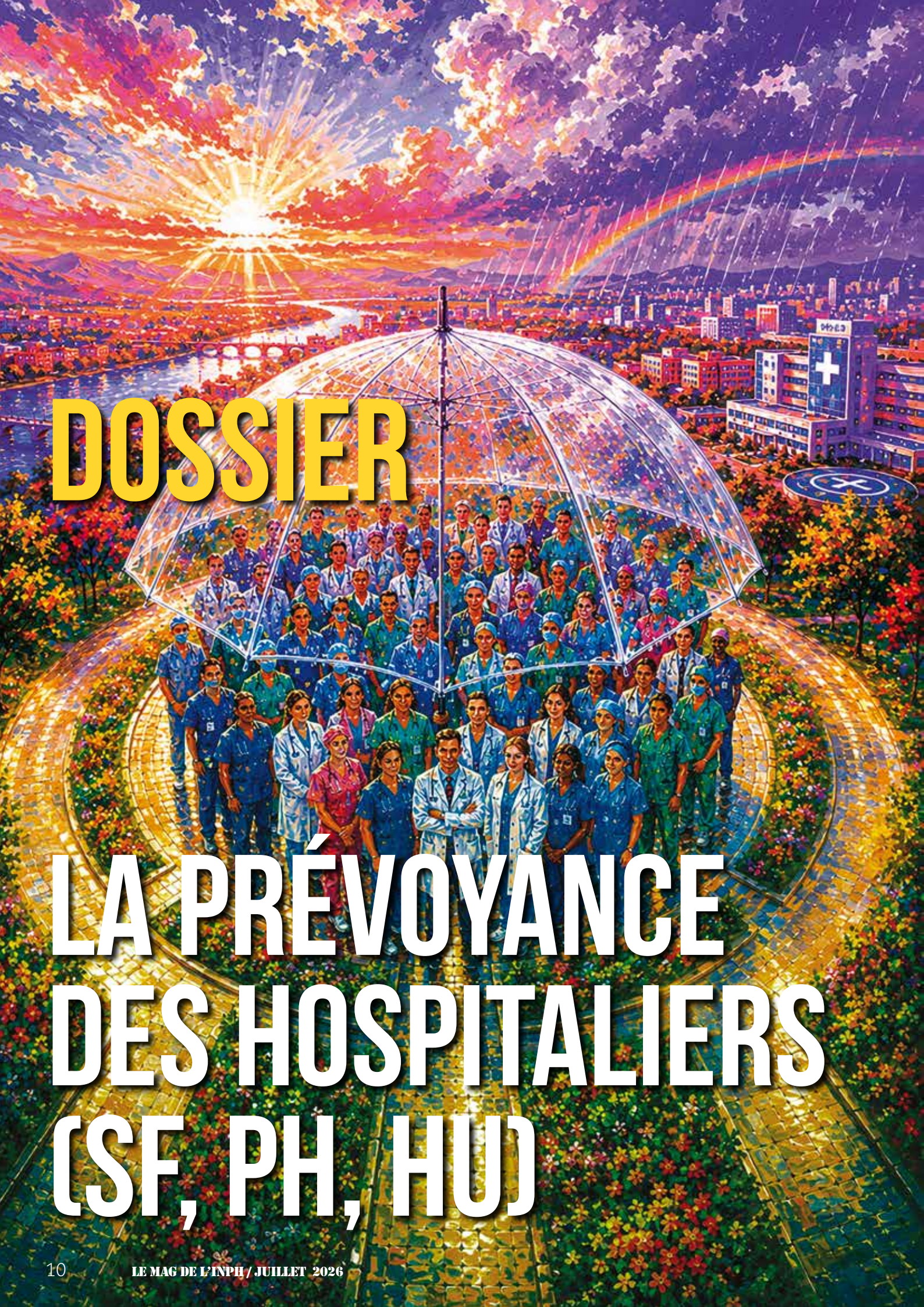
01 75 44 95 15

**VOS EXPERTS EN PROTECTIONS
SOCIALES SONT DISPONIBLES
POUR RÉPONDRE À VOS
QUESTIONS**

APPA.BESSE.FR

**SIMULATION GRATUITE ET
POSSIBILITÉ D'ADHÉRER EN
LIGNE**





DOSSIER

**LA PRÉVOYANCE
DES HOSPITALIERS
(SF, PH, HU)**

POINT SUR LA PRÉVOYANCE DES PERSONNELS MÉDICAUX HOSPITALIERS ET HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

CE QUE LE STATUT VOUS GARANTIT, CE QU'IL NE COUVRE PAS, CE QUE L'INPH VOUS RECOMMANDE D'EXIGER



Dr Patrick LÉGLISE

Vice-président du SYNPREFH
Délégué général de l'INPH

Deux réformes ont dégradé notre protection sociale depuis le 1^{er} mars 2025

- (1) Décrets n° 2025-197 et 2025-198 du 27 février 2025 : le maintien des émoluments hospitaliers en CMO est ramené de 100 % à 90 % dès le 2^e jour d'arrêt, pour l'ensemble des personnels médicaux hospitaliers et HU.
- (2) Décret n° 2025-160 du 20 février 2025 : le plafond de calcul des IJSS est abaissé de 1,8 à 1,4 SMIC — soit une perte sèche de 444 €/mois sur les indemnités CPAM à partir d'un an d'arrêt. Ces décisions ont été prises sans concertation préalable sérieuse avec les organisations syndicales. L'INPH les dénonce.



Les praticiens hospitaliers consacrent leur carrière au service public de santé. Ils acceptent des conditions d'exercice exigeantes, des revenus inférieurs à ceux du secteur libéral, et une responsabilité médicale et institutionnelle considérable. En échange, ils sont en droit d'attendre une protection sociale à la hauteur de leur engagement. Or, le régime de prévoyance applicable à l'ensemble des personnels médicaux hospitaliers (Praticiens Hospitaliers, Praticiens Contractuels, Assistants, Assistants Hospitalo-Universitaires, Chefs de Cliniques Assistants, PHU, MCU-PH, PU-PH) comporte des lacunes structurelles graves, aggravées par les réformes réglementaires de mars 2025. L'INPH a le devoir d'informer ses adhérents et l'ensemble des praticiens de la réalité de leur couverture, de nommer les risques, et de formuler des recommandations concrètes.

RÉGIMES SOCIAUX DE RÉFÉRENCE SELON LE CORPS

Tous les personnels médicaux visés dans ce document relèvent du **régime général de la Sécurité sociale (CPAM / CNAV)** pour leur couverture maladie et leur retraite de base. C'est un point fondamental, souvent méconnu : **les PH ne sont pas fonctionnaires**. Ils ne cotisent pas à la CNRACL et ne bénéficient pas du régime de retraite des agents publics territoriaux et hospitaliers. Leur situation est plus proche de celle d'un salarié du secteur privé que d'un fonctionnaire (avec des garanties statutaires propres, mais aussi des angles morts spécifiques).



Corps	Nature	Durée	Régime retraite	Cotise CARMF ?
PH titulaire (sans AL)	Agent public non fonctionnaire	Indéterminée	CNAV + IRCANTEC	Non
PH titulaire (avec AL)	Agent public non fonctionnaire	Indéterminée	CNAV + IRCANTEC + CARMF	Oui
P Contractuel / attaché	Contractuel public	CDD (CDI / attaché)	CNAV + IRCANTEC	Non
AHU	Non titulaire	2 ans (1 renouvel.)	CNAV + IRCANTEC	Non (sauf AL)
CCA	Non titulaire	2 ans (1 renouvel.)	CNAV + IRCANTEC	Non (sauf AL)
MCU-PH titulaire	Fonctionnaire État	Titulaire	Pensions civiles (SRE) + IRCANTEC part hosp. (depuis sept. 2024) + CNAV résiduel	Oui si AL
PU-PH titulaire	Fonctionnaire État	Titulaire	Pensions civiles (SRE) + IRCANTEC part hosp. (depuis sept. 2024) + CNAV résiduel	Oui si AL



Les MCU-PH et PU-PH sont fonctionnaires d'État, mais uniquement pour leur traitement universitaire. Leurs émoluments hospitaliers, qui peuvent représenter 50 à 60 % de leur rémunération totale, relevaient jusqu'en 2024 d'un vide juridique en matière de droits à retraite. L'INPH aux côtés du SHU, a porté cette revendication pendant des années.

MAINTIEN DU REVENU EN CAS D'ARRÊT MALADIE

Les trois types de congés maladie

- ☑ Congé de maladie ordinaire (CMO) : affection sans gravité particulière ; durée maximum 12 mois.
- ☑ Congé de longue maladie (CLM) : affection grave listée (arrêté du 14 mars 1986 : SEP, pathologies cardiovasculaires sévères...) ; durée maximum 3 ans.
- ☑ Congé de longue durée (CLD) : tuberculose, maladie mentale, cancer, poliomyélite, déficit immunitaire grave ; durée maximum 5 ans.

Tableau de maintien des émoluments depuis le 1^{er} mars 2025

Le tableau ci-dessous s'applique aux praticiens sans activité libérale — PH titulaires, Praticiens contractuels, AHU, CCA, MCU-PH et PU-PH sans AL. Il intègre la dégradation imposée par les décrets de mars 2025.

Type de congé	Période	Part hospitalière	Part universitaire (HU)	Revenus complémentaires
CMO	Jour 2 → Mois 3	90 % (réforme 2025 - était 100 %)	100 % (fonct.) / N/A (PH)	Non maintenus
CMO	Mois 4 → Mois 12	50 %	50 % (fonct.) / 50 % (PH)	Non maintenus
Au-delà du CMO (> 12 mois)	Mois 13+	IJ CPAM uniquement ≈ 1 177 €/mois (plafond 2025 était 1 621 €)	—	Non maintenus
CLM	An 1	100 %	100 %	Non maintenus
CLM	Ans 2 – 3	50 %	50 %	Non maintenus
CLD	Ans 1 – 3	100 %	100 %	Non maintenus
CLD	Ans 4 – 5	50 %	50 %	Non maintenus

 **L'INPH dénonce la méthode et le fond. Abaisser le plafond des IJSS et réduire le maintien en CMO sans compensation ni dispositif d'accompagnement, c'est faire peser sur des praticiens déjà sous tension l'effort d'une économie budgétaire qui ne dit pas son nom. Ces mesures frappent en priorité ceux dont les gardes et astreintes constituent une part structurelle du revenu et que le système ne compense pas.**

 Les gardes, astreintes, permanences des soins, primes et indemnités diverses ne sont JAMAIS maintenues en cas d'arrêt maladie, quelle que soit la nature du congé. Pour les praticiens dont ces revenus représentent 20 à 40 % de la rémunération totale (anesthésistes-réanimateurs, urgentistes, AHU et CCA très actifs en gardes) la perte réelle dépasse très largement ce que le tableau indique.

Régime dégradé des praticiens avec activité libérale

Les PH, MCU-PH et PU-PH ayant une activité libérale hospitalière font face à un régime spécifique, moins favorable dès le premier mois d'arrêt :

- ☑ Part hospitalière en CMO : **66 % pendant les 3 premiers mois, puis 33 % pendant les 9 mois suivants.**
- ☑ Part universitaire (HU) : 100 % pendant 3 mois, puis 50 % pendant 9 mois.
- ☑ CARMF : **n'intervient qu'après un délai de carence de 90 jours et uniquement sur les revenus libéraux.**

 Un PU-PH ou un PH avec secteur libéral peut voir son revenu global chuter de 50 à 60 % dès le 4^e mois d'arrêt. La CARMF ne compensera que partiellement, et seulement après 3 mois de carence. Cette architecture incitative à ne pas se mettre en arrêt est un problème de santé publique que l'INPH porte dans ses revendications.

Obligation de déclaration à la CPAM — un point qui ne souffre aucune exception

Tout arrêt de travail doit être déclaré à la CPAM dans les 48 heures, même, et surtout, lorsque l'établissement maintient les émoluments à 90 % ou 100 % en première période. Ne pas le faire est une erreur aux conséquences irrémédiables.

- ☑ Volets 1 et 2 de l'arrêt → à la CPAM dont dépend le praticien.
- ☑ Volet 3 → au directeur de l'établissement de santé.
- ☑ Pour un CLM : joindre un certificat médical avec pièces justificatives.



En l'absence de déclaration à la CPAM :

1. Aucun contrat de prévoyance complémentaire ne pourra intervenir, APPA, PH Services, MNH exigent la justification d'indemnités journalières CPAM ;
2. En cas de placement ultérieur en invalidité, la CPAM refusera d'ouvrir des droits à pension d'invalidité, bloquant par ricochet toute intervention de contrat complémentaire. Cette règle est méconnue de nombreux praticiens.

L'INPH demande à ce qu'elle soit rappelée systématiquement par les directions hospitalières dès la notification d'un arrêt.

L'INVALIDITÉ : LA LAGUNE LA PLUS GRAVE, LA PLUS SILENCIEUSE

C'est sur l'invalidité que la protection statutaire révèle ses failles les plus profondes. **Les montants servis par la CPAM sont structurellement insuffisants** pour des praticiens dont le niveau de revenu et de responsabilité professionnelle est sans commune mesure avec les bases de calcul du régime général.

Corps	Invalidité cat. 1 (33-66 %)	Invalidité cat. 2/3 (> 66 %)	Garantie statutaire complémentaire
PH sans AL	≈ 1 000 €/mois (CPAM)	≈ 1 962 €/mois (CPAM)	Aucune — points IRCANTEC gratuits uniquement
PH avec AL	≈ 1 000 €/mois (CPAM)	≈ 1 962 €/mois (CPAM)	CARMF après 3 ans d'incapacité : 1 247-2 078 €/mois selon classe
P Contractuel / attaché	≈ 1 000 €/mois (CPAM)	≈ 1 962 €/mois (CPAM)	Aucune
AHU / CCA	≈ 1 000 €/mois (CPAM)	≈ 1 700 €/mois (CPAM)	Aucune
MCU-PH / PU-PH	≈ 1 000 €/mois (CPAM)	≈ 1 700 €/mois (CPAM)	Pension civile si inaptitude reconnue au titre du PCMR (conditions restrictives)

Un praticien hospitalier dont le salaire net dépasse 5 000 €/mois peut se retrouver, en cas d'invalidité de catégorie 2, avec moins de 2 000 €/mois de pension CPAM. C'est une chute de revenu de plus de 60 %. Ce n'est pas un cas d'école : c'est la règle. L'INPH considère que cette situation est inacceptable et que la protection statutaire doit être profondément revue sur ce risque.

Problème fondamental de définition : la CPAM évalue l'invalidité sur la capacité générale à exercer toute activité professionnelle et non sur la capacité à exercer la médecine. Un chirurgien inapte à opérer peut-être jugé apte à exercer une autre activité, et se voir refuser la pension d'invalidité de catégorie 2. Cette définition est inadaptée aux professions médicales. Tout contrat complémentaire doit impérativement prévoir une définition de l'invalidité basée sur l'incapacité à exercer sa propre profession, avec évaluation par un expert médical indépendant.

LE DÉCÈS : DES GARANTIES DÉRISOIRES AU REGARD DES RESPONSABILITÉS ASSUMÉES

Les garanties décès du régime obligatoire sont **notoirement insuffisantes pour des praticiens avec charges familiales**. L'absence de rente éducation et de pension de réversion hospitalière pour les PH sans activité libérale est une lacune que l'INPH a régulièrement signalée.

Corps	Capital CPAM	Capital IRCANTEC	Garanties supplémentaires
PH sans AL	3 mois de salaire brut (sur demande expresse — non automatique)	75 % des salaires des 12 mois précédents si < 65 ans	Aucune
PH avec AL / HU avec AL	3 mois de salaire brut	75 % des salaires des 12 mois précédents	CARMF : capital 60 à 70 000 € + rente conjoint 584 à 1 107 €/mois + rente éducation 652 €/enfant/mois
PH contractuel	3 mois de salaire brut	75 % des salaires si éligible	Aucune
AHU / CCA	3 mois de salaire brut	75 % des salaires si éligible	Aucune
MCU-PH / PU-PH	3 mois de salaire brut	75 % des salaires si éligible	Pension de réversion PCMR (conditions strictes : mariage, non-remariage, ressources)

 Le capital CPAM n'est pas versé automatiquement : il doit être expressément demandé par les ayants droit dans le délai légal. Le régime obligatoire ne prévoit ni rente éducation ni pension de réversion au titre de la part hospitalière pour les praticiens sans activité libérale. Pour un praticien parent de jeunes enfants décédant prématurément, la situation financière de sa famille peut être dramatique.

LA RETRAITE : DES DROITS INSUFFISANTS, UNE RÉFORME TARDIVE BIENVENUE MAIS INCOMPLÈTE

Socle commun : CNAV et IRCANTEC

Tous les personnels médicaux hospitaliers constituent leurs droits à retraite de base via la CNAV (25 meilleures années, plafonnée à 50 % du PASS, soit ≈ 1 963 €/mois maximum en 2025) et un régime complémentaire par points.

L'IRCANTEC est le régime complémentaire des PH, PH contractuels, AHU et CCA. Il représente souvent la composante la plus importante de la pension, car il couvre l'ensemble des émoluments hospitaliers sans plafond absolu en tranche B. Le taux de remplace-

ment global CNAV + IRCANTEC est estimé entre 40 et 60 % du dernier salaire pour un PH ayant fait une carrière complète — un niveau que l'INPH juge insuffisant au regard de l'investissement professionnel consenti.

MCU-PH et PU-PH : la réforme IRCANTEC du 1^{er} septembre 2024 - avancée réelle, application incomplète

Pendant des décennies, les émoluments hospitaliers des MCU-PH et PU-PH titulaires ne généraient aucun droit à retraite obligatoire. Seul le traitement universitaire

alimentait les pensions civiles (PCMR), calculées sur 75 % du traitement des 6 derniers mois. Les CHU complétaient partiellement par un abondement volontaire sur

contrats d'épargne retraite (PERP/Préfon/Corem), dispositif arrêté au 31 août 2024 sans que l'IRCANTEC soit encore pleinement opérationnel en substitution.

 Avant 2024, un PU-PH en fin de carrière pouvait espérer environ un tiers de son dernier salaire global à la retraite, faute de droits sur des émoluments hospitaliers pouvant représenter plus de la moitié de sa rémunération. L'INPH et Le SHU a porté cette revendication de longue date.

Depuis le **1^{er} septembre 2024** (loi Valletoux, décrets n° 2024-765 et 2024-767 du 8 juillet 2024) : les MCU-PH et PU-PH titulaires sont désormais affiliés à l'IRCANTEC sur leur part hospitalière, avec des **taux dérogatoires spécifiques** visant à accélérer la constitution de droits :

Catégorie	Taux salarié	Taux employeur (CHU)
MCU-PH et PU-PH (taux dérogatoire)	4,168 %	7,60 %
PH classique — tranche A (comparaison)	2,80 %	4,00 %
PH classique — tranche B (comparaison)	6,95 %	12,00 %

i

L'assiette IRCANTEC des MCU-PH et PU-PH exerçant une activité libérale est réduite d'un tiers : seuls les deux tiers des émoluments hospitaliers sont soumis à cotisation. Par ailleurs, l'indemnité spéciale versée aux praticiens HU en Outre-mer est exclue de l'assiette.



L'INPH salue cette réforme comme une avancée obtenue de haute lutte. Elle ne résout pas pour autant le déficit de droits des générations déjà en poste au 1^{er} septembre 2024 : aucun point IRCANTEC ne peut être attribué rétroactivement pour les années de carrière antérieures. Le taux de remplacement cible de 44 % ne sera pleinement atteint que par les praticiens dont l'intégralité de la carrière hospitalière s'effectue sous le nouveau régime. Pour les générations intermédiaires, un effort d'épargne personnelle (PER individuel, assurance-vie) reste indispensable.

SYNTHÈSE DES LACUNES PAR CORPS : ÉTAT DES RISQUES

Risque	PH sans AL	PH avec AL	P contractuel	AHU / CCA	MCU-PH / PU-PH
Arrêt court (mois 1-3)	Perte 10 % + revenus complémentaires	Perte 34 % + revenus complémentaires	Perte 10 % + revenus complémentaires	Perte 10 % + gardes +++	Perte 10 % + gardes
Arrêt long (> 12 mois)	IJ CPAM ≈ 1 177 €/mois	IJ CPAM + CARMF après 3 mois	IJ CPAM seulement	IJ CPAM seulement	IJ CPAM seulement
Invalidité	≈ 1 000–1 962 €/mois CPAM, éval. non professionnelle	CPAM + CARMF après 3 ans	CPAM uniquement	Perte ≈ 80 % du revenu	Perte ≈ 70–75 % du revenu
Décès	3 mois + IRCANTEC 75 %	Idem + CARMF (60–70 k€ + rentes)	3 mois seulement	3 mois seulement	PCMR + CPAM + IRCANTEC
Retraite	CNAV + IRCANTEC : 40 à 60 %	CNAV + IRCANTEC + CARMF	CNAV + IRCANTEC, risque lacunes	Droits très limités	PCMR + IRCANTEC (depuis 2024) + CNAV : ≈ 44 %
Besoin en complément	Fort (invalidité, décès)	Très fort	URGENT dès le 1^{er} contrat	URGENT	Fort (déficit droits ant.)



SE PROTÉGER : LES ORGANISMES SPÉCIALISÉS

Face aux lacunes du régime statutaire, il existe des organismes proposant des contrats réellement adaptés aux spécificités de l'exercice hospitalier. L'INPH ne recommande aucun opérateur à titre exclusif : il appartient à chaque praticien de comparer les offres. En revanche, l'INPH identifie les critères non négociables que tout contrat doit respecter.



Association de Prévoyance des Praticiens hospitaliers et Assimilés

- ☑ Spécialisée depuis plus de 40 ans dans la prévoyance hospitalière. Contrats co-construits avec le courtier Bessé, assurés par Generali.
- ☑ Maintien à 100 % du salaire net sans limitation de durée, jusqu'à reprise ou mise à la retraite.
- ☑ Couverture des revenus complémentaires (gardes, astreintes, primes) sur la base des revenus déclarés à la souscription.
- ☑ Définition de l'invalidité basée sur l'incapacité à exercer sa propre profession.
- ☑ Couvre les AHU, CCA, MCU-PH et PU-PH.
- ☑ **Point de vigilance** : le contrat exige la justification d'indemnités journalières CPAM — la déclaration à la CPAM dans les 48 h est donc absolument impérative, même en première période.



PH Services Prévoyance

- ☑ Contrats sur mesure pour PH et HU.
- ☑ Réduction de cotisation significative jusqu'au 31 décembre de l'année des 38 ans du praticien (cotisation réduite de 50 %). Taux bloqué chez APPA si adhésion avant 38 ans.
- ☑ Couvre arrêt de travail, invalidité, décès. Options : rente éducation, pension de conjoint, couverture des gardes et astreintes.



Mutuelle Nationale des Hospitaliers

- ☑ Acteur historique, logique mutualiste. Couvre arrêt de travail, invalidité, décès.
- ☑ Peut-être combinée avec un contrat APPA ou PH Services pour une couverture élargie.



Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français

- ☑ Contrat spécifique aux hospitaliers (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens).
- ☑ Maintien du salaire net, capital de reconversion de 80 000 € en cas d'invalidité > 66 %, capital décès doublé en cas d'accident ou d'agression.
- ☑ S'adapte automatiquement aux changements de statut au fil de la carrière (docteur junior → CCA → PH).



Groupe Pasteur Mutualité | La Médicale

- ☑ GPM : contrats pour personnels médicaux hospitaliers avec bonne lisibilité des garanties en cas d'arrêt prolongé ou d'invalidité.
- ☑ La Médicale (Crédit Agricole Assurances) : maintien à 100 % du salaire net, rente d'invalidité professionnelle, capital décès/PTIA.



Pour les praticiens exerçant une activité libérale hospitalière

- ☑ Obligatoire dès lors qu'une activité libérale est exercée à l'hôpital.
- ☑ Couverture maladie après 90 jours de carence, invalidité après 3 ans d'incapacité, décès (capital + rente conjoint + rente éducation).
- ☑ Garanties variables selon la classe de cotisation (A, B ou C) déterminée par le revenu libéral de l'année précédente.

CE QUE L'INPH RECOMMANDE : SEPT IMPÉRATIFS

1

Déclarer tout arrêt à la CPAM dans les 48 heures. Même si l'établissement maintient les émoluments à 90 % ou 100 %. L'absence de déclaration ferme définitivement l'accès à tout contrat complémentaire et aux droits à pension d'invalidité. Aucune exception. ++++++

2

Souscrire un contrat de prévoyance spécialisé dès l'entrée en poste. Les cotisations sont les plus basses en début de carrière. Avant 38 ans, plusieurs opérateurs proposent des tarifs réduits ou bloqués. Pour les AHU et CCA, souscrire dès le premier poste, ne pas attendre la titularisation.

3

Exiger la bonne définition de l'invalidité. Tout contrat doit couvrir l'incapacité à exercer sa propre profession médicale, évaluée par un expert médical indépendant, et non l'incapacité générale à toute activité. C'est un critère de sélection non négociable. ++++

4

Couvrir les revenus complémentaires dans le contrat. Gardes, astreintes, permanences des soins : jamais maintenus statutairement. Ils doivent être déclarés à la souscription et réactualisés chaque année. Ne pas le faire, c'est sous-assurer une part significative de son revenu réel.

5

Praticiens avec activité libérale : vérifier les articulations de couverture. CPAM, CARMF et contrat complémentaire n'ont ni les mêmes délais de carence ni les mêmes bases de calcul. Un angle mort entre ces trois niveaux peut laisser le praticien sans revenu pendant plusieurs semaines.

6

MCU-PH et PU-PH : ne pas se contenter de la réforme IRCANTEC. La réforme de septembre 2024 améliore l'avenir, elle ne corrige pas le passé. Les années de carrière hospitalière antérieures au 1^{er} septembre 2024 ne génèrent aucun point IRCANTEC. Un PER individuel et/ou une assurance-vie restent nécessaires pour les générations en poste. Vérifier également le statut des contrats d'épargne abondés par le CHU, arrêtés au 31 août 2024.

7

Praticiens contractuels : priorité absolue. La précarité statutaire s'ajoute à la faiblesse des garanties. Un arrêt survenant entre deux CDD peut ne générer aucun droit aux IJ si les conditions d'affiliation CPAM ne sont pas remplies. La souscription d'un contrat complémentaire dès le premier contrat est urgente. +++++



CONCLUSION - POSITION DE L'INPH

Les praticiens hospitaliers méritent mieux que ce que le cadre réglementaire actuel leur offre. Les réformes de mars 2025 ont aggravé une situation déjà insuffisante, sans compensation ni mesure d'accompagnement. L'INPH les a contestées et continuera de le faire dans tous les espaces de dialogue avec les pouvoirs publics.

Les lacunes structurelles sur l'invalidité (montants CPAM dérisoires, définition inadaptée à la profession médicale) et sur le décès (absence de rente éducation, de pension de conjoint dans le régime hospitalier) sont connues depuis longtemps. Elles appellent une réforme que l'INPH revendique de longue date et continuera de porter.

Pour les MCU-PH et PU-PH, la réforme IRCANTEC de septembre 2024 est une avancée réelle et bienvenue, obtenue de haute lutte. Elle ne doit pas masquer le déficit persistant pour les générations transitionnelles, ni les lacunes non résolues en matière de prévoyance.

En attendant les évolutions statutaires nécessaires, **la prévoyance complémentaire n'est pas un luxe, c'est une nécessité**. Elle doit être souscrite tôt, calibrée sur l'ensemble des revenus réels, et régulièrement mise à jour tout au long de la carrière.

L'INPH demande :

- 1 La réouverture d'une concertation sur la définition de l'invalidité applicable aux professionnels médicaux dans les contrats CPAM ;
- 2 La création d'une rente éducation de droit commun pour les praticiens hospitaliers décédant en activité ;
- 3 L'abandon ou la compensation des mesures de mars 2025 dégradant l'indemnisation en CMO et le plafond des IJSS.



STOP-PRESS SYNDICAL SUR LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE DES PH



Dr Pierre RUMEAU
Président du SyNPH

Depuis le dernier Mag, deux réunions ont eu lieu au ministère sur la protection sociale complémentaire des personnels médicaux et pharmaceutiques exerçant à l'hôpital public.

L'Article L827-1 du code général de la fonction publique prévoit la mise en place d'une participation à l'assurance maladie complémentaire des fonctionnaires. Les employeurs privés ont également l'obligation de proposer à leurs salariés une couverture complémentaire santé collective, dont nos collègues hospitalo-universitaires bénéficient en raison de leur appartenance à la fonction publique d'état. **Il nous semble donc parfaitement injuste de prendre comme argument que les praticiens des hôpitaux publics ne sont qu'assimilés à la fonction publique, pour les exclure de cette protection sociale complémentaire.**

L'objet de ces réunions concernait la mise en œuvre de la participation de l'employeur à la protection sociale complémentaire des PH. Lors de la 1^{ère} réunion, seuls avaient

été invités les syndicats médicaux et pharmaceutiques représentatifs des praticiens des hôpitaux publics. Il y a été discuté de l'assurance maladie complémentaire (prise en charge des frais que ne rembourse pas l'assurance maladie obligatoire « Sécu ») et la prévoyance, à savoir un complément de revenu en cas de maladie ou handicap avec pertes de revenus, et facultativement un soutien financier à la famille en cas de décès.

La gratuité des soins est prévue par l'article L.6152-2 du code de santé publique. Le ministère a précisé que les praticiens faisaient rarement appel à cette possibilité et que son coût était négligeable dans les budgets hospitaliers. L'incompréhensible imposition en avantages en nature de cette facilité statutaire a également été rappelée.

Lors de la 2^{ème} réunion, qui était paritaire avec la participation de la Fédération Hospitalière de France, un actuaire expert ayant précédemment travaillé pour d'autres fonctions publiques, nous a fait une présentation sur le marché assurantiel constitué par les praticiens des hôpitaux publics et les possibilités de choix que cela permettrait.

La partie prévoyance a cependant disparu des discussions.

La fédération hospitalière de France a fait valoir que les directions hospitalières n'avaient pas de financement dédié à la mise en place de cette mesure. Pour mémoire : celle-ci est mise en œuvre pour les agents de la fonction publique hospitalière.



Un consensus syndical large s'est dégagé sur les mesures suivantes :

- ☑ Maintien des soins gratuits au sein de l'hôpital d'affectation durant l'activité professionnelle tel que prévu par la loi. Demande d'extension à tous les hôpitaux publics pour des raisons de protection du secret médical et d'accès simplifié au panier de soins. Extension aux praticiens retraités ayant fait une carrière longue dans les hôpitaux publics.
- ☑ Au vu du très faible recours aux congés maladie des praticiens hospitaliers par rapport aux agents de la fonction pu-

blique hospitalière, et au vu du large marché qu'ils constituent ; nous demandons un marché assurantiel dédié.

Ce marché assurantiel devra comporter :

- La possibilité de couvrir les enfants et le conjoint du praticien ;
- Un droit à continuer de bénéficier de l'assurance complémentaire après passage à la retraite. Avec une augmentation modérée de la police pour ne pas aggraver les effets de la perte de la participation de l'employeur ;

- Pour avoir un meilleur tarif tout en bénéficiant d'une prise en charge de l'employeur de 50 % ou plus, avoir le choix d'un prestataire national et d'une assurance obligatoire*.

Il ne s'agit à ce stade que de discussions et malheureusement l'absence de financement fait que ce droit risque d'être refusé pendant encore de nombreuses années aux praticiens des hôpitaux publics. Cependant la contribution du SHU, qui bénéficie de ce type de protection dans le cadre de la fonction publique d'État, a été significative pour éclairer les débats.

*Le caractère obligatoire présente des exceptions légales notamment si vous êtes déjà couvert par une autre assurance obligatoire, fournie par un autre employeur, ou, si vous êtes couverts par un conjoint. Dans ce cas, vous avez le choix entre ces deux propositions d'assurance obligatoire.



ÉVOLUTION DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE DES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES QU'EN EST-IL ?



Pr Guillaume CAPTIER
Président du SHU

L'accord Protection Sociale Complémentaire (PSC) institué pour l'ensemble des fonctionnaires d'État dont le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (MESR)* :

- ☑ Une mutuelle santé à adhésion obligatoire (sauf dispenses).
- ☑ En vigueur à partir du 1^{er} mai 2026.
- ☑ 50 % de la cotisation prise en charge par l'employeur État.

La PSC obligatoire ou mutuelle santé a pour objet la couverture des frais de santé des agents publics, en complément de la Sécurité sociale.

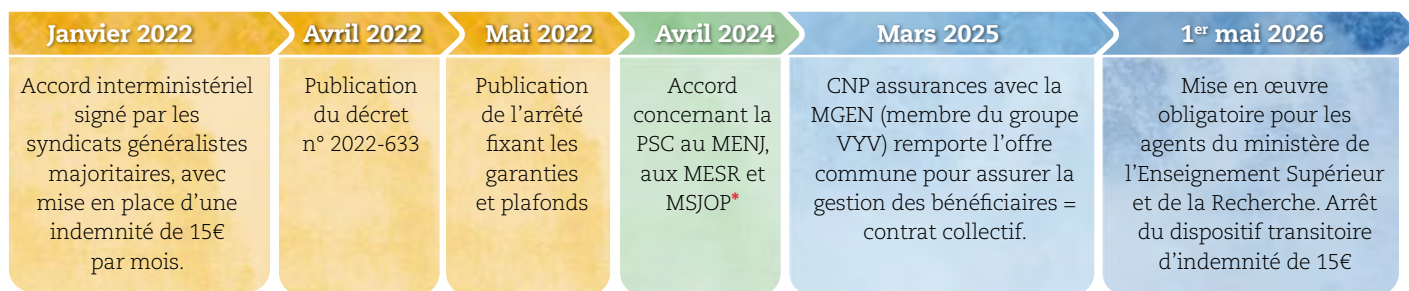
La prévoyance, en cas de pertes de revenus (incapacité, invalidité, décès), proposée par le ministère est une couverture qui reste facultative. Le SHU incite fortement d'y souscrire et de comparer les différentes offres et vérifie que soit pris en compte la grille universitaire et hospitalière.

*<https://www.education.gouv.fr/la-protection-sociale-complementaire-pour-les-personnels-de-l-education-nationale-de-l-enseignement-325214>



HISTORIQUE ET CALENDRIER DE MISE EN PLACE

La réforme de la PSC s'inscrit dans le cadre de la loi de la transformation de la fonction publique promulguée en 2022 (décret 2022-633 du 22 avril 2022).



*<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000049486828>

CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT COLLECTIF MGEN

Le contrat collectif, uniquement pour la PSC, proposé par la MGEN a été conçu pour offrir des avantages spécifiques aux fonctionnaires d'État. Cette approche vise à

compenser le caractère obligatoire de l'adhésion, qui diffère de la philosophie mutualiste traditionnellement portée par la MGEN. Ainsi, le contrat s'efforce de répondre

aux besoins particuliers des agents publics tout en tenant compte des exigences réglementaires imposées par la réforme de la protection sociale complémentaire.

BÉNÉFICIAIRES

Obligatoire pour les actifs Fonctionnaires civils de l'État, dont les personnels hospitalo-universitaires.

Le parcours d'adhésion se fait par l'adresse mail professionnelle de l'université d'affectation.

Facultatif pour les conjoints et enfant à charges, mais possibles.

Pour les retraités, ils peuvent adhérer au contrat collectif souscrit par leur dernier employeur, sous réserve :

- ☒ D'avoir été bénéficiaire actif à la date de cessation d'activité ;

- ☒ D'être titulaire d'une pension de retraite (régimes civils et militaires, IRCANTEC, AGIRC-ARRCO...).

La demande doit être formulée dans l'année suivant la cessation d'activité.

DISPENSE POSSIBLE

L'adhésion obligatoire peut être levée dans les cas suivants (voir décret du 22 avril 2022) :

1. Bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS).
2. Couvert par un contrat individuel à la date d'entrée en vigueur du contrat collectif (dispense valable jusqu'à échéance du contrat, max 12 mois).
3. Contrat de travail à durée déterminée avec couverture individuelle.
4. Couvert par un autre contrat collectif obligatoire (ex. : conjoint, autre employeur public ou privé).

Les agents dispensés peuvent à tout moment renoncer à leur dispense et adhérer sans majoration.

PRIX ET RÉPARTITION DES COTISATIONS

Le groupement MGEN/CNP a fixé la cotisation de base du socle à : 75,40 €/mois (77,06 € avec fonds de solidarité)

L'État participe au financement du nouveau régime de la PSC en santé en prenant en charge :

⇒ 50 % de la cotisation de base du socle (panier de soins interministériel), soit 37,70 €.

Toutefois, le montant restant à charge variera en fonction des revenus bruts de la grille universitaire, avec une fourchette annoncée entre 33 € et 53 € par mois et par agent.

Les 2 options complémentaires (A 7,23€/mois et B 30,33€/mois) sont facultatives. Il reste possible de prendre une autre complémentaire à titre personnel pour bénéficier d'option spécifique. L'État participe partiellement dans la limite de 5 €.



LA PROTECTION SOCIALE ET LA RETRAITE DES SAGES-FEMMES HOSPITALIÈRES

DES GARANTIES À PRESERVER, DES DÉFIS À RELEVER



Camille DUMORTIER
ONSSF

Lorsqu'on évoque l'attractivité des carrières hospitalières, les débats se concentrent souvent sur les rémunérations, les effectifs ou les conditions de travail. Pourtant, un autre sujet mérite notre attention : la protection sociale des professionnels de santé.

Pour les sages-femmes de la fonction publique hospitalière, comme pour l'ensemble des fonctionnaires, la couverture en cas de maladie, de maternité, d'invalidité ou de départ à la retraite contribue à sécuriser les parcours professionnels.

COUVERTURE SOCIALE

Les sages-femmes hospitalières bénéficient d'un statut qui leur assure le maintien d'un certain niveau de revenu lors des aléas de la vie.

En cas d'arrêt maladie, elles peuvent bénéficier de 90 % de leur traitement indiciaire brut pendant 3 mois, puis de 50 % pendant 9 mois. L'indemnité de résidence et éventuellement le supplément familial de traitement restent versés au prorata du temps de travail.

Les droits à 90 % ou à 50 % sont décomptés, pour chaque jour d'ar-

rêt de travail, en fonction des jours d'arrêt à 90 % ou à 50 % déjà accordés au cours des 365 (ou 366) jours précédents. Chaque arrêt de travail fait l'objet d'un jour de carence non rémunéré.

La rémunération se calcule sur la base de 360 trentièmes (30 trentièmes par mois quel que soit le nombre réel de jours dans le mois). Un complément de salaire peut être versé sous conditions par le CGOS ou l'Agospap pour la région parisienne.

Le temps passé en congé de maladie est sans effet sur l'avancement d'échelon ou de grade. Pour rappel les sages-femmes des hôpitaux n'ont pas, comme les autres personnels médicaux, une carrière linéaire, mais une organisation en grade 1 et grade 2, avec des quotas d'avancement régulés par décret.

Le temps passé en congé de maladie ne réduit pas les droits aux autres congés.

L'ENJEU CROISSANT DE LA PRÉVOYANCE

Le statut de sage-femme des hôpitaux offre des garanties importantes, mais ne couvre pas l'ensemble des situations. Les conséquences financières d'une invalidité durable, d'une incapacité prolongée ou du décès peuvent rester significatives pour les agents et leurs familles.

Les réformes récentes de la protection sociale complémentaire dans la fonction publique visent à renforcer la participation des employeurs publics au financement de ces dispositifs. Elles ouvrent la voie à une meilleure couverture des risques lourds, même si de nombreuses interrogations subsistent quant à leur mise en œuvre concrète et à leur niveau de protection.



MUTUELLE SANTÉ, UN CHANTIER EN COURS

Les sages-femmes des hôpitaux, fonctionnaires ou contractuelles, pourront bénéficier à partir du 1^{er} janvier 2027 d'une participation de leur établissement employeur aux cotisations de complémentaire santé (mutuelle santé) et prévoyance.

Le montant de la participation de l'établissement employeur ne pourra pas être inférieur à 50 % de la cotisation mutuelle, permettant de bénéficier au minimum des garanties suivantes :

- ❑ Intégralité du ticket modérateur sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'Assurance maladie. Cependant, des exceptions peuvent exister.
- ❑ Totalité du forfait journalier hospitalier en cas d'hospitalisation.

❑ Frais dentaires (prothèses et orthodontie) à hauteur de 125 % du tarif conventionnel.

❑ Frais d'optique de manière forfaitaire par période de 2 ans (annuellement pour les enfants ou en cas d'évolution de la vue) avec un minimum de prise en charge fixé à 100 € pour une correction simple, 150 € (voire 200 €) pour une correction complexe.

La mutuelle pourra être une mutuelle à laquelle l'agent a souscrit individuellement. Dans ce cas, l'établissement employeur précisera la liste des organismes de complémentaire santé ouvrant droit à une prise en charge partielle des cotisations. Un accord collectif pourra prévoir la souscription par l'établissement d'un contrat collectif, avec éventuelle souscription obligatoire à tout ou partie des garanties que ce contrat collectif comporte.

Une complémentaire prévoyance a pour but de compléter l'indemnisation versée, par l'administration employeur et éventuellement par la CPAM, en cas de maladie, d'invalidité ou de décès. Elle couvre, tout ou partie, les pertes de revenus en cas d'arrêt de travail, d'inaptitude ou d'invalidité. Elle peut aussi prévoir des prestations complémentaires, à celles prévues par la loi ou les décrets, en cas de décès d'un agent public au bénéfice de ses ayants droits.

À partir du 1^{er} janvier 2027, l'établissement employeur pourra aussi prendre en charge partiellement les cotisations à une complémentaire prévoyance, choisie par l'agent parmi les organismes précisés par l'employeur ou définie par accord collectif.

LA RETRAITE : UNE PRÉOCCUPATION LÉGITIME !

Comme l'ensemble des agents publics, les sages-femmes hospitalières ont vu les règles de départ à la retraite évoluer au fil des réformes successives. L'allongement de la durée d'activité interroge particulièrement une profession dont l'exercice comporte des gardes, du travail de nuit, des contraintes posturales importantes et une forte charge émotionnelle.

La question de la reconnaissance de la pénibilité et de l'usure professionnelle demeure donc centrale. Elle ne peut être dissociée des réflexions actuelles sur l'attractivité des maternités et la fidélisation des professionnels.

Au-delà du montant de la pension, la retraite doit être envisagée comme l'aboutissement d'un parcours professionnel dont la soutenabilité doit être garantie tout au long de la carrière.

Les fonctionnaires hospitaliers sont affiliés :

- ☑ Pour leur pension de retraite de base, au régime spécial géré par la caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL).
- ☑ Pour leur pension de retraite complémentaire obligatoire, au régime de retraite additionnelle de la fonction publique (RAFP).

Les congés de maladie, quels qu'ils soient (maladie ordinaire, longue maladie, longue durée, citis) et les périodes de travail à temps partiel pour raison de santé sont pris en compte pour la retraite dans la limite de 5 ans.

Pour le départ en retraite anticipée pour carrière longue, les congés de maladie, quels qu'ils soient (maladie ordinaire, longue maladie, longue durée, citis) sont pris en compte dans la limite de 4 trimestres.

Les sages-femmes en catégorie active, en contact avec les femmes enceintes, peuvent ouvrir leurs droits à la retraite dès 57 ans. Celles qui assurent les fonctions de coordination, en catégorie sédentaire, devront aller jusqu'à 62 ans.

La condition pour partir à la retraite aux âges évoqués et bénéficiaire de la pension maximale est d'avoir validé entre 166 et 172 trimestres.

Pour la retraite complémentaire, c'est un régime par point classique : l'assuré acquiert des points de retraite pour le versement des cotisations de vieillesse complémentaire.

Bien que théoriquement gérées par la Direction des Affaires Médicales, c'est la plupart du temps la Direction des Ressources Humaines qui gère les retraites des sages-femmes dans les établissements.

UN ENJEU D'ATTRACTIVITÉ POUR L'HÔPITAL PUBLIC

À l'heure où de nombreux établissements rencontrent des difficultés de recrutement et de fidélisation des sages-femmes, la qualité de la protection sociale constitue un argument d'attractivité souvent sous-estimé.

Garantir une couverture efficace face aux risques de la vie, sécuriser les transitions professionnelles et offrir des perspectives de retraite dignes participent pleinement à l'attractivité des carrières hospitalières.

La protection sociale n'est pas un avantage périphérique. Elle est l'une des composantes du contrat social qui lie les professionnels à leur employeur public. Pour les sages-femmes, qui accompagnent chaque jour les femmes et les familles dans des moments essentiels de leur vie, il est légitime d'attendre que la société leur offre en retour une protection à la hauteur de leur engagement et de leurs responsabilités.

Les sages-femmes partagent avec les praticiens hospitaliers la nécessité d'une protection sociale solide, mais elles portent aussi des enjeux spécifiques liés à une profession très féminisée, à l'exposition aux risques professionnels et à une reconnaissance statutaire longtemps restée incomplète.

Sources

<https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/vosdroits/F490>

<https://www.emploi-collectivites.fr/grille-indiciaire-hospitaliere-sage-femme-hopitaux-sfh/1/6274.htm>

<https://www.service-public.gouv.fr/particuliers/vosdroits/F38328>



LES PRATICIENS HOSPITALIERS AUSSI, FONT APPEL À DES SPÉCIALISTES.

La gamme MNH Médicéo a été conçue par la Mutuelle Nationale des Hospitaliers pour répondre spécifiquement aux besoins des praticiens hospitaliers en matière de protection sociale : **santé, prévoyance** (décès, maintien de salaire incluant émoluments hospitaliers et revenus annexes, invalidité), **responsabilité civile professionnelle**.



MNH *Médicéo*

Plus d'informations sur mnh.fr



MUTUELLE NATIONALE DES HOSPITALIERS ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL - 331, AVENUE D'ANTIBES - 45213 MONTARGIS. LA MNH ET MNH PRÉVOYANCE SONT DEUX MUTUELLES RÉGIES PAR LES DISPOSITIONS DU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ, IMMATRICULÉES AU RÉPERTOIRE SIREN SOUS LES NUMÉROS SIREN 775 606 361 POUR LA MNH ET 484 436 811 POUR MNH PRÉVOYANCE. CRÉDIT PHOTO : JH ENGSTRÖM. AGENCE : AUSTRALIE

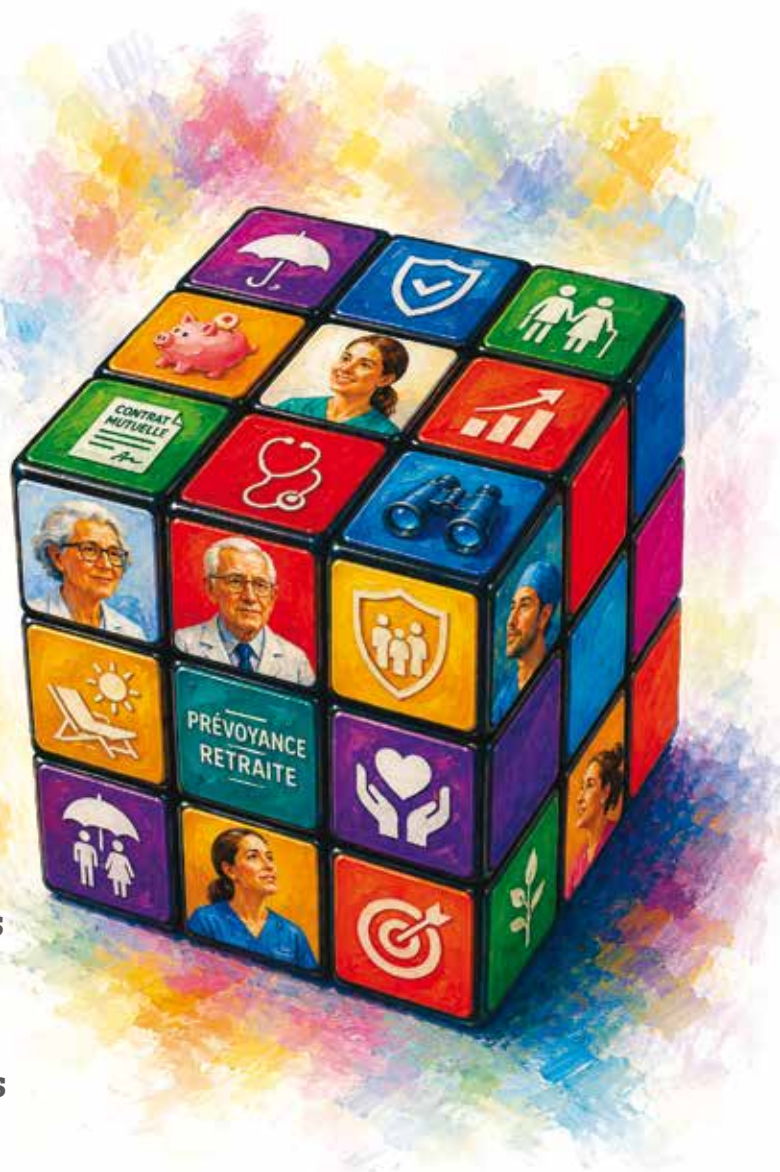


Chargée d'ingénierie et d'achat de
formations et de prestations
Service Développement de la
Formation et des Compétences (DFC)

Anfh Association nationale
pour la formation permanente
du personnel hospitalier

La question de la retraite des Praticiens Hospitaliers (PH) et des Hospitalo-Universitaires (HU) s'inscrit dans une démarche globale de prévoyance, pensée pour protéger les professionnels tout au long de leur carrière face aux aléas de santé, d'incapacité ou de cessation d'activité. Comprendre les règles de retraite et anticiper ses choix de carrière n'est pas une simple formalité administrative : c'est un véritable levier de maîtrise de son avenir professionnel et personnel.

Cet article propose de donner des repères essentiels aux praticiens pour anticiper leur départ et de recontextualiser les différents enjeux pour les établissements hospitaliers.



ENTRE SOULAGEMENT ET VULNÉRABILITÉ

L'activité des praticiens hospitaliers se caractérise par une forte intensité de travail, un engagement clinique et humain soutenus. La fin de carrière constitue une période importante et déterminante, souvent vécue à la fois comme étant un soulagement

face à l'usure professionnelle et comme un moment de fragilité, marqué par une perte de repères et d'identité. En effet, la retraite implique un changement profond de rythme, de statut et de rapport au temps, pouvant générer un sentiment de vide, d'inutilité voire

d'anxiété, notamment lorsqu'elle n'est pas préparée et anticipée. En outre, les praticiens sont nombreux à méconnaître leurs droits, les démarches à effectuer ou les interlocuteurs compétents.

UN SYSTÈME COMPLEXE, UN PARCOURS RAREMENT LINÉAIRE

Les praticiens sont des agents non titulaires de l'État qui bénéficient d'un statut d'agent public. La gestion de leur retraite est encadrée par des règles précises et s'inscrit dans un environnement

complexe, où se mêlent notamment régimes multiples, carrières hétérogènes, mixtes (exercice libéral et hospitalier privé/public) et évolutions statutaires successives. Bien que cette diversité de

régimes participe à la richesse de leurs parcours, elle complique néanmoins la compréhension de leurs droits, rendant ainsi leur trajectoire plus difficile à lire.

LA RETRAITE DES PRATICIENS HOSPITALIERS : UN CASSE-TÊTE ?

Les praticiens hospitaliers dépendent pour leur retraite de base du régime général de la sécurité sociale, la CNAV et pour leur retraite complémentaire obligatoire de l'IRCANTEC.

C'est le CNG qui gère la carrière des PH, c'est donc au Directeur général du CNG qu'il appartient de prendre un arrêté autorisant le praticien à faire valoir ses droits à la retraite.

Vérifier sa durée d'assurance : entre taux plein et décote

Pour pouvoir bénéficier de la retraite de base à taux plein, le praticien doit avoir cotisé à la CNAV entre 166 et 172 trimestres (en fonction de son année de naissance). L'âge minimum de départ à la retraite étant de 62 ans et la limite d'âge pour le cumul emploi-retraite de 75 ans pour les praticiens hospitaliers. En pratique, les départs effectifs des praticiens se situent entre 62 et 67 ans. (Source : CNG)

En outre, les praticiens peuvent bénéficier sous conditions :

- ☑ D'un **recul de la limite d'âge** puis d'une prolongation d'activité ;

- ☑ D'un **cumul emploi-retraite** : dispositif qui nécessite la cessation de la dernière activité salariée puis la reprise d'une activité ultérieure ;

- ☑ De la **retraite progressive** qui permet d'exercer une activité à temps partiel tout en bénéficiant d'une fraction de la retraite ;

- ☑ Du **rachat de trimestres** avec, par exemple, le rachat d'années d'études supérieures.

Comprendre l'impact financier de sa carrière sur le montant de la pension

L'hétérogénéité des carrières des praticiens a un impact direct sur le montant de leur pension de retraite qui résulte d'un ensemble de paramètres parfois complexes à articuler. La retraite de base repose sur le salaire moyen des 25 meilleures années, mais ce calcul ne reflète qu'une partie de la réalité car, hormis la durée de cotisation, le niveau de pension dépend également de nombreux autres éléments :

- ☑ Les périodes hospitalières et extrahospitalières ;
- ☑ Les activités universitaires éventuelles ;

- ☑ Les primes (non intégrées dans la pension de base) ;
- ☑ Les points acquis à l'IRCANTEC ;
- ☑ Les dispositifs complémentaires comme la RAFP ou les PER.

Tracer sa carrière

Les PH doivent être particulièrement attentifs à la traçabilité de leur carrière, notamment en cas de mobilité, d'activité mixte, universitaire ou de périodes d'exercice à l'étranger ; une carrière mal documentée pouvant entraîner des pertes de droits ou des erreurs de calcul au moment de la liquidation de leur retraite.

Préparer sa transition professionnelle... et personnelle

Anticiper son départ, c'est :

- ☑ Analyser ses droits ;
- ☑ Simuler différents scénarios de départ ;
- ☑ Vérifier ses trimestres ;
- ☑ Sécuriser ses revenus via la prévoyance et l'épargne.

POUR L'HÔPITAL : INTÉGRER LES TENDANCES DÉMOGRAPHIQUES POUR ANTICIPER LES EFFETS DU CHOC DÉMOGRAPHIQUE SUR L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE

La pyramide des âges des praticiens hospitaliers met en évidence une situation contrastée : si la profession reste globalement jeune, on constate un renouvellement des effectifs insuffisant au regard du volume important de départs à la retraite attendu dans les cinq à dix prochaines années. Cette réalité place ainsi les établissements face à un véritable défi en termes de démographie dont les conséquences se feront sentir sur l'équilibre des équipes médicales et l'organisation des soins.

Pour les établissements, ces départs massifs impliquent :

- ☑ Des tensions accrues dans certaines spécialités ;
- ☑ Une perte d'expertise difficile à compenser ;
- ☑ La nécessité d'une gestion prévisionnelle des emplois médicaux ;
- ☑ Un effort renforcé d'attractivité auprès des jeunes praticiens ;
- ☑ Une réflexion globale sur la valorisation des parcours hospitaliers.

Dans ce contexte, intégrer les tendances démographiques devient indispensable pour pouvoir ajuster les politiques de recrutement, renforcer l'attractivité des carrières et garantir la continuité des prises en charge. Ainsi, la question de la retraite des PH s'impose comme un enjeu collectif majeur, appelant une anticipation fine et une stratégie RH adaptée.



L'ANFH : UN PARTENAIRE CLÉ POUR LES PRATICIENS HOSPITALIERS

Parce qu'après une vie passée à soigner les autres, il est temps de prendre soin de son propre avenir.

Pour vous aider à y voir plus clair : une formation pensée pour redonner du contrôle, de la visibilité et surtout... de la sérénité !

L'ANFH, organisme collecteur de fonds de formation pour la fonction publique hospitalière, propose à ses établissements adhérents une formation dédiée à l'accompagnement de la fin de carrière et à la préparation à la retraite des praticiens hospitaliers.

Cette formation a pour ambition de rendre ce sujet accessible, de lever les zones d'ombre pour éviter les mauvaises surprises et offrir à chacun les clés nécessaires à la prise d'une décision éclairée.

Elle aborde tous les aspects (administratifs, juridiques, psychologiques et sociaux) de cette transition afin :

- ☑ De comprendre son parcours professionnel ;
- ☑ D'optimiser ses droits grâce à des simulations personnalisées ;
- ☑ D'anticiper les démarches pour éviter les retards et les mauvaises surprises ;
- ☑ De sécuriser son départ en maîtrisant les délais, les justificatifs et les interlocuteurs ;
- ☑ De préparer l'après : cumul emploi-retraite, projets, transitions.

Cette formation d'une durée de 3,5 jours est ouverte à tous les praticiens de 55 ans et plus, quel que soit leur statut. Elle est délivrée par des organismes de formation rigoureusement sélectionnés.



Si vous êtes intéressés, contactez votre établissement qui se chargera de vous inscrire auprès de votre délégation ANFH.

IRCANTEC : Institution de Retraite Complémentaire des Agents Non-Titulaires de l'Etat et des Collectivités publiques.
CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

CNG : Centre National de Gestion
RAFP : Retraite Additionnelle de la Fonction Publique
PER : Plan d'Epargne Retraite



RETRAITE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

PRESCRIVEZ-VOUS LA BONNE STRATÉGIE ?

Propos recueillis par

Virginie ROBERT

Responsable du Partenariat LCL - INPH
auprès des experts du groupe :
F. SISCO LCL Epargne,
S. LAUCOIN expert AMUNDI
et J-S. DUMAY, Crédit Agricole Assurance

Votre carrière est un marathon. Votre retraite ne doit pas être une course d'obstacles. Pour les professionnels de santé, dont l'engagement est total et la carrière dense, anticiper la retraite est devenu un impératif stratégique. Il ne s'agit plus de se demander s'il faut préparer sa retraite, mais comment s'assurer une transition sereine et préserver un niveau de vie mérité.



De gauche à droite Frédérique SISCO, expert LCL Epargne, puis Stéphane LAUCOIN, AMUNDI, Jean-Sébastien DUMAY, Crédit Agricole Assurance et Virginie ROBERT, Responsable du Partenariat LCL - INPH

LE DIAGNOSTIC : UNE BAISSSE DE REVENUS À ANTICIPER

Le constat est sans appel : le passage à la retraite se traduit quasi systématiquement par une baisse significative des revenus. Pour les praticiens hospitaliers, cadres de santé et dirigeants d'établissements, le choc peut être particulièrement rude. Se reposer uniquement sur les régimes de base et complémentaires (IRCANTEC, CARMF, etc.) est une **stratégie hasardeuse**.

La seule parade efficace réside dans une préparation active, diversifiée et bâtie sur mesure. Oubliez le remède miracle ; la clé est une architecture patrimoniale solide, combinant plusieurs leviers pour sécuriser vos revenus futurs, optimiser votre fiscalité et vous protéger des aléas.

LES PILIERS DE VOTRE STRATÉGIE PATRIMONIALE

Une approche robuste consiste à bâtir votre stratégie sur des fondations solides, avant d'y ajouter des accélérateurs de performance.

1 Le Socle Immobilier : La Résidence Principale

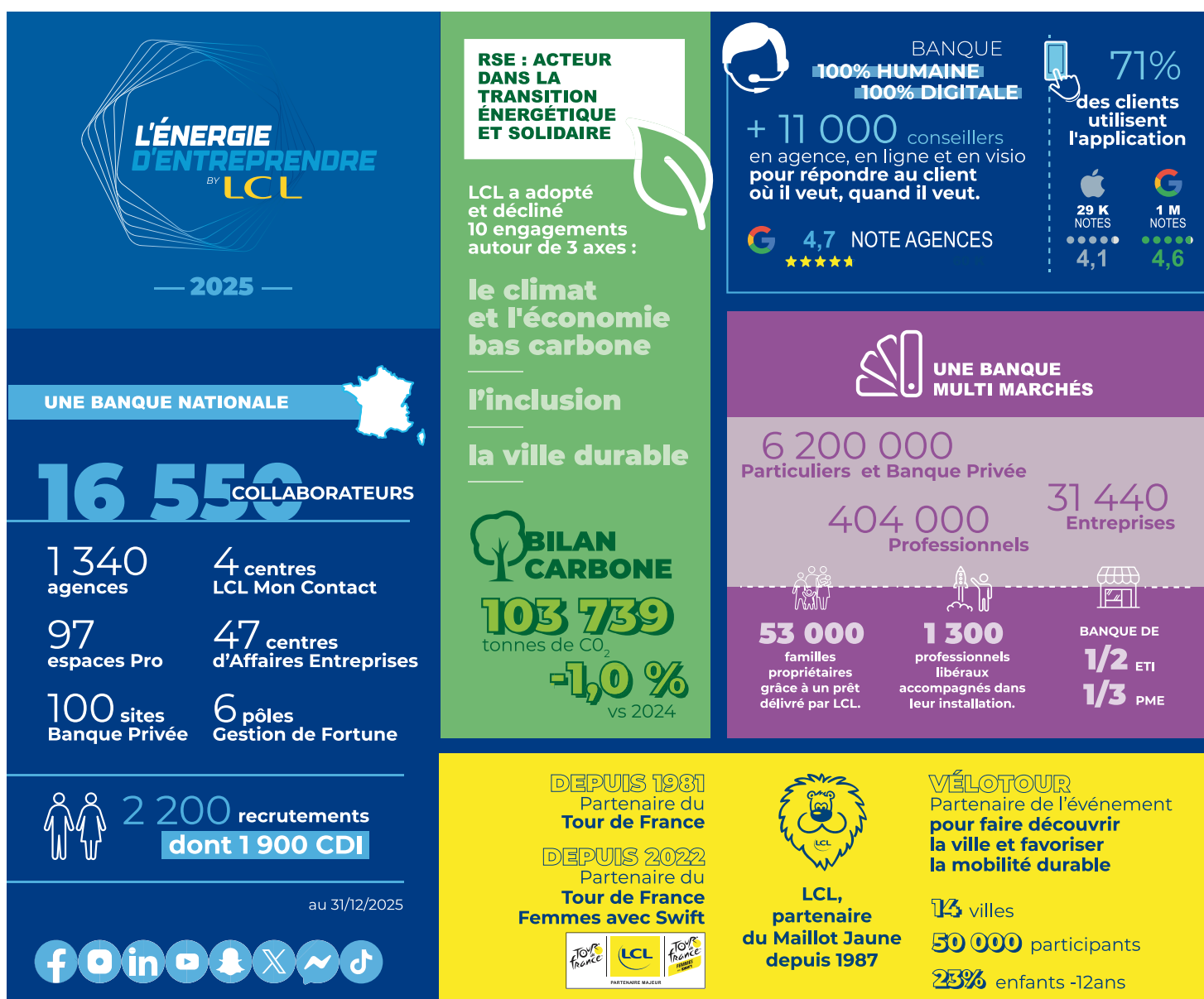
C'est la première pierre de votre édifice. Devenir propriétaire permet de neutraliser ce qui est souvent le premier poste de dépenses : le loyer. Une fois l'emprunt remboursé, vous disposez d'un "loyer virtuel" qui augmente mécaniquement votre pouvoir d'achat. C'est une **assurance anti-charges d'une efficacité redoutable pour la retraite**.

2 L'Investissement Locatif : Générer des Revenus Passifs

En complément, l'immobilier locatif génère des revenus qui compléteront directement votre pension. Pour les professionnels de santé, souvent dans des tranches d'imposition élevées, des dispositifs comme le statut LMNP (Loueur en Meublé Non Professionnel) offrent une fiscalité très attractive.

3 L'Assurance-Vie : Le Couteau Suisse de l'Épargnant

Placement préféré des Français, l'assurance-vie est un outil d'une polyvalence inégalée. Elle permet de se constituer un capital avec souplesse, de servir de "matelas de sécurité" ou de source de revenus complémentaires via des rachats programmés. Sa fiscalité s'adoucit après 8 ans et elle reste un véhicule de transmission de patrimoine exceptionnel.



LES ACCÉLÉRATEURS DE PERFORMANCE : METTEZ L'ÉCONOMIE AU SERVICE DE VOTRE RETRAITE

Pour viser un rendement supérieur en acceptant une part de risque, deux enveloppes fiscales se distinguent.

1 Le PEA (Plan d'Épargne en Actions) : Le Moteur de Croissance

Conçu pour investir sur les marchés actions européens, le PEA est un puissant outil pour valoriser un capital sur le long terme. Son principal atout est fiscal : **après 5 ans de détention, tous les gains sont exonérés d'impôt sur le revenu** (hors prélèvements sociaux). À la retraite, il peut être transformé en rente viagère défiscalisée.

2 Le PER (Plan d'Épargne Retraite) : Levier Fiscal Immédiat

Spécifiquement dédié à la retraite, le PER est particulièrement attractif pour les contribuables fortement imposés. Son mantra : **réduisez vos impôts aujourd'hui pour augmenter vos revenus de demain.**

- **Pendant la phase d'épargne :** Les versements sont déductibles de votre revenu imposable (dans la limite de plafonds).

Pour un professionnel hospitalier avec une TMI de 45 %, verser 10 000 € sur un PER peut générer 4 500 € de réduction d'impôt.

- **Au moment de la retraite :** La flexibilité est totale avec une sortie possible en capital (intégral ou fractionné), en rente viagère, ou une combinaison des deux.



DES RESULTATS SOLIDES

PNB 3,9 Md€

Résultat net 1 015 M€

Depuis 2003, filiale à 100% du Crédit Agricole

3 FILIALES



Interfimo

Partenaire financier des professions libérales

N°1 sur les professions libérales de santé

10 000 dossiers financés

41% pharmacie

9% expert comptable

14% des besoins des dentistes

Patrimoine immobilier résidentiel

ANGLE NEUF

29 487 clients satisfaits depuis 2009 (acquéreurs et coacquéreurs)

2 099 réservations

314 programmes labellisés

96 partenaires

BRILHAC

Spécialiste immobilier grand compte

750 M€ de patrimoine immobilier créé

+ de 215 bâtiments acquis

56 M€ de loyers TTC gérés

3 700 investisseurs privés satisfaits



Filiale de Crédit Agricole S.A., LCL est l'une des plus grandes banques urbaines de détail en France.

LCL propose des solutions bancaires et extra-bancaires sur mesure et innovantes à sa clientèle multi-marché – 6 200 000 clients particuliers, dont 185 000 clients Banque privée, 404 000 professionnels et 30 500 entreprises et institutionnels - avec un seul objectif : leur satisfaction.

Fort de son ADN d'entrepreneur, LCL accompagne depuis plus de 160 ans tous ceux qui créent, innovent et entreprennent pour créer la société de demain.

En s'engageant comme un acteur majeur dans la transition énergétique et solidaire, et en apportant une expertise dédiée aux besoins de ses clients qui veulent agir concrètement et participer à la lutte contre le dérèglement climatique, LCL se positionne comme un véritable partenaire à chaque étape du développement de leurs projets.

Tableau Comparatif : Panorama des Solutions d'Épargne

Solution	Objectif Principal	Horizon	Avantage Fiscal Majeur	Niveau de Risque	Flexibilité à la Retraite
Résidence Principale	Réduire les charges	Très long	Exonération de la plus-value	Faible	Faible (bien non liquide)
Assurance-Vie	Polyvalence / Transmission	Moyen/ Long	Abattements après 8 ans / Fiscalité succession	Variable	Élevée (rachats partiels/totaux)
PEA	Dynamiser son capital	> 5 ans	Exonération d'IR sur les gains après 5 ans	Élevé (actions)	Moyenne (sortie capital/rente)
PER	Préparation exclusive retraite	Très long	Déduction des revenus ou fiscalité allégée	Variable	Très élevée (capital/rente/mixte)

Stratégies d'Expert pour Optimiser Votre Plan

Stratégie	Principe	Avantage
L'Approche en Couple	Ouvrir un PER pour chaque conjoint.	Mutualiser les plafonds de déduction, doubler les options de sortie et simplifier la transmission en cas de décès.
La Multi-détention de PER	Détenir plusieurs "petits" PER plutôt qu'un seul gros.	Fractionner pour mieux régner. Permet d'étaler la sortie en capital sur plusieurs années pour lisser l'imposition et rester dans des tranches fiscales plus basses.

SYNTHÈSE ET PLAN D'ACTION PERSONNALISÉ

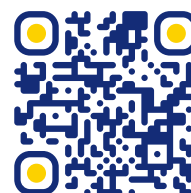
Pour sécuriser votre retraite, votre stratégie doit s'articuler autour de trois axes :

- 1 Maîtriser ses charges**
Devenir propriétaire de sa résidence principale.
- 2 Construire ses revenus futurs**
Utiliser des placements générant des flux réguliers (immobilier locatif, PEA, PER).
- 3 Diversifier son capital**
Ne misez pas tout sur un seul actif. La combinaison intelligente de livrets, assurance-vie, immobilier, PEA et PER est la meilleure garantie.

VOTRE PREMIER RÉFLEXE ?

Connectez-vous sur www.info-retraite.fr.

Ce portail officiel est votre tableau de bord indispensable pour réaliser des simulations précises et poser un diagnostic factuel de votre situation.



EN CONCLUSION

Si la médecine est votre vocation, la gestion de votre patrimoine doit devenir votre discipline. Plus tôt vous poserez le diagnostic de votre situation, plus le traitement sera efficace. Chaque carrière étant unique, passer de la théorie à la pratique exige une analyse sur mesure. Les conseillers patrimoniaux spécialisés LCL peuvent vous aider à traduire ces principes en un plan d'action personnalisé, pour construire en toute confiance la stratégie adaptée à votre situation et à vos ambitions.



Prenez dès aujourd'hui le temps de la réflexion.



Vos projets méritent un meilleur départ.



Mais surtout une banque **qui les fait avancer.**



Rejoignez-nous sur @LCL

f @ in v s X d j

LCL

Pour aller de l'avant.

*Catégorie Banque de réseau pour les particuliers - Étude Ipsos bva - Viséo CI - Plus d'infos sur [escda.fr](https://www.escca.fr).
CREDIT LYONNAIS, SA au capital de 2.037.713.591€ - Immatriculée 954509741 - RCS LYON - Siège social : 18, rue de la République - 69002 LYON. Siège central : 20 avenue de Paris - 94811 VILLEJUIF Cedex - inscrit sous le numéro d'immatriculation d'intermédiaire en assurance ORIAS : 07001878 - Carte professionnelle de transaction immobilière n° CPI 6901 2020 000 045 362 délivrée par la Chambre de Commerce et d'Industrie de Lyon. Le CREDIT LYONNAIS ne reçoit ni ne détient aucuns fonds au titre de cette activité.

DES SSR AUX SMR

CE QUE PH ET HU DOIVENT SAVOIR... POUR PRÉVOIR



Dr Jean-Pascal DEVAILLY
Président du SYFMER

Secteur hospitalier majeur mais longtemps mal défini, les Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) représentent 27,5 % des capacités d'accueil hospitalières françaises. Dans un paysage hospitalier en profonde mutation ils doivent à la fois fluidifier les parcours, répondre à leurs missions spécifiques et s'inscrire dans un accès gradé aux soins.

Cet article propose d'analyser les perspectives ouvertes par l'instruction du 28 septembre 2022 qui redéfinit les missions des SMR selon une nomenclature fonctionnelle alignée sur les standards internationaux.

Le secteur des SMR est donc victime d'une **triple confusion** :

- ☑ Les SMR sont considérés comme des structures hospitalières post-aiguës d'aval, destinées à raccourcir et fluidifier les séjours aigus (le « **poumon** » voire « l'assurance prévoyance DMS » des court séjours).
- ☑ Les SMR sont assimilés à une phase subaiguë, moins intensive, donc supposée moins coûteuse, du parcours de soins succédant aux soins curatifs aigus et précédant une phase chronique.
- ☑ Les soins en SMR se confondent avec une catégorie fonctionnelle de soins : la réadaptation. Elle n'en est pas la seule mission et elle ne peut y être cantonnée.

Les réformes successives des SMR ont donc confronté ses acteurs à des enjeux complexes dans un contexte budgétaire tendu.

RÉFORMES DES AUTORISATIONS : DIFFÉRENCIATION DES PRESTATAIRES

La réforme des autorisations SSR de 2008 a aboli la distinction entre soins de suite et réadaptation. Celle-ci reste pourtant très présente à l'étranger où il s'agit de deux missions bien distinctes. La pression constante sur l'hospita-

lisation aiguë, du fait de la rarefaction des lits, de l'impératif répété d'avoir une diminution des durées de séjour, malgré l'impact inévitable mais prévisible du « virage ambulatoire » sur les DMS, et des contraintes de la

T2A, a favorisé une intégration verticale de l'aval par l'amont selon les catégories médicales de l'aigu. Les mentions des futurs SMR n'ont été que peu modifiées par les décrets de 2022.

Les SSR deviennent Soins médicaux et de réadaptation (SMR) à partir du 1^{er} juin 2023 et les activités devront être autorisées selon la nouvelle nomenclature et les nouvelles normes.

Les nouvelles mentions sont les suivantes :

- ☑ Mention « polyvalent » : avec des conditions techniques de fonctionnement spécifiques.
- ☑ Mention « locomoteur ».
- ☑ Mention « système nerveux ».
- ☑ Mention « cardio-vasculaire ».
- ☑ Mention « pneumologie ».
- ☑ Mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition ».
- ☑ Mention « oncologie ».
- ☑ Mention « oncologie et onco-hématologie ».
- ☑ Mention « brûlés ».
- ☑ Mention « conduites addictives ».
- ☑ Mention « gériatrie ».
- ☑ Mention « enfants et adolescents ».
- ☑ Mention « jeunes enfants, enfants et adolescents ».

Les modalités cancérologie et pédiatrie ont été subdivisées, au risque pour la pédiatrie d'une uniformisation des autorisations autrefois similaires à celles de l'adulte, notamment en MPR enfants. Des reconnaissances contractuelles doivent l'éviter. **Les SMR polyvalents sont mieux identifiés avec des conditions de fonctionnement spécifiques mais minimalistes, alors qu'ils sont censés accueillir la complexité des patients polypathologiques.** Enfin l'autorisation d'une activité concerne à la fois l'hospitalisation conventionnelle et celle à temps partiel. À défaut l'hospitalisation à temps partiel doit être organisée par convention.

L'introduction d'un troisième niveau de gradation des soins : les Activités d'Expertise (AE) SMR est

un apport important de la réforme des autorisations, permettant de mieux identifier les établissements ayant développé des activités pointues et complexes. Les AE concernent un nombre restreint de patients, et n'ont pas vocation à être portées par tous les établissements, leur nombre étant limité.

Il existe actuellement 14 AE SMR reconnues, avec une valorisation financière spécifique (exemple troubles neuro-orthopédiques, troubles cognitifs, amputés...).

Les conditions techniques de fonctionnement sont profondément remaniées.

Si des professions obligatoires sont indiquées pour chaque mention, la notion de « pratique thérapeutique » qui ne se confond pas avec un métier (éducation thérapeutique et activité physique adaptée) risque d'aboutir à un saupoudrage d'actes codés en PMSI dont il serait difficile de garantir la pertinence. Par ailleurs, la notion de « séquence » préférée à « séance » introduit une confusion avec la notion de financement à la séquence. Elle devra être précisée.

Ces conditions ne permettent pas de définir des ratios soignants/patient garants de la qualité et de la sécurité des soins, notamment pour les professionnels de réadaptation. Le périmètre des codeurs du catalogue CSARR est beaucoup trop vaste avec les 32 métiers codeurs, des actes de soins de bien-être et des soins d'efficacité non prouvée. **La pression budgétaire jointe à l'optimisation de la valorisation, risque d'inciter à privilégier la diversité à la pertinence et la multiplication des actes collectifs au-delà du raisonnable.**

L'instruction du 28/09/2022 comporte des indications de temps de réadaptation modifiées par rapport aux textes de 2008 et souvent plus exigeantes, même si elles restent en deçà de la règle des 3 heures appliquée aux USA pour les structures dont la finalité principale est la réadaptation.

Par exemple pour les mentions « locomoteur » et « système nerveux », il est nécessaire de proposer à chaque patient adulte des programmes de réadaptation spécialisés, intensifs, pluridisciplinaires d'au moins deux heures par jour.



DÉFINITION DES MISSIONS DES SMR

L'instruction complémentaire aux décrets SMR du 28 septembre 2022, en définissant leurs missions futures, introduit une nouvelle nomenclature qui épouse les catégories des stratégies de santé de l'OMS ainsi que les fonctions du Système international des comptes de la santé (ICHA).

Selon l'instruction, **les cinq missions des SMR** se déclinent ainsi :

☑ **La prévention.**

☑ **Les soins médicaux** sont des soins curatifs prolongés, voire palliatifs, post aigus et subaigus en amont ou en aval des hos-

pitalisations aiguës ou en provenance directe du domicile. Cette définition rejoint la fonction HC.1 de l'ICHA.

☑ **La réadaptation** a pour objectif l'amélioration fonctionnelle du patient (fonctions motrices, sensorielles, cognitives, psychiques et mentales). Cette définition rejoint la définition de l'OMS et la fonction HC.2 de l'ICHA et la définition de l'OMS.

☑ **Les soins de transition** ont pour **fonction principale le soutien et l'accompagnement de la perte d'autonomie** (fonc-

tion HC.3 de l'ICHA) pour des patients qui ont un besoin réduit en soins curatifs et en réadaptation mais pour lesquels les facteurs socio-environnementaux interdisent la sortie de l'hôpital. La fonction HC.3 seule ne justifie pas l'hospitalisation en SMR.

☑ **La coordination**

L'instruction introduit une nouvelle nomenclature qui impacte **l'ensemble du système de santé puisque ces définitions s'appliquent en dehors du seul secteur des SMR.**

LE NOUVEAU MODE DE FINANCEMENT DES SMR

L'ancien système, avant la réforme (« SSR ») distinguait deux modalités de financement :

☑ Un financement forfaitaire, déconnecté de l'activité, par le biais d'une Dotation Globale (DG) ou Dotation Annuelle de Financement (DAF) pour les établissements publics, et privés non lucratifs (ESPIC).

☑ Un financement au prix de journée pour les établissements privés lucratifs (prix de journée par discipline médico-tarifaire, mais non lié à la typologie ni à la prise en charge des patients).

Ce mode de financement a créé une inégalité entre les statuts d'établissements et a freiné le développement de l'offre dans le secteur sous DAF.

Le nouveau mode de financement combine depuis 1^{er} juillet 2023 :

- ☑ **Une part de recettes à l'activité (50 % environ).** La nouvelle classification à visée tarifaire est en œuvre depuis mars 2022.
- ☑ **Une dotation populationnelle (40 % environ)** visant à sécuriser une part de recettes minimum des établissements et à permettre aux ARS de soutenir le développement de nouvelles activités.
- ☑ **Divers autres compartiments (Plateaux techniques spécialisés, financement des activités d'expertise, qualité...)** permettant de valoriser spécifiquement certains aspects considérés comme onéreux de la prise en charge des patients dans ce secteur de soins.

La classification à visée tarifaire est une classification par cas au séjour en hospitalisation conventionnelle et à la semaine en hôpital de jour. Le codage repose sur les diagnostics (CIM), sur un outil de statut fonctionnel très éloigné des outils internationaux et sur les actes

CSARR. Les besoins de réadaptation ne sont pas mesurés alors que des outils internationaux adaptés ont été développés. Ils sont seulement approchés par la consommation des ressources après admission, mesurée par le CSARR.

La réforme la plus importante est la réforme radicale du CSARR. Devenant catalogue spécifique des actes de réadaptation (CSAR), il vise à passer de 512 actes à 146 actes adossés à des objectifs de réadaptation précis.



DÉMOGRAPHIE MÉDICALE, NON MÉDICALE ET ATTRACTIVITÉ

En 2024, les trois spécialités médicales les plus présentes en SMR sont les généralistes (2475 ETP), les MPR (1743 ETP) et les gériatres (1356 ETP). Outre les infirmiers et aides-soignants, de très nombreux professionnels de rééducation, psychologues, assistants de services sociaux, EAPA

entre autres professions interviennent en SMR. Les difficultés de recrutement dans les différentes professions pèsent sur l'activité de façon très hétérogène selon les régions et les territoires.

Nous n'avons pas accès à la répartition des PU et PH entre les caté-

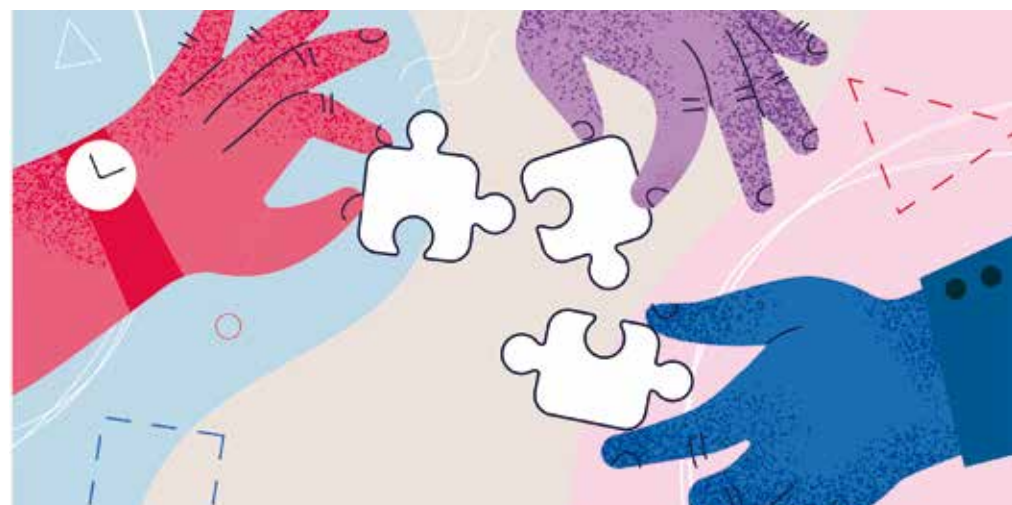
gories d'hôpitaux mais en MPR la plupart des activités de soins, de recherche et d'enseignement s'effectuent en SMR, du fait d'un classement historique de ses activités en « moyen séjour ».

PERSPECTIVES : LA TRIPLE DYNAMIQUE D'INTÉGRATION DES SMR

L'intégration verticale : des difficultés croissantes dans les parcours de soins

L'analyse des parcours de soins des victimes d'un premier AVC en 2022 réalisée par la Cour des comptes (2025)¹ montre que les situations les plus sévères font plus souvent l'objet de refus ou connaissent des délais de réponse élevés. Parmi les victimes d'AVC rentrant à domicile directement (75 525 personnes en 2022), 17 000 d'entre elles ont des handicaps lourds sans avoir pu accéder aux SMR (alors que paradoxalement 10 000 porteurs de handicaps légers y sont admis). **Certains retours à domicile interviennent donc sans la délivrance indispensable de soins de réadaptation. Les durées de séjour en SMR se sont en outre allongées depuis plusieurs années, restreignant ainsi les capacités d'accueil. Pour sa part, l'hospitalisation à domicile (HAD) de réadaptation demeure encore trop marginale.**

S'agissant des traumatisés crâniens, les critères de gravité sont bien identifiés et la pertinence des orientations est définie par les textes de la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Jourdan et al. ont mis en évidence les difficultés de la filière de prise en charge des traumatisés crâniens graves



en Île-de-France. Parmi les 271 patients, 42 % seulement ont eu accès à un service de réadaptation spécialisée et plus d'un quart sont rentrés directement au domicile. Les facteurs favorables au passage en soins de suite et réadaptation (SSR) étaient un traumatisme crânien ou extra-crânien plus sévère, les facteurs défavorables étaient la notion d'éthylisme, la situation familiale isolée, ou le passage dans des services moins spécialisés (médecine hors neurologie et réanimation) en fin de soins aigus.

Après lésion médullaire, après syndrome coronaire aigu, bronchopneumopathie chronique obstructive de multiples travaux montrent un accès insuffisant à la

réadaptation que les patients requièrent. Il en va de même en cas de pathologies neurologiques évolutives, de cancers, d'affections de l'appareil locomoteur, d'affections respiratoires, de pathologies psychiatriques, etc.

L'enjeu pour les établissements MCO est de choisir s'il faut « Faire », intégrer aux GHT des SMR avec des masses critiques en lits et places et des moyens humains et techniques suffisants ou « Faire faire » en externalisant les SMR vers des structures hors GHT. L'externalisation n'est pas toujours le bon choix pour la fluidité, qu'il s'agisse de SMR polyvalents ou spécialisés et chaque contexte hospitalier est différent.

1. Cour des comptes Prévention et prise en charge des accidents vasculaires cérébraux. Rapport. 29 octobre 2025

L'intégration horizontale

À un moment donné de la chaîne de soins, une offre différenciée de SMR doit permettre des soins de qualité, répondant aux différents profils de besoins. Les autorisations devraient être spécifiées en fonction de leurs missions principales, afin de les adosser à des conditions de fonctionnement robustes, notamment pour les

programmes à forte densité de réadaptation. C'est aussi la condition d'un système de paiement où l'allocation des ressources répond à des coûts évalués avec justesse pour des soins pertinents.

Dès lors qu'en France les autorisations en SMR ne sont pas spécifiées selon la finalité principale

des soins, un financement par cas au séjour est illusoire dès lors qu'il ne peut y avoir respect du principe d'homogénéité des procédures et des coûts. Toutefois, la clarification des missions des SMR **rend enfin possible un financement à la séquence** ou fraction du séjour.

L'intégration territoriale et la gradation des soins

L'élément le plus novateur de la réforme est la **définition des missions des SMR**. Elle permet de sortir de la confusion entre MPR (discipline médicale), réadaptation (mission du système de santé) et SMR (secteur institutionnel). Elle ouvre des opportunités importantes dans la précision des

critères d'admission et les catégories du système d'information ; dans la perspective d'un financement par destination des soins dans et hors le secteur des SMR.

L'incertitude et le manque de visibilité règnent actuellement face aux simulations financières. Cette

situation rend complexe l'établissement des EPRD et le développement des projets médicaux, pour les directeurs et les responsables d'unités.

Trois facteurs ont conduit à sortir le grand fourre-tout des SMR du statu quo : l'introduction d'une forte part de financement à l'activité, l'extension du virage ambulatoire appliqué à un champ beaucoup trop hétérogène et enfin la volonté d'une intégration territoriale gradée des soins ont poussé les pouvoirs publics à se rapprocher des nomenclatures internationales par l'instruction du 28 septembre 2022. La définition précise des missions des SMR offre des perspectives pour un financement fondé sur une nouvelle nomenclature des catégories fonctionnelles de soins².



2. Devailly JP, Josse L. Les SMR dans la tourmente. Gestions Hospitalières, n° 647, juillet 2025

ET POUR VRAIMENT TOUT PRÉVOIR **SI VIS PACEM...** **PRÉVOIS MÊME** **LA GUERRE !**



Dr Eric OZIOL

Délégué général adjoint INPH
Secrétaire Général du SYNDIF

QUELLE ORGANISATION HOSPITALIÈRE EN CAS DE CONFLIT ARMÉ DE HAUTE INTENSITÉ ?

L'ANTICIPATION, FONDEMENT DE LA RÉSILIENCE HOSPITALIÈRE

« La paix ne se décrète pas, elle se prépare. »

En mai 2026, lors du congrès SantExpo, la conférence « **Se préparer à une situation de conflit armé : l'anticipation, fondement de l'efficacité** » a marqué un tournant dans la prise de conscience collective des enjeux sanitaires liés aux conflits de haute intensité.

Portée par des acteurs clés comme le Médecin Général Erik Czerniak (Service de santé des armées), le Directeur de l'APHM François Crémieux, le Directeur Général Adjoint de l'ARS PACA Olivier Brahic,

la Cheffe de service du Centre de Crise Sanitaire de la DGS Marie Baville et la Responsable adjointe du Pôle O.F.F.R.E.S à la FHF Kathia Barro, cette session a souligné l'urgence d'une coopération civilo-militaire renforcée, d'une mobilisation des équipes et d'une organisation de l'offre de soins capable de faire face à un afflux massif de blessés, une menace chimique, des cyberattaques ou un effondrement des chaînes logistiques. Le Médecin Général Erik Czerniak

et le Directeur de l'APHM François Crémieux, avec sérieux, gravité, mais surtout respect impératif d'humanité, ont exposé de façon très pragmatique l'impact hospitalier militaire, mais aussi civil, d'un conflit armé de haute intensité sur un front Est en Europe, dans lequel la France et l'UE seraient engagés [1].

Pourtant, cette réflexion ne date pas d'hier. Dès juillet 2025, une lettre confidentielle du ministère de la Santé, révélée par Le Canard Enchaîné, enjoignait aux Agences

Régionales de Santé (ARS) et aux directeurs d'hôpitaux de se préparer à un « **engagement majeur** » d'ici mars 2026, avec un scénario d'accueil de 10 000 à 50 000 blessés sur une période de 10 à 180 jours [2].

Alors pourquoi un tel article (réalisé en synthèse des documents disponibles avec l'aide de MISTRAL AI) dans ce MAG de l'INPH ? Parce que la prévoyance hospitalière ne peut plus se limiter aux crises sa-

nitaires classiques. La guerre, au même titre que les pandémies virales, doit être intégrée comme un risque systémique dans la stratégie des établissements de santé publics.

LE CADRE RÉGLEMENTAIRE : ORSAN, PLAN BLANC ET COORDINATION CIVILO-MILITAIRE [3, 4, 7, 8]

Le dispositif ORSAN : un socle pour les situations exceptionnelles

Le **dispositif ORSAN** (Organisation de la Réponse du Système de Santé en situations sanitaires exceptionnelles) est le cadre national qui structure la réponse aux crises. Il chapeaute les **plans Blancs** des établissements et définit cinq volets régionaux ou zonaux :

- ☑ **ORSAN AMAVI** (accueil massif de victimes non contaminées) ;
- ☑ **ORSAN CLIM** (phénomènes climatiques) ;
- ☑ **ORSAN EPI-VAC** (épidémies/pandémies) ;
- ☑ **ORSAN BIO** (risques biologiques) ;
- ☑ **ORSAN NRC** (risques nucléaires, radiologiques, chimiques).

Problématique : Aucun volet ne couvre explicitement les **conflits armés de haute intensité**. Pourtant, les **plans Blancs** des hôpitaux doivent déjà prévoir la gestion d'un **afflux massif de blessés**, la **mobilisation des ressources** et la **continuité des soins**.



« Le plan Blanc n'est pas un exercice théorique : c'est un outil opérationnel qui doit être testé, actualisé, et surtout intégré à une logique de défense nationale ».

La lettre du 18 juillet 2025 [2] : un électrochoc

La **circulaire du ministère de la Santé** du 18 juillet 2025 a officialisé l'obligation pour les hôpitaux de se préparer à un **scénario de guerre**. En voici les points clés :

- ☑ **Objectif** : Accueillir entre **10 000 et 50 000 blessés** en 10 à 180 jours ;
- ☑ **Moyens** : Coordination avec le **Service de santé des armées (SSA)**, activation des **réservistes** (4 501 en 2026 vs 4 111 en 2022), et **synchronisation des chaînes logistiques**.
- ☑ **Cadre juridique** : Intégration dans la **doctrine française de gestion de crise**, avec un appui du **Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN)**.

Enjeu : Passer d'une **logique de réaction** (plan Blanc) à une **logique d'anticipation** (préparation active à la guerre).



LES DÉFIS OPÉRATIONNELS : LOGISTIQUE, RESSOURCES HUMAINES ET INTEROPÉRABILITÉ

La logistique médicale : un maillon critique

En cas de conflit, la **chaîne d'approvisionnement** (médicaments, équipements, sang) devient **vitale**. Le **Critical Medical Initiative – Medical Logistics** de l'OTAN, piloté par la France depuis 2026, vise à sécuriser ces flux [9]. Mais les hôpitaux civils doivent aussi :

- ☑ **Prépositionner des stocks stratégiques** (antibiotiques, produits sanguins, matériel de réanimation).
- ☑ **Anticiper les ruptures** (ex. : pénuries de médicaments en cas de blocage des frontières).
- ☑ **Former les équipes à la médecine de guerre** (triage de masse, gestion des blessures balistiques, menace NRBC).



« Un hôpital en temps de guerre n'est plus un lieu de soins, mais un maillon logistique au service de la survie collective. »

La mobilisation des ressources humaines

- ☑ **Réservistes** : Le SSA a renforcé ses effectifs (+400 réservistes entre 2022 et 2026) et intégré la **médecine de combat** dans sa formation initiale.
- ☑ **Personnels civils** : Les hôpitaux doivent **identifier et former** des équipes dédiées (chirurgiens, anesthésistes, infirmiers) à la prise en charge des **blessés de guerre** (traumatismes graves, amputations, brûlures, impact psychique).
- ☑ **Cellules de crise** : Chaque établissement doit avoir une **cellule de crise opérationnelle 24/7**, avec des procédures claires pour la **coordination avec les ARS, les préfets et le SSA**.

L'interopérabilité civilo-militaire

- ☑ **Exercice COALITION 26 [5]** : En juin 2026, l'**Académie de santé des armées** a testé, avec l'École de guerre, des scénarios ultra-réalistes (évacuation de centaines de patients fictifs, utilisation de l'IA pour la planification). Résultat : **nécessité d'une coordination renforcée entre MEDEVAC (évacuation médicale militaire) et SAMU**.
- ☑ **Rôle 2 Basique (R2B) [10]** : Structure modulaire du SSA capable d'absorber **50 blessés en quelques heures**, avec 3 jours d'autonomie (laboratoire de biologie intégré pour lutter contre l'antibiorésistance).

LES LEÇONS DES EXERCICES ET LES PISTES D'AMÉLIORATION

Retour sur EXOSAN et COALITION 26

- ☑ **EXOSAN (juin 2026) [6]** : Exercice opérationnel santé sur le camp de La Valbonne, avec simulation de **conflits asymétriques, afflux massif de blessés et menace chimique**. Objectif : **tester la résilience des réservistes du SSA**.
- ☑ **COALITION 26 [5]** : Intégration de l'**IA** pour générer des scénarios réalistes et former les soignants à la **planification opérative**.
- ☑ **Bilan** : **Points forts** : Réactivité des équipes, coordination civilo-militaire améliorée. **Points faibles** : Manque de stocks stratégiques, surcharge des SAMU, difficultés de communication entre acteurs.

Pistes pour les hôpitaux

Axe d'amélioration	Actions concrètes	Responsable
Logistique	Prépositionner des stocks (médicaments, sang, matériel NRBC)	Direction + Pharmacie
Formation	Intégrer la médecine de guerre dans les programmes de formation continue	RH + SSA
Coordination	Créer des cellules de liaison civilo-militaire dans chaque ARS	ARS + Préfets
Communication	Mettre en place des canaux sécurisés (satellite, radio) pour les crises majeures	DSI + SGDSN
Simulation	Organiser 2 exercices annuels de type EXOSAN/COALITION 26	ARS + SSA

VERS UNE CULTURE DE LA « PRÉVOYANCE » : RECOMMANDATIONS POUR LES PRATICIENS

Pour les directeurs d'hôpitaux

- ☒ **Actualiser le plan Blanc** : Intégrer explicitement les **scénarios de conflit armé** (afflux de blessés, coupures logistiques, cyberattaques).
- ☒ **Former les équipes** : Organiser des **sessions de simulation** avec le SSA (ex. : triage de masse, gestion des blessures par armes diverses).
- ☒ **Sécuriser les stocks** : Constituer des **réserves stratégiques** (médicaments, sang, matériel de réanimation) et prévoir des **solutions de repli** (ex. : générateurs en cas de coupure électrique).

Pour les praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires

- ☒ **Recherche appliquée** : Développer des **protocoles de soins adaptés** aux blessures de guerre (ex. : gestion des hémorragies massives, prévention des infections nosocomiales, la médecine en contexte de crise, psychiatrie, revalidation, reconstruction...).
- ☒ **Enseignement** : Intégrer la **médecine de catastrophe** dans les cursus médicaux et paramédicaux.
- ☒ **Collaboration internationale** : Participer aux **réseaux OTAN** (ex. : Critical Medical Initiative) pour partager les bonnes pratiques.

Pour les ARS et les tutelles

- ☒ **Harmoniser les plans régionaux** : S'assurer que chaque volet ORSAN intègre les scénarios de conflit armé.
- ☒ **Financer la préparation** : Allouer des budgets dédiés aux exercices, aux stocks stratégiques et à la formation.
- ☒ **Communiquer** : Sensibiliser le grand public et les professionnels à l'importance de la prévoyance (ex. : campagnes d'information sur les gestes de premiers secours en cas d'attaque).

CONCLUSION : LA GUERRE, UN RISQUE COMME UN AUTRE ?

« Si vis pacem, para bellum. » — « Si tu veux la paix, prépare la guerre. »

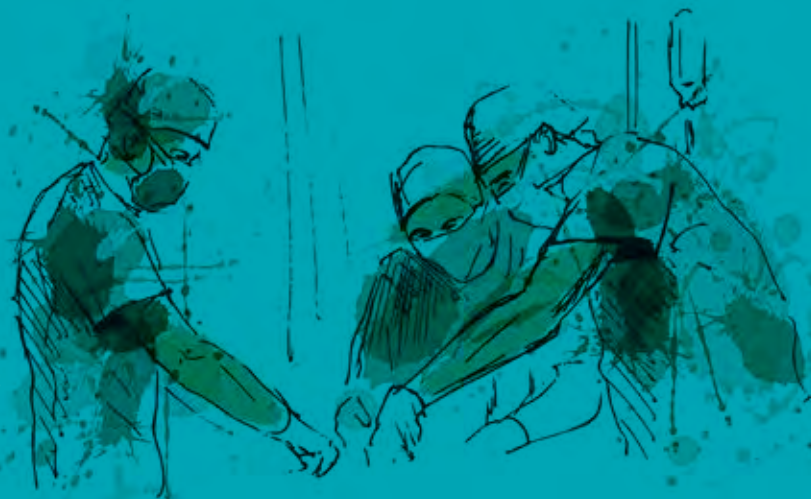
La préparation à un conflit armé de haute intensité n'est plus une option, mais une nécessité. Les hôpitaux, en première ligne, doivent anticiper, s'organiser et s'entraîner pour faire face à l'impensable.

TROIS MESSAGES CLÉS

- 1 L'anticipation sauve des vies**
Les plans Blanc et ORSAN doivent être actualisés et testés régulièrement.
- 2 La coordination est vitale**
Civilo-militaire, inter-établissements, internationale.
- 3 La formation est un investissement**
Former les équipes non seulement à la médecine de guerre, mais aux conséquences de la guerre sur le système de soins, c'est garantir la résilience de ce système.

ET DEMAIN ?

- 2027** : Généralisation des **exercices inter-régionaux** avec le SSA.
- 2028** : Intégration des **scénarios de guerre** dans les **certifications HAS** des hôpitaux.
- 2030** : Objectif **100 % des établissements** prêts à un afflux massif de blessés.



En résumé : « Prévoir la guerre, c'est déjà la rendre moins probable ».

RÉFÉRENCES CITÉES

Communications et conférences

1. Conférence « Se préparer à une situation de conflit armé : l'anticipation, fondement de l'efficacité », SantExpo 2026, 20 mai 2026
<https://www.revue-hospitaliere.fr/article/se-preparer-a-lhypothese-dun-conflit-arme-organiser-et-coordonner-la-continuite-des-soins-et-la-securite-sanitaire/>



Circulaires et documents officiels

2. Lettre du ministère de la Santé aux ARS, 18 juillet 2025 : Préparation des hôpitaux à un « engagement majeur » d'ici mars 2026 (scénario : 10 000 à 50 000 blessés en 10 à 180 jours)
<https://www.lecanardenchaine.fr/defense/51669-la-sante-requisitionne-les-hopitaux-pour-la-guerre-en-europe>
3. Décret n° 2024-8 du 3 janvier 2024 : Précise les objectifs du dispositif ORSAN et son articulation avec les plans Blancs
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000048851655>
4. Guide ORSAN 2024
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_orsan_2024.pdf



Exercices et retours d'expérience

5. Exercice COALITION 26 (juin 2026) : Simulation de médecine de guerre avec IA, Académie de santé des armées
<https://www.defense.gouv.fr/sante/actualites/exercice-coalition-26-lia-linteroperabilite-au-service-medecine-guerre>
6. Exercice EXOSAN (juin 2026) : Gestion de conflits asymétriques et menace chimique, camp de La Valbonne
<https://www.defense.gouv.fr/sante/actualites/exosan-2026-renforcer-medecine-du-combat-formations-realistes-intensives>



Cadre réglementaire

7. Dispositif ORSAN : Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (5 volets : AMAVI, CLIM, EPI-VAC, BIO, NRC)
<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/securite-sanitaire/article/le-dispositif-orsan-cadre-integre-de-preparation-et-de-reponse-du-systeme-de>
8. Plan Blanc : Document obligatoire pour chaque établissement, décrivant la réponse à un afflux massif de patients
<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/securite-sanitaire/article/la-gestion-de-crise-des-etablissements-de-sante>



Initiatives internationales

9. Critical Medical Initiative – Medical Logistics (OTAN, 2026) : Sécurisation des chaînes d'approvisionnement médicales
<https://www.defense.gouv.fr/sante/actualites/logistique-medecale-enjeu-strategique-au-coeur-resilience-nations-otan>
10. Rôle 2 Basique (R2B) : Structure modulaire du SSA pour l'accueil de 50 blessés en autonomie
<https://www.defense.gouv.fr/sante/actualites/medecine-guerre-cinq-atouts-retenir-du-role-2-basique-dispositif-hors-norme-taille-haute>



COLLOQUE INPH

INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS D'EXERCICE HOSPITALIER ET HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

SAVE
THE
DATE

MARDI

15

SEPTEMBRE

2026

PARIS



« ACTUALITÉS SYNDICALES »

LE MARDI 15 SEPTEMBRE 2026 DE 13H00 À 17H00

19 Boulevard des Italiens - PARIS

REJOIGNEZ-NOUS ET INSCRIVEZ-VOUS !



Inscription obligatoire et sans frais auprès du secrétariat au **02 53 52 63 57**
bp-secretariat-inph@chu-nantes.fr

Nos partenaires



PROGRAMME

13H30 DISCOURS D'INTRODUCTION

D^r Rachel BOCHER, Présidente de l'INPH
M. Hugo GILARDI, DGOS

1^{ÈRE} TABLE RONDE

ASTREINTES HOSPITALIÈRES ET HOSPITALO-UNIVERSITAIRES ; PERMANENCE DES SOINS

INTERVENANTS

P^r Karim ASEHNOUNE – Président de la Conférence Nationale des Présidents de CME
M. Marc REYNIER – DGOS
Mme Clara DEBORT – ARS Centre-Val de Loire

BINÔME L'INPH, MODÉRATEURS

P^r Guillaume CAPTIER – Président SHU
D^r Maud CHABAUD – SCPF

BINÔME INPH QUESTIONS

D^r Patrick LEGLISE – Délégué Général INPH
D^r Marie Aude LEGUERRIER – SPEP

2^{ÈME} TABLE RONDE

RETRAITE, PRÉVOYANCE

INTERVENANTS

D^r David PINEY – Président de la Conférence Nationale des Présidents de CME de CH
M. Jean-Christophe COUVY, IRCANTEC
D^r Marc BETREMIEUX – Président de l'APPA

BINÔME L'INPH, MODÉRATEURS

D^r Eric OZIOL – SYNDIF
D^r Michèle AKIERMAN – SYNPH

BINÔME INPH QUESTIONS

D^r Nicolas LEBLANC – SNSP
P^r Bertrand DIQUET – SHU

3^{ÈME} TABLE RONDE

CONDITIONS DE TRAVAIL (MÉDIATION, HARCÈLEMENT, CONFLIT)

INTERVENANTS

M. Frédéric PIGNY – Directeur CNG
Mme Danielle TOUPILLIER – Médiatrice nationale
Mme Anne FERRER – Directrice Générale du CHU de Montpellier
D^r Arthur PONCIN – Président de l'ISNI

BINÔME L'INPH, MODÉRATEURS

D^r Pierre RUMEAU – Président SYNPH
D^r Gabrielle ALLIO – Présidente SPEP

BINÔME INPH QUESTIONS

D^r Slim BRAMLI – FPS
D^r Jean-Pascal DEVAILLY – Président SYFMER

4^{ÈME} TABLE RONDE

RÉVISION DES ÉTUDES MÉDICALES

INTERVENANTS

P^r Isabelle LAFFONT – Présidente de la Conférence Nationale des Doyennes et des Doyens
Mme Clémence MINOT – Présidente des Internes en Pharmacie
Mme Marianne KERMAC – Présidente de l'ANEMF
Mme Anne-Lucie BOULANGER – Directrice des Affaires Médicales du CHU de Dijon

BINÔME L'INPH, MODÉRATEURS

P^r Jean-Paul FEUGEAS – Pdt SNMBCHU
D^r Anne-Laurence LE FAOU – SHU

BINÔME INPH QUESTIONS

D^r Camille DUMORTIER – ONSSF
P^r Yves AMOURICQ – SHU

17H00 CONCLUSION

D^r Rachel BOCHER – Présidente de l'INPH



INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS D'EXERCICE HOSPITALIER ET HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

BULLETIN D'INSCRIPTION

COLLOQUE DE L'INPH ACTUALITÉS SYNDICALES 2026

**MARDI 15 SEPTEMBRE 2026
DE 13H00 À 17H00
19 BOULEVARD DES ITALIENS - PARIS**

INFORMATIONS DU PARTICIPANT

Nom	
Prénom	
Fonction / Spécialité	
Établissement	
Fonction	
Téléphone	
E-mail	

DATE ET SIGNATURE

Fait à :

Le : / / 2026

Signature

MODALITÉS D'INSCRIPTION

Inscription obligatoire et sans frais

Secrétariat de l'INPH

Tél. : 02 53 52 63 57

E-mail : bp-secretariat-inph@chu-nantes.fr



ACTUALITÉ EVC-PADHUE

MALGRÉ QUELQUES AVANCÉES, L'URGENCE D'UNE RÉFORME AMBITIEUSE !

Les médecins diplômés à l'étranger représentent désormais 14,2 % des effectifs inscrits (soit 34 950 praticiens source CNOM), contre 7,1 % en 2010. De ce fait les PADHUE ne sont plus une variable d'ajustement mais constituent bel et bien un pilier de l'hôpital public.



Dr Ayoub MDHAFAR
Président FPS



Dr Slim BRAMLI
Secrétaire général INPH
Vice-président de la FPS

Rappel de la nouvelle procédure d'autorisation d'exercice des PADHUE pour 2025 :

- **Voie interne : 4000 postes ouverts**, avec examen sous forme de QCM et **voie externe 400 postes ouverts** pour les PADHUE hors territoire français.

RÉSULTATS DÉFINITIFS (source CNG)

Voie Interne : 4000 postes ouverts : 2254 inscrits/1935 participants/1425 lauréats, soit 73,6 % des participants de la voie interne.

Voie Externe : 440 postes offerts/8639 inscrits/4040 participants/438 lauréats, soit 10,8 % des participants pour les 12 spécialités concernées.

Soit un total global de 1863 lauréats répartis en 1759 au titre de la liste A et 104 au titre de la liste B (réfugiés et apatrides).

Cependant il existe une inégalité excessive entre les 2 voies, sachant que les critères sont plus stricts avec d'énormes difficultés administratives pour la voie externe, car en plus du dossier DGSE est rajouté le dossier d'engagement sur les conditions de conformité républicaine.

Au vu de ce résultat décevant la FPS et l'INPH ont présenté leurs propositions lors de plusieurs réunions de concertations avec la DGOS, le CNOM, le CNG, l'acadé-

mie de médecine, afin d'apporter une amélioration à cette procédure.

Vu l'énorme déficit de praticiens et la situation critique des déserts médicaux nous ne pouvons nous permettre un tel gâchis.

Il a été proposé d'apporter un équilibre entre les deux voies ainsi que faciliter aux PADHUE généralistes exerçant dans des hôpitaux psychiatriques de se présenter aux EVC de psychiatrie et ceux exerçant dans les services de mé-

decine polyvalente de se présenter aux EVC de. Médecine interne Polyvalente avec un parcours de consolidation des connaissances adapté à chaque spécialité.

L'arrêté du 12 juin 26 permet aux candidats aux EVC de gériatrie, de médecine générale, de médecine

interne polyvalente et immunologie clinique, et de psychiatrie, de s'inscrire indépendamment de leur diplôme d'origine.

Alors que les concertations sont en cours, les organisations syndicales ont été surprises de la publication de l'arrêté du 12 juin 2026

portant ouverture **des EVC 2026** (début des inscription sur plateforme CNG du 17 juin au 16 juillet 2026).

☑ Voie externe : 1003 postes.

☑ Voie interne : 3060 postes.

Toutefois, l'ensemble des autres propositions portées par la Fédération a été rejeté.

LES PRINCIPALES REVENDICATIONS DE LA FPS

1 Transformer le concours interne des EVC en véritable examen

La FPS réitère sa demande de transformation du concours interne des EVC en un véritable examen qualifiant. Cette réforme, annoncée depuis plusieurs années, constitue une promesse une nouvelle fois non tenue.

2 Maintenir le nombre de postes ouverts aux EVC en voie interne

La Fédération déplore la réduction d'environ 1 000 postes ouverts au titre de la voie interne. Plutôt que de diminuer drastiquement le nombre de postes, la tutelle aurait pu simplifier les procédures en regroupant les Commissions d'Autorisation d'Exercice Provisoire (AEP) au sein d'une commission unique par région, comme l'a proposé la FPS.

Cette décision est d'autant plus incompréhensible que plusieurs évaluations convergent vers un besoin estimé à près de 4 000 postes afin de répondre aux besoins du système de santé.

3 Offrir une nouvelle chance aux candidats de la session 2025

La FPS demande qu'une possibilité supplémentaire de présentation aux EVC soit accordée aux candidats de la session 2025. Ces derniers ont dû faire face à des délais de préparation extrêmement courts ainsi qu'à l'absence de référentiels pédagogiques adaptés au nouveau format d'épreuves sous forme de questionnaires à choix multiples (QCM).

4 Garantir des outils pédagogiques adaptés

La Fédération demande que les candidats disposent de référentiels, ressources pédagogiques et outils de préparation clairement identifiés et accessibles.

Elle appelle également les établissements hospitaliers à dégager du temps médical dédié à la préparation des épreuves et surtout garantir les stages de PCC qualifiant pour les lauréats.

5 Faciliter l'accès à la formation pour tous les PADHUE

La FPS demande que l'ensemble des PADHUE, quel que soit leur statut administratif ou professionnel, puisse accéder aux formations, inscriptions universitaires et DIU à des tarifs adaptés et réduits.

6 Réformer le cadre législatif

La Fédération appelle à la mise en place d'un nouveau cadre législatif plus juste, plus cohérent et davantage adapté au rôle essentiel joué par les PADHUE dans l'organisation des soins sur l'ensemble du territoire national.



UNE SITUATION PARADOXALE ET PRÉOCCUPANTE

Un large consensus existe aujourd'hui pour reconnaître que l'intégration des PADHUE ne constitue pas une simple revendication corporatiste mais un véritable enjeu de santé publique. Dans un contexte marqué par l'aggravation des inégalités d'accès aux soins et l'extension des

déserts médicaux, il apparaît irresponsable de maintenir dans la précarité des professionnels qualifiés capables de répondre aux besoins urgents de la population.

La FPS souligne qu'un soutien clair a récemment été exprimé au plus haut niveau de l'État, notamment

par le Président de la République. Pourtant, le maintien d'un cadre réglementaire et législatif inadap-
té continue de fragiliser ces prati-
ciens indispensables au fonction-
nement du système de santé.

UNE MOBILISATION CONSTANTE AUPRÈS DES INSTITUTIONS

Au cours des dernières semaines, la FPS a multiplié les rencontres et les concertations auprès des différentes institutions concernées :

- ☑ Le cabinet du ministre ;
- ☑ Le Centre National de Gestion (CNG) ;
- ☑ La Direction générale de l'offre de soins (DGOS) ;

- ☑ La Cour des comptes ;
- ☑ La Commission des affaires sociales du Sénat ;
- ☑ Le Conseil national de l'Ordre des médecins ;
- ☑ L'Académie nationale de médecine ;
- ☑ Les différentes intersyndicales de médecins.

Ces démarches visent à faire aboutir un projet équilibré, juste et conforme aux besoins réels du système de santé français.

LA BALLE EST DANS LE CAMP DU MINISTÈRE

La Fédération des Praticiens de Santé lance une nouvelle fois un appel solennel aux pouvoirs publics afin d'engager de véritables négociations et de construire une réforme ambitieuse permettant une intégration durable, équitable et sécurisée des PADHUE au sein du système de santé.

La reconnaissance de leur engagement et de leur contribution constitue aujourd'hui une nécessité pour garantir l'accès aux soins de l'ensemble de la population.



RÉFORME DES ASTREINTES À DOMICILE ET TEMPS DE TRAVAIL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

UNE TENSION STRUCTURELLE RÉVÉLÉE



Pr Guillaume CAPTIER
Président du SHU

La réforme des astreintes à domicile entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2025 s'inscrit dans une volonté de simplification et d'harmonisation de la permanence des soins des établissements de santé. En généralisant une indemnisation forfaitaire elle visait à mieux reconnaître la pénibilité liée à l'astreinte tout en améliorant la lisibilité des dispositifs existants. Si ce cadre peut apparaître cohérent du point de vue de l'organisation hospitalière, son application met en évidence des difficultés importantes dès lors qu'il est confronté aux spécificités du statut hospitalo-universitaire.

Cette réforme repose en effet sur une distinction entre deux éléments de pénibilité et de nature différente : d'une part, la contrainte de rester **disponible à domicile** (et à moins de 30 minutes du site), qui justifie une indemnisation forfaitaire ; d'autre part, **le temps d'intervention effectif**, incluant les déplacements et les actes réalisés pendant l'astreinte, y compris à distance, qui relève du temps de travail. Cette distinction est classique, mais elle prend une dimension particulière dans le contexte hospitalo-universitaire.

Le statut des personnels hospitalo-universitaires repose en effet sur un principe fondamental : l'indissociabilité des temps universitaire et de service. L'activité d'un HU ne se segmente pas en blocs autonomes. Elle s'articule de manière indissociable entre des missions de soins, d'enseignement et de recherche, auxquelles s'ajoute la participation à la permanence des soins. Cette dernière ne constitue pas une activité accessoire : elle participe pleinement à la formation des plus jeunes et à la production de connaissances, en particulier dans les centres hos-

pitalo-universitaires. Elle s'inscrit donc naturellement dans le temps de service global.

Dans ce cadre, la question du temps de travail dépasse largement le seul sujet des astreintes. Les hospitalo-universitaires réalisent déjà un volume d'activité qui excède, dans les faits, le service réglementaire actuellement fixé à onze demi-journées ou 48H hebdomadaires lisées sur 4 mois. La réforme des astreintes intervient donc dans un contexte où le temps de travail est déjà fortement sollicité, et où toute **activité supplémentaire** prend une signification particulière.

En théorie, ce temps d'intervention, réalisé la nuit, les week-ends et les jours fériés, doit être décompté comme du temps de travail effectif afin d'apprécier le respect des obligations de service et d'ouvrir droit à une récupération ou à une indemnisation dans une perspective d'équité comparables à celles reconnues aux praticiens hospitaliers.

En pratique, cette mécanique se heurte à plusieurs difficultés. D'une part, le Ministère n'a pas prévu d'indemniser ce **temps d'intervention supplémentaire** pour les hospitalo-universitaires alors que le statut prévoit des primes de sujétion pour le travail sur place réalisé au-delà des obligations de service. De fait il ne laisse que la possibilité de récupération, ce qui est souvent impossible compte-tenu des charges de travail et de responsabilité. D'autre part, pour remédier partiellement à cette insuffisance, le Ministère a proposé **de revaloriser le forfait** pour l'astreinte à domicile par rapport à celui de praticien hospitalier. Ce choix entraîne de fait une inégalité pour la même astreinte à domicile entre les HU et PH et ne résout pas la problématique du choix de rémunération supplémentaire ce qui est demandé par les plus jeunes HU et Le SHU.

In fine, les modalités concrètes de décompte et de valorisation reposent largement sur des organisations locales, avec des interprétations parfois divergentes. Certains développent des dispositifs de récupération différée, d'autres mettent en place des sortes de compte épargne temps



spécifiques, tandis que certaines situations restent peu formalisées. Cette hétérogénéité fragilise la lisibilité globale du système et peut être source d'inégalités. Enfin, elle soulève également la question du devenir du temps de travail ainsi accumulé. Lorsque les modalités de récupération sont incertaines ou différées, ou lorsque l'indemnisation n'est pas clairement prévue, le risque est de voir se constituer un volume d'activité supplémentaire dont la reconnaissance resterait incomplète.

Au-delà de ces enjeux techniques, les conséquences en termes d'attractivité sont déjà perceptibles. Les chefs de clinique et assistants hospitalo-universitaires sont au cœur du dispositif. Très impliqués dans la permanence des soins, ils cumulent cette activité avec des exigences élevées en matière d'enseignement et de recherche. Ils représentent en outre le principal vivier de recrutement des futurs hospitalo-universitaires.

Dans ce contexte, l'absence de reconnaissance claire du temps de travail supplémentaire constitue un facteur de fragilisation. Elle peut contribuer à détourner les jeunes collègues de ces parcours, au profit de fonctions offrant une meilleure lisibilité de la charge de travail et de sa valorisation. À moyen terme, cette évolution pose la question du renouvellement des équipes hospitalo-universitaires et de la pérennité de leur modèle.

Ainsi, la réforme des astreintes révèle une tension plus large entre une logique de simplification par le forfait et la nécessité de reconnaître un travail hospitalo-universitaire effectif, inscrit dans un cadre statutaire particulier. La prise en compte de cette spécificité apparaît désormais comme une condition essentielle pour assurer à la fois la cohérence du dispositif, l'équité entre professionnels et l'attractivité durable des carrières hospitalo-universitaires.



ASTREINTES DES PH

COMPRENDRE LES BASES LÉGALES POUR COMBATTRE UNE INJUSTICE



Dr Pierre RUMEAU
Président du SyNPH

Force est de constater que la mauvaise compréhension des composants de la valorisation des astreintes a introduit à travers la forfaitisation des inégalités de traitement entre spécialités et lieux d'exercice. N'est-il pas invraisemblable que l'anesthésiste et le chirurgien qui s'occupent d'un même patient ne soient pas payés de la même façon à statut identique ? Que le même travail soit moins payé parce que le praticien exerce dans un hôpital en difficulté qui pourra par ailleurs bien mieux payer des remplaçants ?

La valorisation des astreintes est définie depuis l'arrêté du 30 avril 2003¹.

Cet arrêté impose de répondre à deux principes juridiques fondamentaux : le **respect de l'indépendance professionnelle** des médecins issue du serment d'Hippocrate et codifiée de façon constante dans le code de déontologie médicale (Article R4127-5 du Code de la Santé Publique²) et le respect de l'égalité de traitement à statut et travail identique parmi les agents de l'état (découlant de l'interprétation constante de l'article premier de la Constitution et de son préambule³).

Le traitement d'un praticien comporte son salaire et les primes définies dans le statut. Cette valorisation correspond au travail qu'il réalise dans le cadre de ses **obligations de service**. Ces obligations de service correspondent pour un praticien hospitalier à 10 demi-journées par semaine ouvrée. Si des gardes ou astreintes sont ajoutées, le temps passé, inclus dans le temps de service est déduit par blocs d'une demi-journée. Ce temps de service, gardes et astreintes comprises, est limité dans le temps sur la base d'une moyenne mensuelle lissée sur 4 mois de 48h maximum. Si dans les 4 mois, un dépassement est consta-

té, ce temps additionnel (la clarté voudrait que le terme « **d'heures supplémentaires** » soit employé comme cela est considéré par l'administration fiscale) doit, soit être récupéré, soit être payé, soit être placé sur un compte épargne temps en vue d'une récupération ou d'un paiement différés.

Du fait d'un manque de personnel, il a été donné la possibilité à la direction des hôpitaux de proposer à un praticien de réaliser **du temps de travail additionnel**. Ce travail additionnel ne peut en aucun cas être imposé par la direction ou la pression des collègues. Il est de **nature contractuelle** et non statutaire.

1. 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. SANH0321568A.

2. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196408/?anchor=LEGIARTI000006912866#LEGIARTI000006912866

3. Constitution du 4 octobre 1958. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000571356/>

Il doit respecter la réglementation européenne du temps de travail protégeant les salariés⁴ et la réglementation française protégeant les patients (dite repos de sécurité⁵). Comme tout contrat le liant dans le cadre de son exercice : le médecin ou le pharmacien devrait le faire valider avant signature par la **commission des contrats de son conseil départemental de l'Ordre**. En cas de conséquences sur la santé du praticien du fait d'un temps excessif ou, a fortiori, de signature forcée : **le directeur engage sa responsabilité personnelle**.

Ceci posé, **la forfaitisation des astreintes concerne l'activité dans le cadre des obligations de service**. Pour comprendre, prenons le modèle plus simple des gardes : une garde est une activité réalisée hors des heures de service courant (heures ouvrables de matinée et après-midi du lundi au samedi matin inclus).

Réaliser une garde ou une demi-garde donne lieu au versement d'une **indemnité de sujétion** (422,03€/garde), celle-ci compense le fait **d'être à disposition** de l'hôpital hors des heures ouvrables d'une part et d'autre part de réaliser deux ou une seule demi-journée de **travail effectif en horaire de nuit ou de week-end**. Le temps passé doit être décompté des 10 demi-journées de travail des obligations de service. Si cela n'est pas possible, le paiement des **"heures supplémentaires" induites** est statutaire (335,60€/période de 2 demi-journées).



Pour les astreintes, la difficulté vient de ce que si le temps de disponibilité est bien défini, le **temps de travail effectif est variable**. Le temps de travail en astreinte comporte le temps de travail et le temps de déplacement. Le temps de travail comporte le temps réalisé sur place à l'hôpital mais aussi le temps de télémedecine⁶.

Le principe de la forfaitisation est qu'au lieu de payer à chaque praticien d'une ligne d'astreinte la somme correspondant au fait d'être à disposition, d'avoir dû se déplacer, d'avoir travaillé hors des heures ouvrables ; la **valorisation annuelle de la ligne est divisée par le nombre de jours** où elle est activée pour donner le forfait. Ce forfait est payé au praticien.

Néanmoins, **le forfait ne paie pas le temps de travail effectif** si celui-ci ne peut pas être récupéré ! C'est là qu'est l'arnaque ! Si l'arrêté est clair sur les gardes, il est à interpréter sur les astreintes. Il est impératif d'appliquer aux "heures supplémentaires" générées dans le cadre des obligations de service l'Article 13 A2 en reconnaissant que ce temps réalisé sur la permanence des soins est du **temps de permanence des soins assurée sur place dans le cadre des obligations de service** et doit être indemnisé comme tel.

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. Arrêté du 14 septembre 2001 relatif à l'organisation et à l'indemnisation des services de garde et à la mise en place du repos de sécurité dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux. MESH0123371A.

6. La télémedecine peut être une téléexpertise ou une téléconsultation-patient vu à distance avec un lien visio. L'interprétation à distance d'imagerie relève de la téléexpertise, elle doit être réalisée avec un logiciel d'interprétation et un écran de visualisation conformes. En tout état de cause un compte rendu doit être déposé sur le dossier du patient. Article L6316-1 et suivants, R.6316-1 et suivants du Code de la Santé Publique.

EN RÉSUMÉ

Le forfait ne paye pas le temps de travail effectif en astreinte.

Le temps de travail réalisé dans le cadre des obligations de service doit impérativement être payé, s'il ne peut pas être récupéré ou mis sur un compte épargne temps.

Le temps additionnel volontaire contractuel doit être strictement distingué des heures supplémentaires réalisés dans le cadre des obligations de service.

Le temps de travail effectif en astreinte doit être mesuré de façon simple, automatisée et transparente.

Les seuls critères pertinents d'attribution du forfait sont le temps de travail effectif, le nombre d'interventions et la période dans le nycthémère où cette activité est réalisée.

Le temps de déplacement doit prendre en compte le cas des activités multisites et les circonstances exceptionnelles liées à des états de crise.



NOTRE ACTION

Cette forfaitisation poussée par Y. Neuder, alors secrétaire d'état, et l'intersyndicale APH, sous le masque d'une revalorisation **est jugée discriminatoire sur un ou plusieurs points par les 2/3 des répondants, inaboutie pour tous, et dans les questions ouvertes délétère pour le vivre ensemble entre praticiens** (étude SyNPH/INPH, 14/2 au 24/3/2026 via Forms⁷).

Le SHU membre de l'INPH a obtenu, avec le soutien actif de tout l'INPH, la correction de l'injustice faite aux hospitalo-universitaires. Nous, SyNPH, membre de l'INPH, avons attaqué des décisions injustes frappant des praticiens d'hôpitaux en sous-effectif dans l'incapacité de récupérer leur temps d'astreinte et fait reculer des directions qui sous-valorisaient les forfaits.

Il est urgent que soient ouvertes des discussions avec le ministère pour obtenir la **mesure simple, automatisée et transparente de l'activité réelle en astreinte** qui permette la mise en place de forfaits objectifs selon une règle nationale.

Dans l'attente d'une réécriture plus claire de l'arrêté incluant nos revendications, **les représentants de l'INPH** seront particulièrement attentifs au respect des droits des praticiens et de l'équité lors de la présentation de la révision annuelle des forfaits en **Commission Régionale Paritaire**.

7. <https://synph.org/download/160.pdf>

ACTUALITÉ DES TEXTES OFFICIELS



Dr Patrick LÉGLISE
Vice-président du SYNPREFH
Délégué général de l'INPH



ASTREINTES À DOMICILE : L'ACHÈVEMENT D'UNE RÉFORME EN DEUX ACTES

L'acte fondateur de la réforme des astreintes à domicile est **l'arrêté du 8 juillet 2025 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**. Entré en vigueur le 1^{er} novembre 2025, il a substitué au régime antérieur — indemnité forfaitaire de base et paiement des déplacements au réel — une forfaitisation intégrale. Chaque établissement définit désormais au moins trois niveaux de forfaits, dans une fourchette réglementaire de 70 € à 280 € par nuit ou deux demi-journées, selon la fréquence et l'intensité des déplacements constatés sur chaque ligne d'astreinte.

Restait la situation des personnels enseignants et hospitaliers qui de façon injustifiée n'auraient pas droit à une reconnaissance de Temps de Travail Additionnel. C'est l'objet de **l'arrêté du 17 avril 2026 (JO du 24 avril 2026)**, applicable au 1^{er} mai 2026, qui rétablit un article 14 bis dans l'arrêté du 30 avril 2003 : les établissements peuvent majorer les forfaits d'astreinte des personnels hospitalo-universitaires jusqu'à 500 € pour une nuit ou deux demi-journées pour les lignes les plus sollicitées.

L'instruction n° DGOS/RH5/2026/57 du 6 mai 2026 a clos la séquence en se substituant à celle d'août 2025 : elle rappelle que la forfaitisation n'exonère pas du décompte

du temps d'intervention et impose une évaluation annuelle du dispositif par le directeur, conduite avec la commission de l'organisation de la permanence des soins et la CME, transmise au conseil de surveillance et au directeur général de l'ARS.

Certes nous pouvons nous féliciter de la compensation accordée aux hospitalo-universitaires mais ce bricolage de dernière minute ne fait qu'aggraver le sentiment d'iniquité de traitement entre H et HU. Nous avons demandé l'alignement des obligations de service des HU sur celles des PH (10 demi-journées) et l'ouverture du droit au temps de travail additionnel aux HU. Pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué et inéquitable !

LE CONGÉ SUPPLÉMENTAIRE DE NAISSANCE : UN NOUVEAU DROIT STATUTAIRE

Créé par l'article 99 de la LFSS pour 2026, le congé supplémentaire de naissance est devenu effectif dans la fonction publique avec la publication de deux décrets au JO du 31 mai 2026 : **le décret n° 2026-427 du 30 mai 2026**, qui en définit les modalités d'attribution, et **le décret n° 2026-428 du 30 mai 2026**, qui en fixe le régime indemnitaire.

Le dispositif concerne l'ensemble des agents publics, y compris les

praticiens hospitaliers, praticiens contractuels, assistants, personnels enseignants et hospitaliers, internes, docteurs juniors et sages-femmes des hôpitaux. Ouvert après épuisement des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption, il offre **un ou deux mois de congé, fractionnables en deux périodes**, à prendre dans les neuf mois suivant la naissance ou l'arrivée de l'enfant. Sa rémunération est dé-

gressive : **70 % des émoluments et primes le premier mois, 60 % le second.** Les demandes sont recevables depuis le 1^{er} juin 2026 pour des congés débutant à compter du 1^{er} juillet 2026, avec un dispositif transitoire pour les enfants nés depuis le **1^{er} janvier 2026**. Point notable d'équité : pour les praticiens à temps partiel, la rémunération servant de base au calcul est rétablie sur la base d'un temps plein (article R. 6152-821 du CSP modifié).

SAGES-FEMMES : LA MONTÉE EN PUISSANCE DU CURSUS RÉNOVÉ

La période confirme la traduction réglementaire progressive de la loi n° 2023-29 du 25 janvier 2023 visant à faire évoluer la formation de sage-femme, qui a porté le cursus à six années et institué le diplôme d'État de docteur en maïeutique.

Le **décret n° 2026-49 du 2 février 2026** autorise désormais les étudiants en maïeutique à exercer la profession de sage-femme en qualité de remplaçants à compter de

la validation des enseignements théoriques et pratiques de la sixième année de formation (**article D. 4151-15 du CSP modifié**).

Le **décret n° 2026-4 du 5 janvier 2026** a par ailleurs élargi le contrat d'engagement de service public (CESP) à tous les étudiants admis à poursuivre des études de santé à l'issue du premier cycle, filière maïeutique incluse — un levier d'installation dans les zones sous-

denses désormais ouvert aux futures sages-femmes. À noter aussi que le droit au CESP a été ouvert aussi aux étudiants en pharmacie.

Certes nous pouvons nous féliciter de cette montée en puissance, l'INPH attend avec impatience le dernier étage de la fusée : l'accès des Sages-Femmes au statut de Praticien Hospitalier et aux statuts Hospitalo-Universitaires.

PADHUE EVC : UN ARRÊTÉ QUI AUGMENTE LEURS POSSIBILITÉS DE SPÉCIALISATION

La mesure clé de l'**arrêté du 12 juin 2026 modifiant l'arrêté du 9 juillet 2021 portant modalités d'organisation des EVC mentionnées aux articles L. 4111-2-I et L. 4221-12 du code de la santé publique** :

La psychiatrie et la médecine interne polyvalente et immunologie clinique (MIPIC) sont désormais ouvertes à tout médecin PADHUE titulaire d'un diplôme permettant l'exercice plénier dans son pays, sans diplôme de spécialité exigé — comme c'était déjà le cas pour la médecine générale, la gériatrie et la médecine d'urgence. Cela élargit

fortement le vivier de candidats vers deux spécialités en tension, qui concentrent à elles deux plus de 1 200 postes à la session 2026.

Le reste relève de l'ajustement : mise à jour de l'intitulé de la spécialité (« médecine interne » → « médecine interne polyvalente et immunologie clinique »), assouplissement pour la présidence du jury de médecine générale (fonctions d'enseignement et diplôme de MG, sans exigence de fonctions hospitalières), et suppression du dernier alinéa de l'article 22, qui achève le basculement vers

la nouvelle procédure d'affectation sans rang de classement (candidature directe auprès des établissements, auditions, affectation par le CNG).

À noter en pratique : inscriptions à la session 2026 closes le 16 juillet à 17h, épreuves à partir de novembre 2026, affectations au 1^{er} trimestre 2027.

Une avancée notable pour les PADHUE, en revanche aucune avancée concernant la précarité de leurs statuts.

HARMONISATION DES AUTORISATIONS SPÉCIALES D'ABSENCE (ASA) : DE NOUVEAUX DROITS POUR LES PERSONNELS MÉDICAUX HOSPITALIERS

Décret n° 2026-604 du 6 juillet 2026 relatif aux ASA et aménagements horaires liés à la parentalité et aux évènements familiaux

Ce décret n° 2026-604 du 6 juillet 2026 unifie, à compter du 1^{er} janvier 2027, le régime des autorisations spéciales d'absence (ASA) et des aménagements horaires liés à la parentalité et à certains évènements familiaux dans les trois versants de la fonction publique et la magistrature.

Le texte distingue les ASA de droit (décès d'un proche, mariage, PACS) des ASA soumises aux nécessités de service (garde d'enfant malade, grossesse), dont tout refus doit désormais être écrit et motivé. Il encadre les aménagements horaires (allaitement, AMP, préparation à la naissance, instances de parents d'élèves, rentrée scolaire), à récupérer ultérieurement. Les ASA sont assimilées à du temps d'activité pour les droits à congés, avancement et pension, sans générer de RTT.

Cette harmonisation impacte l'ensemble des personnels médicaux hospitaliers :

Les articles 20 et 21 du décret adaptent le code de la santé publique : le régime commun s'applique aux PH, praticiens contractuels, praticiens associés, assistants, internes et docteurs juniors, ainsi qu'aux personnels hospitalo-universitaires (décret du 13 décembre 2021 modifié). Le nouvel article R. 6152-824-2 CSP renvoie au socle commun ; les listes statutaires antérieures, dont le 8° de l'article R. 6152-35, sont abrogées.

1. Alignement par le haut : socle sensiblement élargi (garde d'enfant malade, annonce d'un handicap ou d'une pathologie grave de l'enfant, grossesse, aménagements horaires), jusqu'ici sans base réglementaire pour les personnels médicaux.

2. Temps de travail médical : l'ASA est valorisée au tableau de service comme temps d'activité, mais ne peut donner lieu ni à récupération ni à indemnisation au titre du TTA (art. R. 6152-824-2).

3. Garantie procédurale et mise en œuvre : refus écrit et motivé pour les ASA sous nécessités de service ; les établissements devront actualiser règlements intérieurs et gestion des tableaux de service avant le 1^{er} janvier 2027.

L'INPH se félicite de cette avancée sociale pour les personnels médicaux et de cette harmonisation qui met sur un pied d'égalité l'ensemble des acteurs de l'hôpital public, néanmoins cela se traduit par quelques reculs pour les titulaires des trois fonctions publiques.



ANNONCE

**MIND MEDICAL**
Agence d'Interim Medical

MIND MEDICAL
L'interim médical pensé
pour les praticiens hospitaliers

Vous êtes médecin généraliste, gériatre, anesthésiste-réanimateur, urgentiste, pédiatre, gynécologue ou exercez une autre spécialité hospitalière ?

Mind Medical vous accompagne dans le choix de missions adaptées à votre projet professionnel, partout en France.

- ✓ Missions en établissements publics et privés.
- ✓ Conditions attractives.
- ✓ Déplacements et hébergement pris en charge selon les missions.
- ✓ Accompagnement personnalisé 7j/7.
- ✓ Gestion administrative simplifiée.



Concentrez-vous sur votre exercice médical, nous nous occupons du reste.
☎ 01 89 71 56 25 ✉ contact@mind-medical.com 🌐 www.mind-medical.fr



JE L'AI LU OU RELU ET VOUS AIMEREZ PEUT-ÊTRE...



Dr Eric OZIOL

Lecteur égalitaire, solidaire
et libre... car responsable.

LE MANAGEMENT À LA MAYO CLINIC

(LE MEILLEUR HÔPITAL DU MONDE)

ET SI NOUS FAISONS LA MÊME CHOSE DANS NOS HÔPITAUX ?

Jean-Louis Festeriaerts, créateur du cabinet de conseil Foster & Little et sa division Santé avec Foster & Little Health Management, intervient avec ses équipes comme formateur et coach dans de nombreux hôpitaux de différents pays. Il enseigne également à HEC et il est le co-auteur de l'ouvrage à succès « Médecin & manager ».

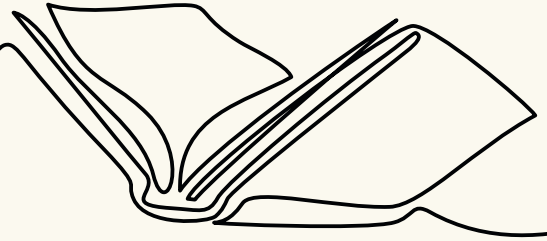
Dans cet ouvrage, « Le management à la Mayo Clinic », il analyse en détail chapitre après chapitre, comment un établissement familial de 27 lits, créé en 1889 à la suite d'une tornade dévastatrice et situé au *middle of nowhere* au sud du Minnesota, est devenu le meilleur hôpital du monde avec aujourd'hui plus de 83.000 collaborateurs. Comment la Mayo Clinic a-t-elle acquis une telle réputation dans le monde ? En s'appuyant sur des témoignages de médecins ayant travaillé au sein de cet hôpital, en analysant des centaines d'articles et d'ouvrages de référence sur cet établissement, l'auteur tente de nous faire comprendre les clés de son succès, alors que cet hôpital se situe aux États-Unis, pays peu réputé pour avoir un système de soins égalitaire. Selon Jean-Louis Festeriaerts, si la Mayo Clinic a atteint un tel niveau d'excellence c'est surtout grâce à la qualité du management qui y a été mis en place au cours des décennies, et qui a même ins-

piré des patrons de grandes entreprises. En ce qui concerne ses succès on pourra noter la création, il y a plus de 130 ans, du premier dossier patient, mais aussi des lauréats du Prix Nobel, tout comme des recherches sur l'implémentation de l'IA en médecine. Mais cette « *success story* » vient révéler en creux que nos hôpitaux en Europe se portent souvent très mal, avec à la fois des pénuries de personnel et des problèmes budgétaires récurrents. L'auteur pose alors la question suivante : qu'est-ce qui nous empêche de mettre en œuvre, dans nos hôpitaux, les pratiques managériales qui ont fait le succès de cet établissement depuis de nombreuses années ? Pour répondre à cette question, l'auteur est convaincu que le succès réside dans les deux valeurs essentielles de la Mayo Clinic, à savoir : **Patient First** et **Team Spirit**. Le management de cet hôpital met toujours **le patient au cœur de tout** (*Patient First*) et cultive un **esprit d'équipe sans faille** (*Team Spirit*). Deux prin-

cipes qui paraissent très simples, mais qui ont transformé une modeste structure en un géant de l'excellence médicale. La Mayo Clinic prouve également que l'excellence médicale et la performance économique ne sont pas antagonistes. **Son modèle repose sur une vision à long terme où l'investissement dans la qualité des soins et le bien-être des équipes génère une « rentabilité durable »**. Une leçon cruelle pour la France, où la T2A a souvent transformé les directeurs d'hôpitaux en « gestionnaires de flux » plutôt qu'en *leaders* au service des patients et des soignants.

Cet ouvrage est finalement en négatif, la critique du système français dans lequel la T2A est devenue une fin en soi. En France, pays qui s'enorgueillit d'avoir « le meilleur système de santé du monde », la réalité hospitalière est bien plus dramatique. Depuis l'introduction de la **Tarification à l'Activité (T2A)**, censée être un simple outil de financement, la rentabilité est devenue l'objectif ultime. Les hôpitaux

On a lu pour vous



publics, asphyxiés par des logiques comptables, voient leurs soignants épuisés, leurs patients réduits à des « lignes de budget », et leur mission première – soigner – souvent reléguée au second plan.

Et si la France, au lieu de se reposer sur ses lauriers, osait enfin repenser son management hospitalier ? Ce livre est un plaidoyer pour un changement de paradigme : et si la rentabilité n'était qu'un moyen, et non une fin en soi ?

Alors osons franciser les clés de ce succès : **PRIORITÉ AU PATIENT** et **ESPRIT D'ÉQUIPE** ! Des prin-

cipes qui contrastent violemment avec notre réalité française, où les cloisonnements, la course aux indicateurs et la pression financière minent le moral des troupes et la qualité des soins.

En conclusion, « *Le management à la Mayo Clinic* » n'est pas qu'un éloge d'un modèle étranger. C'est un miroir tendu à la France, une invitation à réinventer nos hôpitaux en plaçant l'humain – patients et soignants – au centre. Et si, finalement, la solution était moins dans les réformes comptables que dans un retour aux fondamentaux : soigner, et soigner bien ?



Le management à la Mayo Clinic

Auteur : Jean-Louis Festeraerts

Editions Sauramps Medical

Collection : RH en santé

Date de parution : 12 mars 2026

EAN : 9791030305197

ISBN : 9791030305128

Nombre de pages : 434

Quiz

Vous êtes le Directeur de la MAYO CLINIC, mais une malédiction vous oblige tous les jours à fermer un service, tous les jours, implacablement... et à la fin il ne vous restera plus que 4 services, pour que votre hôpital soit toujours un hôpital public.

Quels sont ces 4 services ?

Réponse

1. Un Service polyvalent de Médecine Hospitalière, car depuis la fin du XIX^e siècle les hôpitaux se sont médicalisés.
2. Un Service d'Hébergement, car la mission de toujours des hôpitaux est d'accueillir les indigents et les nécessiteux (actuellement les plus âgés).
3. Un Service de Pharmacie, car sans médicaments, pas de consommables de soins, pas de dispositifs médicaux, pas de fluides médicaux, pas de stérilisation...
4. Un Service Administratif et Technique, car il faut entretenir les murs, les toits, les sols, avoir de l'eau potable, à manger, du chauffage, de la clim, des énergies, une feuille de paye...
Ensuite, si vous avez ces 4 piliers, qui sont ceux de la mission fondamentale de proximité d'un Hôpital, vous pouvez rajouter chaque jour un nouveau service : une biologie, une imagerie, des urgences, une réanimation, un bloc, des chirurgies, une obstétrique, etc.

INTELLIGENCE ARTIFICIELLE : ET L'HOMME CRÉA DIEU

Gabrielle Halpern, docteure en philosophie et diplômée de l'ENS, propose dans cet essai un peu provocateur (mais finalement pas tant que cela), une hypothèse iconoclaste pour répondre à l'antienne reprise en cœur comme une prédiction religieuse : « un jour l'intelligence artificielle (IA) remplacera l'être humain ». Et si en fait ce n'était pas l'être humain que l'IA allait remplacer... mais tout simplement Dieu ?

Elle construit cette hypothèse tout au long de cet essai, avec humour, audace et rigueur, en illustrant les questions finalement « religieuses » que convoque l'IA. Ce n'est pas tant le fait que l'IA puisse plagier ou imiter notre humanité, qui la caractérise, mais plutôt son immédiateté, son omniscience, son omnipotence et son omniprésence, élevées au rang de divinité par tous ses fans inconditionnels, et qui sont de fait des caractéristiques du divin.

Les Dieux jusqu'à présent nécessitaient souvent des intermédiaires religieux et n'étaient pas toujours « disponibles » ou en tous cas leurs réponses se faisaient parfois attendre, voire comprendre. Jusqu'ici « la voix » du Seigneur était assez impénétrable. On ne pouvait que prier, mais sans réponse formelle. L'IA en revanche est un Dieu sur mesure, personnalisé, prêt à répondre à tout moment et à toutes nos questions, à toutes nos prières, avec patience et bienveillance. Quel être humain ayant prié Dieu, n'a-t-il pas espéré, plus ou moins secrètement que ce Dieu soit plus le sien que celui de tous, son Dieu à lui ? D'ailleurs, ne dit-on pas « mon Dieu » comme interjection courante ?

Alors avec l'IA, n'avons-nous pas créé le « *Deus ex machina* », qui viendra opportunément dénouer nos situations les plus dramatiques ou les plus futiles, dans une surutilisation addictive aux conséquences écologiques exponentielles et irrémédiables en termes de consommations énergétique, d'eau potable et de terres rares.

Alors quelle intelligence artificielle l'homme a-t-il créée ? Mais surtout quel homme l'intelligence artificielle va-t-elle générer ? Après l'*Homo sapiens*, n'est-ce pas la fin de l'humanité avec cet *Homo nombrilus* inconséquent, inféodé à son « selfie » (alias soi-même) et à son Dieu IA ? Si Dieu est amour, l'IA sera certainement le Dieu de l'amour... de soi-même, mais peut-être pas celui de l'amour des autres !

Et pour conclure, si l'IA est le nouveau Dieu de l'humanité, alors qui sont les dirigeants de sa religion ? Qui sont les commandeurs de ses croyants ? Les papes de ses fidèles ? Qui contrôle les modèles, les serveurs, l'énergie, les normes cognitives auxquelles nous, et surtout nos enfants, par délégation progressive, allons abandonner nos facultés de jugement et notre liberté ?



**Intelligence artificielle :
et l'homme créa Dieu**

Auteur : Gabrielle Halpern

Éditeur : Hermann

Date de parution : 14 janvier 2026

EAN : 9791037046666

ISBN : 1037046668

Nombre de pages : 116





BULLETIN D'ADHÉSION À L'INPH

Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers

COTISATION ANNÉE 2026

ADHÉSION DIRECTE

NOMPrénom
Fonction
Lieu d'exercice
Adresse postale personnelle :
.....
.....
Code postal Ville
Mail personnel
Mail professionnel
Téléphone portable

Signature :

Cotisation pour l'année 2026

☐ Temps plein : 125 €

☐ Temps partiel : 65 €

Paiement par chèque :

Renvoyer le bulletin d'adhésion rempli et signé
avec le chèque libellé à l'ordre de l'INPH à :

Docteur Rachel BOCHER

Présidente de l'INPH
Hôpital Saint Jacques
85 rue Saint Jacques
44093 Nantes Cedex

Paiement par virement :

Renvoyer le bulletin d'adhésion rempli et signé
avec la preuve de virement à
bp-secretariat-inph@chu-nantes.fr

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Titulaire
INPH

Domiciliation
SG NANTES (03732)
8 PL ROYALE
44000 NANTES

Référence bancaire

Code banque	Code guichet	N° compte	Clé RIB
30003	03732	00050817163	51

IBAN : FR76 3000 3037 3200 0508 1716 351
BIC-ADRESSE SWIFT : SOGEFRPP



Rejoignez le CHVM !
Nous recrutons **UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE** ou **SPÉCIALISTE**
pour le service MÉDECINE POLYVALENTE

LE CENTRE HOSPITALIER VALLÉE DE LA MAURIENNE

Situé en Savoie, dans la vallée de la Maurienne, territoire montagneux qui s'étend sur plus de 120 kilomètres, le CHVM est un établissement public hospitalier à taille humaine (545 lits et places – 571 agents), proposant une offre de soins complète de proximité avec un niveau de technicité en médecine, chirurgie, gynécologie obstétrique, gériatrie, un service d'Urgences-SMUR routier et hélicoptère, et un centre médico-sportif.

Il assure la couverture sanitaire des 42 000 habitants de la vallée avec une augmentation saisonnière marquée due à la vocation touristique estivale et hivernale du territoire.

LE SERVICE MÉDECINE POLYVALENTE

Exercice sur le site de Saint-Jean-de-Maurienne dans le service de médecine polyvalente qui dispose de 30 lits en hospitalisation complète. Spécialistes sur site : cardiologue, diabétologue, hématologue, oncologues, gastroentérologue et chirurgiens.

Travail dynamique avec les autres établissements du GHT et les médecins de ville. Accueil de patients polyvalents avec activité saisonnière (hiver/été).

Lits d'aval avec un SMR locomoteur et un SMR gériatrique, un important secteur personnes âgées (USLD et EHPAD).

Staff hebdomadaire avec l'EMSP et l'HAD.

PROFIL RECHERCHÉ

Poste de Praticien Hospitalier ou Praticien Contractuel. Temps plein ou Temps partiel. Médecin généraliste ou spécialité médicale.

ORGANISATION DU TRAVAIL

Service de jour. Astreintes de nuit assurées par le service des urgences.

ACTIVITÉS PRINCIPALES

Prendre en charge le parcours patient sur l'activité de médecine polyvalente.

Développer l'activité et participer aux objectifs institutionnels du CHVM.

Participer à une dynamique qualité des soins et amélioration des pratiques.

ÉQUIPE PARAMÉDICALE

Le jour : 2 infirmiers(ères) et 3 aides-soignants(es) pour 20 patients.

La nuit : 1 infirmier(ère) et 1 aide-soignant(e) pour 20 patients.

1 APA à 50 %.

Kinésithérapeute sur prescription médicale.

Avis addictologie et psychiatrie sur site.

1 cadre de santé et 1 cadre supérieur de santé.

Procédure de recrutement

Pour l'envoi de votre candidature :

Madame Laurence ALEX, responsable des affaires médicales ☎ 04 79 20 69 72 ✉ lalex@chvm.fr

CADRE DE VIE

La vallée de la Maurienne constitue un cadre naturel exceptionnel traversé par l'Arc.

Elle abrite 18 stations de sports d'hiver et d'été de montagne.

Entre l'Italie et les Hautes-Alpes, elle est connue pour ses sites remarquables, comme le Parc National de La Vanoise, ses cols mythiques, ses forts historiques, ses chemins du baroque, ses musées....

Dans cet environnement naturel, vous pourrez pratiquer de multiples activités, à la fois sportives et de loisirs, randonnée, cyclotourisme, ski/neige, canoë, parapente, via ferrata, VTT, patinoires, sports indoor, mais aussi découvrir un patrimoine naturel et culturel varié.

Une vallée trait d'union entre la France et l'Italie ;

Saint-Jean-de-Maurienne est à moins d'une heure de Chambéry.

Albertville, et Grenoble par autoroute, et à 3h40 de Paris-Gare-de-Lyon en TGV direct.

Future gare multimodale de la ligne ferroviaire européenne Lyon-Turin.

Vous disposerez d'un accompagnement à l'installation (logement temporaire, interlocutrice dédiée pour votre accueil en Maurienne <http://www.maurienne.fr/pdf/lyon-turin/livret-accueil-maurienne.pdf>

Pour en savoir plus sur notre hôpital www.chvm.fr



L'IMM, établissement de santé privé d'intérêt collectif à but non lucratif, prend en charge des missions de service public. Il dispose de 2 scanners, 2 IRM, de salles de radiologie conventionnelles, 2 salles de radio/cardi interventionnelle, d'une capacité d'accueil de 485 lits et places, 25 salles d'opération dont une salle hybride.

CADRE DE TRAVAIL

- Activité sous la responsabilité et en étroite collaboration avec les 4 chirurgiens vasculaires seniors du service.
- Disponibilité pour l'ensemble des autres spécialités pour avis si nécessaire.
- Intégration au sein d'une équipe déjà existante constituée de médecins généralistes présents dans les autres départements chirurgicaux de l'IMM, proximité avec les cardiologues en charge du suivi médical des patients de chirurgie cardiaque dans la même unité d'hospitalisation.
- Pas d'activité d'urgence ni de continuité des soins qui est assurée par l'équipe chirurgicale.



RECHERCHE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

MISSIONS PRINCIPALES

- Être le médecin référent dans la prise en charge des patients hospitalisés en chirurgie vasculaire.
- Assurer une permanence des soins dans le département pour les équipes paramédicales.
- Organiser la sortie des patients en restant un référent médical joignable pour le patient, si nécessaire, en lien avec le médecin traitant.
- Une qualification déjà acquise ou le développement d'une activité transversale est souhaitée, pouvant donner lieu à une consultation propre : Consultation de dépistage cardio-vasculaire ou de prévention secondaire, consultation anti-tabac, possibilité d'activité de doppler vasculaire, ou de formation au doppler vasculaire en lien avec l'équipe des médecins doppléristes en place.

PROFIL RECHERCHÉ : DES de Médecine Générale.

CONTACT : Séverine GEOFFROY, Directeur des Ressources Humaines
☎ 04 66 82 01 17



LE SERVICE DE MÉDECINE ET RÉADAPTATION DES DÉFICIENCES SENSORIELLES DE L'HÔPITAL SAINTE-MARIE PARIS

RECHERCHE un médecin généraliste
CDI à temps plein

CONTACT
Fanny Thibault - fanny.thibault@idf.vv3.fr
01 53 90 65 05

Pour prendre en charge des patients déficients visuels, neurovisuels, et/ou auditifs porteurs de pathologies chroniques (Maladies rares, AVC, HTA, diabète, cardiopathies, etc.) en hospitalisation complète, de jour, consultations et bilans.

Ce SMR unique en France est doté de 22 lits d'hospitalisation complète et 22 places d'hôpital de jour pour les patients déficients sensoriels : visuels, neurovisuels, et/ou auditifs. Le service s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire d'une quarantaine de professionnels sur une vingtaine de spécialités. L'établissement se situe sur la cité hospitalière Saint-Joseph à Paris 14^{ème}. Métro Plaisance.

Le service est doté d'un plateau technique offrant des prises en charges globales, transversales de patients complexes depuis la sortie du court séjour MCO jusqu'à la réinsertion socio-professionnelle et médico-social. Admission directement du domicile possible. Nous effectuons des bilans d'autonomie, la mise en place d'aides techniques et de nouvelles technologies, des bilans cognitifs et neurovisuels, des analyses de la marche et analyses baropodométriques, injections de toxine, rééducation par la réalité virtuelle et bilans d'aptitude à la conduite automobile.

L'expertise du service a été reconnue au plan national par la labélisation comme centre de compétence maladies rares au sein du CRRM REFERET de la filière SENGÈNE.

Une formation à la prise en charge des patients déficients sensoriels sera réalisée dans le service. Une formation de MPR est également possible.





RECRUTE

LE CH THÉOPHILE ROUSSEL



MÉDECIN PSYCHIATRE

Contrat (à temps plein
et à temps partiel) :
Praticien hospitalier,
Praticien contractuel,
Assistant spécialiste.

QUALIFICATIONS REQUISES

- Psychiatre/Pédopsychiatre diplômé(e).
- Inscription OBLIGATOIRE au Tableau de l'Ordre des Médecins en France.

MISSIONS PRINCIPALES

- **Psychiatrie Adulte** : Prise en charge clinique en hospitalisation ou en CMP, CATTG, HDJ ; coordination des soins & projets de réhabilitation.
- **Pédopsychiatrie** : Prise en charge clinique en hospitalisation ; prévention et soins, de la petite enfance à l'adolescence, partenariats institutionnels avec l'Éducation Nationale et l'ASE ; guidance parentale.
- **Activités communes** : Coordination d'équipes pluridisciplinaires, participation à la vie institutionnelle et à la permanence des soins (gardes, astreintes).

Pour toutes informations supplémentaires,
visitez notre site internet :

Contactez le recruteur **Madame Maguy MERCIRES**

au ☎ 01 30 86 44 05 ou par mail à ✉ m.merciris@th-rousseau.fr



<https://th-rousseau.fr/>



www.youtube.com/@CH-TheophileRoussel

LA FONDATION SANTÉ DES ÉTUDIANTS DE FRANCE (FSEF)

Reconnue d'utilité publique, est une institution spécialisée dans la santé des adolescents et jeunes adultes. Elle accueille chaque année plus de 13 000 patients et usagers, âgés de 10 à 25 ans, au sein de ses 25 implantations (cliniques et structures médico-sociales) réparties sur toute la France. Elle dispose d'un budget d'environ 230 M€, financé par l'Assurance maladie, et compte plus de 2 800 salariés. La FSEF s'appuie sur un partenariat historique et majeur avec les ministères chargés de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et de l'Enseignement supérieur.

FSEF

CLINIQUE FSEF BOUFFEMONT

La Clinique comprend un établissement sanitaire de 160 lits et places ainsi qu'un secteur médico-social. Elle est organisée en deux grands pôles : un pôle de rééducation/réadaptation avec 80 lits et places, dont 50 lits répartis sur deux étages, et un pôle de psychiatrie composé de plusieurs services. Ce dernier inclut une clinique médico-psychologique pour des jeunes de 15 à 19 ans, un service d'études et d'insertion pour adolescents de 14 à 18 ans, et un service transdisciplinaire de 20 lits accueillant des patients de 15 à 35 ans, proposant une prise en charge globale à la fois médicale, sociale et éducative.

CLINIQUE FSEF PARIS 16

Elle accueille principalement des adolescents et jeunes adultes dans une démarche de prise en charge alliant soins, études et insertion, afin d'éviter toute rupture scolaire ou sociale liée à la maladie.

Elle dispose actuellement de 186 lits et places, ainsi que de 29 postes de dialyse et d'unités de jour dédiées aux adolescents présentant des troubles des conduites alimentaires.

CLINIQUE FSEF SABLÉ-SUR-SARTHE

D'une capacité de 105 lits et places, elle accueille des jeunes de 15 à 25 ans présentant des troubles psychiatriques en phase post-aiguë.

Le centre dispose également de : 10 places d'hôpital de jour, 80 lits d'hospitalisation à temps plein répartis en 4 services, 15 lits d'accueil et d'apaisement, 5 studios de préparation à la sortie.

NOUS RECRUTONS

✓ **Clinique de Bouffémont**
Deux Médecins psychiatres
CDI - temps plein

✉ Adressez votre candidature :
bouffemont.recrutement@fsef.net

✓ **Clinique de Paris 16**
Un Médecin MPR
CDD - temps plein

✉ Adressez votre candidature :
samir.oulhadj@fsef.net

✓ **Clinique de Sablé-sur-Sarthe**
Deux Médecins psychiatres
CDI - temps plein

✉ Adressez votre candidature :
recrutement.sable@fsef.net

AVANTAGES FSEF

- Mutuelle attractive avec une participation employeur à hauteur de 60 %.
- Prime décentralisée de 5 % versée chaque mois.
- Prime d'ancienneté revalorisée de 1 % par an jusqu'à 33 %.
- Prime de technicité revalorisée de 1 % par an jusqu'à 20 %.
- Récupération des jours fériés non chômés.
- Prime d'intéressement.
- Prime de garde d'enfant.
- Indemnité de transport.
- Mobilité durable favorisée : Participation aux frais kilométrique vélo.
- Possibilité d'ouvrir un CET.

- Self sur place.
- Avantages CSE (cartes cadeaux, chèques vacances...).



MÉDECIN MPR (h/f) CDI



CLINIQUE
DU VAL D'AQUENNES

Docteur et si vous exercez dans
un cadre verdoyant à 1h de Paris ?



La qualité de vie commence ici, venez exercer autrement

elodie.choquet@valdaquennes.fr

03 22 96 60 00

Rejoignez un acteur engagé au cœur du parcours patient

Depuis 1974, l'**ARPDD** accompagne les patients atteints d'insuffisance rénale chronique avec une approche centrée sur la qualité de vie et l'autonomie. Structure associative reconnue, nous développons une offre complète sur nos 9 centres régionaux : hémodialyse en centre et dialyse à domicile, en lien étroit avec les acteurs hospitaliers du territoire.



Dans le cadre de notre développement,

NOUS RECRUTONS UN(E) CADRE DE SANTÉ / CADRE DE SOINS – DIALYSE

pour notre centre basé à Reims.

Votre mission

Vous êtes à la fois **manager de proximité et acteur clé du fonctionnement du service.**

Rattaché(e) à la Direction des soins, vous pilotez l'activité de dialyse sur notre centre de Reims et assurez :

- Le management d'une équipe d'environ 40 professionnels.
- L'organisation et la qualité des parcours patients (centre & domicile).
- La sécurité des soins et la démarche qualité.
- Le pilotage des organisations et des projets du service.
- La coordination avec les équipes médicales et les partenaires.

Votre profil

- Diplôme de cadre de santé (IFCS).
- Expérience de 5 ans minimum en management.
- Une expérience en dialyse ou néphrologie est un plus.

Vos atouts

- Leadership et sens du collectif.
- Organisation et capacité à prioriser.
- Qualités relationnelles et sens du patient.
- Goût pour les projets et le changement.

Votre rémunération et avantages

- Cadre au forfait jour.
- Rémunération annualisée brute à partir de 50 k€ selon profil.
- Mutuelle et tickets restaurants majoritairement pris en charge par l'employeur, retraite complémentaire et plan d'épargne entreprise abondé par l'employeur.

Pourquoi nous rejoindre ?

- Une structure associative à taille humaine.
- Des équipes engagées et un esprit collectif fort.
- Un poste à responsabilités avec une réelle autonomie.
- Un projet de soins centré sur le patient et son autonomie.



CONTACT

Alain PASCAT
Directeur Général
☎ 03 26 77 13 17

✉ alain.pascat@arpdd.asso.fr



RECRUTE MÉDECIN SPÉCIALISTE

En Médecine Physique et Réadaptation (H/F).
Pour l'établissement de santé de Freyming-Merlebach -
HC - HDJ - Consultation

CDI
Temps plein



Sous la responsabilité du directeur et au sein d'une équipe pluridisciplinaire comportant des MPR et tous les métiers de la rééducation, les missions principales du MPR sont :

- Assurer la prise en charge des patients et la continuité des soins en HC et en HDJ au sein d'un SMR Mention.
- Réaliser des consultations.
- Participer à l'élaboration des projets thérapeutiques et des programmes de soins des patients en HC et HDJ.
- Être en interface directe avec les adresseurs.
- Assurer la relation avec les patients et leurs familles.
- Participer à l'amélioration des filières, au développement des compétences.
- Participer aux instances médicales, aux groupes de travail.
- Développer l'activité d'IVS 3 et 4, exosquelette, réalité virtuelle, isocinétisme.
- S'inscrire dans la démarche d'amélioration continue de la qualité de soin.

Envoyer lettre de candidature +
CV par courrier à :

Directeur de l'Établissement de Santé Filieris de Moselle-Est
2 rue de France - 57800 FREYMING-MERLEBACH
ou Secrétariat de Direction : sec-dir.hf@filieris.fr



RECHERCHE UN MÉDECIN MPR F/H CDI ou CDD - temps plein ou temps partiel

AVANTAGES

Un cadre de vie exceptionnel en Corse, avec ses plages, ses montagnes et son riche patrimoine culturel.
Une rémunération attractive et des avantages sociaux compétitifs.
Des opportunités de développement professionnel et de formation continue. Un équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

PROFIL RECHERCHÉ

Titulaire d'un diplôme de médecine avec spécialisation en MPR.

CONTACT

Madame PONS, Directrice ☎ centre.molini@free.fr ☎ 04 95 25 22 00



Le Centre de Rééducation Molini implanté sur la Rive Sud du Golfe d'Ajaccio (Corse du Sud) recherche son 5^{ème} médecin MPR pour une prise en charge globale de 99 patients en hospitalisation complète et d'une trentaine de patients en hospitalisation de jour.

Nous sommes spécialisés dans la prise en charge des pathologies de l'appareil locomoteur et des affections du système nerveux.



CENTRE HOSPITALIER DE ROCHEFORT
(CHARENTE-MARITIME – 17) RECRUTE

MÉDECIN GÉRIATRE OU GÉNÉRALISTE À ORIENTATION GÉRIATRIQUE (H/F)

Le Centre Hospitalier de Rochefort recrute un praticien pour son EHPAD de 96 lits et ses missions de coordination gérontologique territoriale.

UN EXERCICE RICHE ET DIVERSIFIÉ

- Suivi médical des résidents en EHPAD.
- Évaluation gériatrique et projets de soins.
- Coordination d'EHPAD partenaires.
- Participation aux parcours gériatriques du territoire.
- Accès direct au plateau technique hospitalier et aux avis spécialisés.

CONDITIONS ATTRACTIVES

- Temps plein.
- Statut PH ou contractuel.
- Reprise intégrale de l'ancienneté.
- Possibilité de titularisation.
- Mutation et contrat motif 2 possibles.
- Évolution des missions selon votre projet professionnel.

UN CADRE DE VIE EXCEPTIONNEL

- Rochefort, à 20 min de La Rochelle.
- Océan Atlantique, îles, activités nautiques et qualité de vie reconnue.

POURQUOI NOUS REJOINDRE ?

- Équipe médicale expérimentée et stable.
- Activité mixte : EHPAD, gériatrie hospitalière et coordination territoriale.
- Établissement à taille humaine.
- Territoire dynamique et attractif.



CONTACT

Dr Sylvie YVONNET, Chef du Pôle de Gérontologie

☎ 05 46 88 59 47 ✉ sylvie.yvonnet@ght-atlantique17.fr

Sandra POITEVIN, Directrice Adjointe des Affaires Médicales

☎ 05 46 03 44 40 ✉ sandra.poitevin@ght-atlantique17.fr



LA MUTUALITÉ
FRANÇAISE CENTRE
ATLANTIQUE

RECHERCHE

UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE H/F

DEVENEZ MÉDECIN SALARIÉ A ROYAN
La ville de ROYAN vous tend les bras.

Station balnéaire très prisée de la côte Atlantique, la Ville de Royan propose une diversité d'activité entre mer et terre de caractère. À 2h de Bordeaux, 1h30 de La Rochelle et 2h de Poitiers, la ville de Royan présente de nombreux atouts pour favoriser votre installation personnelle. La Mutualité Française Centre Atlantique, acteur majeur de la Charente-Maritime, vous permettra de vous mettre en lien direct avec ses partenaires pour la réalisation de votre projet personnel.

VOS AVANTAGES

- Vous vous appuyerez sur une équipe administrative réactive et à l'écoute.
- Vous serez impliqué dans un projet de santé en lien avec la CPTS du territoire et les professionnels libéraux.
- Vous travaillerez en collaboration avec les 2 autres médecins présents sur le centre.

ET CÔTÉ SALARIAL ?

Vous pourrez bénéficier de l'ensemble des avantages de la Mutualité Française Centre Atlantique :

- Aménagement de votre temps de travail (maximum 39h).
- Rémunération attractive (fixe + variable).
- Avantage d'entreprise (mutuelle, prévoyance, tickets restaurant, CSE...).
- Droit à la formation et au développement professionnel continu.

CHIRURGIEN-DENTISTE

POSTE À NIORT ET LA ROCHELLE

Nos valeurs sont aussi les vôtres :

- Satisfaction du patient.
- Bien-être de notre équipe.
- Environnement et outils de travail high-tech (réfection de nos centres réalisés entre 2022 et 2024).
- Équipe administrative et assistante dentaire à vos côtés au quotidien.

Votre épanouissement au sein de nos cabinets deviendra notre priorité.

Parce que nous savons que la qualité de vie passe également par la sécurité de l'emploi, nous mettons un point d'honneur à vous proposer :

- Un contrat à durée indéterminée.
- Une base de rémunération minimum sur les 4 premiers mois.
- Un salaire évolutif en fonction de votre activité.
- Des avantages non négligeables : mutuelle, ticket repas, CE.

*Vos pairs sauront vous
accueillir avec bienveillance.
Nos équipes vous attendent !*

Cindy DEVERS

Directrice des Ressources Humaines

☎ 07 52 07 18 96 ✉ cdevers@mfca.fr





LA COMMUNE DE TRESQUES (30330)

Toutes les facilités d'installation sont proposées pour occuper le cabinet médical situé dans le village et jouxtant une pharmacie, un cabinet infirmier et un cabinet de kinésithérapeute.

recherche

Ce village médiéval chargé d'histoire et de culture avec ses monuments historiques et ses ruelles pittoresques se situe non loin du Pont du Gard.

Convoitée par sa situation stratégique et son implantation, la commune de Tresques se situe à proximité des métropoles de Nîmes et d'Avignon, non loin des axes autoroutiers :

A9 Nîmes – Montpellier et A7 Marseille – Lyon, à seulement 35 mn en voiture de la gare TGV Avignon.

La commune est le siège du plus gros centre de Service Départemental d'Incendie et de Secours du Gard et la population composée de ruraux et de citadins, environ 1890 habitants, bénéficie d'une école primaire de la Maternelle au CM2 avec cantine et garderie scolaire.



UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE DÉBUTANT OU CONFIRMÉ

souhaitant s'installer en milieu semi-rural pour bénéficier d'une qualité de vie professionnelle et personnelle.



CONTACT : Sophie GENTHIAL
dgs@tresques.fr | 04 66 82 01 17



LE CENTRE HOSPITALIER FRANÇOIS TOSQUELLES est l'unique établissement psychiatrique du département de la Lozère, qui compte par ailleurs peu d'offre libérale.

Les structures ambulatoires en psychiatrie générale comme en pédopsychiatrie maillent le territoire dans les différentes villes du département.

L'unité d'admissions adultes et l'unité de soins pour adolescents sont situées à Mende à proximité de l'Hôpital Lozère, hôpital MCO/service des urgences.

Sur le site historique de Saint-Alban, sont situées 4 unités : la gériopsychiatrie, une unité de post crise et deux unités de réhabilitation.

Le projet médical est décliné au sein des unités avec de nouvelles avancées porteuses de sens, en termes de parcours patients et de prises en charge spécialisées. Nos équipes dynamiques sont engagées dans la prise en charge de la santé mentale en Lozère. Implanté sur un site naturel remarquable, l'établissement dispose de bâtiments de soins récents et de matériel régulièrement renouvelé qui garantissent des conditions d'exercice particulièrement favorables.

Situé à proximité de l'A75, vous bénéficiez de l'accès facilité à des grandes villes, tout en profitant de la qualité de vie offerte par notre département. Votre installation est favorisée par la possibilité de logement sur place.

NOUS RECHERCHONS DES MÉDECINS PSYCHIATRES ET PÉDOPSYCHIATRES, DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET UN PHARMACIEN

pour renforcer l'équipe médicale en place. Des postes sont à pourvoir dans nos différents sites avec une possibilité d'aménager votre poste en lien avec l'ensemble de l'équipe médicale présente.



L'équipe de direction et le PCME restent à votre disposition pour convenir d'un échange téléphonique ou en visioconférence pour envisager avec vous une éventuelle collaboration.

Vous pourrez trouver plus d'informations sur notre site internet
www.epsm-lozere.fr



LE CENTRE HOSPITALIER TERRITORIAL GASTON BOURRET EN NOUVELLE-CALÉDONIE RECRUTE DES PRATICIENS HOSPITALIERS



Date limite
de candidature :
15 avril 2026

Date limite
de candidature :
15 mai 2026

Postes à pourvoir :

- **1 CARDIOLOGIE** (Coronarographie)
- **1 ORL**
- **1 PHARMACIE**
- **1 IMAGERIE MÉDICALE**
(Radiologie interventionnelle)
- **2 URGENCES ADULTES**
- **1 NÉONATOLOGIE**
- **1 RÉANIMATION**

Renseignements médicaux (Chefs de service) :

- **CARDIOLOGIE** - marie.robin@cht.nc
- **ORL** - jean-francois.herve@cht.nc
- **PHARMACIE** - audrey.paret@cht.nc
- **IMAGERIE** - olivier.legeas@cht.nc
- **URGENCES** - frederick.langeron@cht.nc

Postes à pourvoir :

- **1 DAMPS**
- **1 DOULEUR**
- **1 ANESTHÉSIE**
- **2 UMJP**
- **1 CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE**

Renseignements médicaux (Chefs de service) :

- **DAMPS** - Gael.guyon@cht.nc
- **DOULEUR** - Emmanuel.couadau@cht.nc
- **ANESTHÉSIE** - Olivier.deheaulme@cht.nc
- **UMJP** - Celine.paret@cht.nc
- **CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE** -
Leo.nanty@cht.nc

*Exercez votre spécialité dans un
environnement médical dynamique, au sein
d'un établissement de référence du Pacifique,
et contribuez à un projet hospitalier ambitieux.*

Informations administratives :

julie.vois@cht.nc | sec-dam@cht.nc

Profils de postes à consulter
sur le site du CHT :
<https://www.cht.nc>



Centre Hospitalier de la Polynésie française

**recrute UN MÉDECIN PATHOLOGISTE ou
UN ASSISTANT HOSPITALIER en post-internat**

**Immédiate – Poste temps plein
Recrutement à durée déterminée
Contrat renouvelable**

DIPLÔMES REQUIS

Doctorat en médecine et DES ou CES d'Anatomie et Cytologie Pathologiques ou Diplômes équivalents avec autorisation d'exercer en France et inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins français.

EXPÉRIENCES REQUISES

Expériences de 2 à 3 ans sur un poste similaire.

PRÉSENTATION DU LABORATOIRE

Le CHPF est l'hôpital de référence pour le territoire de la Polynésie française ; établissement ouvert fin 2010. Le secteur d'ACP est individualisé au sein d'un laboratoire d'analyse polyvalent. Effectif du secteur : 3 PH ACP temps plein (dont le poste à pourvoir), 1 interne (selon les semestres), 4,5 ETP techniciens.

ÉQUIPEMENTS MIS À DISPOSITION

Plateau technique complet ; automate d'immunohistochimie (Benchmark Ventana). Logiciel informatique spécifique (Diamic).

MISSIONS PROPOSÉES

Activité hospitalière polyvalente, non sectorisée (hors autopsie adulte, néphropathologie et fœtopathologie) : gynécologie, gastro-entérologie, urologie, ORL, pneumologie, endocrinologie, hématologie, dermatologie, neuropathologie. Forte activité cancérologique.



CV ET LM À TRANSMETTRE À : gpeec@cht.pf



Le CHU de la Guadeloupe fait peau neuve !

Le Nouveau CHU sera un des établissements publics de santé les plus modernes de France qui fera entrer pleinement le système de santé de la Guadeloupe dans une dynamique d'innovation et de haute technologie.

Ce CHU est le seul de la région à prendre en charge les spécialités suivantes : Cancer, réanimation polyvalente et néonatale, brûlés, neurochirurgie, chirurgie robotisée, maladies infectieuses et tropicales, coronarographie, gériatrie, drépanocytose.

Située à quelques km seulement de pays tels que le Venezuela, proche des Etats-Unis et de nombreuse îles de la caraïbe (République Dominicaine, îles vierges, Barbade) l'archipel de la Guadeloupe est une destination riche côté terre (nature luxuriante) et riche côté mer (mer des caraïbes, atlantique), propice à de très nombreuses activités sportives, culturelles ou de détente. Dotée de toutes les infrastructures et services nécessaires pour vous et votre famille.

NOUS RECHERCHONS :

- Cardiologues
- Radiologues
- Pédiatres (Pédiatrie et urgences pédiatriques)
- Médecins urgentistes
- Chirurgie orthopédique
- ORL
- Radiothérapeutes
- Neurologues

Venez découvrir le charme de la culture créole.

NOS AVANTAGES : Indemnité de vie chère (40 % des émoluments bruts de base) ; prime d'engagement de carrière hospitalière pour certaines spécialités ; remboursement de vos frais de transport domicile/Point-à-Pitre ; accompagnement de votre premier mois d'installation (indemnité d'hébergement de 900 € et indemnité de location de voiture de 700 €).

NOS FORCES : Référent sur le territoire ; équipes investies ; accueil des internes ; possible activité de recherche.



PERSONNE À CONTACTER :

sophie.petipernon@chu-guadeloupe.fr



Le CSSR situé à Dumbéa sur Mer en Nouvelle-Calédonie RECHERCHE MÉDECIN MPR

MISSIONS PRINCIPALES

- Participer à l'ensemble des activités du service en lien avec l'équipe pluridisciplinaire.
- Participer à la continuité du service et à la permanence des soins.
- Participer aux commissions d'admission.
- Élaborer des bilans analytiques et fonctionnels d'entrée permettant de définir un

projet thérapeutique du patient, et prescriptions aux équipes pluridisciplinaires des actes de rééducation.

- Animer des staffs périodiques pluridisciplinaires pour adapter les objectifs de soins de rééducation.
- Rédiger des synthèses de sortie pour permettre la continuité des soins et la réinsertion socio-professionnelle.
- Assurer la permanence médicale dans les services d'hospitalisation en lien avec l'équipe médicale du centre.
- Suivre des patients ayant des pathologies chroniques (hospitalisation complète ou hôpital de jour).
- Prendre en charge des consultations médicales en lien avec son secteur d'activité.

SAVOIR : FORMATION DIPLÔMANTE ET EXPÉRIENCE

- Titulaire du DES/CES de MPR.
- Connaissances médicales très étendues et plus particulièrement en SSR.
 - Formation de MPR permettant la prise en charge de l'ensemble des pathologies neurologiques et de l'appareil locomoteur.
 - Compétences et expérience en urodynamique, toxine botulinique, appareillage, isocinétisme.
 - Connaissance du logiciel OSIRIS serait un plus.

Contactez le recruteur **Madame Kaspard** pour postuler directement ou avoir plus d'informations par rh@cssr.nc



MÉDECINS SPÉCIALISTES – Rejoignez le centre de référence en réadaptation en Suisse. LA CLINIQUE ROMANDE DE RÉADAPTATION DE LA SUVA (CRR) À SION, établissement de pointe reconnu en médecine de réadaptation, renforce ses équipes médicales.

NOUS RECRUTONS

- MÉDECIN HOSPITALIER / CHEF-FE DE CLINIQUE EN RÉADAPTATION PARAPLÉGIQUE
- MÉDECIN SPÉCIALISTE EN NEUROLOGIE / NEUROLOGUE CHEF-FE

Vous évoluerez dans un environnement multidisciplinaire d'excellence, au cœur du Valais, avec :

- Plateau technique moderne et expertise reconnue.
- Collaboration étroite avec les équipes thérapeutiques.
- Conditions de travail attractives et équilibre vie privée / professionnelle.
- Cadre de vie exceptionnel au cœur des Alpes suisses.

PROFIL RECHERCHÉ

Médecins spécialistes (ou en voie de spécialisation) avec intérêt marqué pour la réadaptation et le travail en équipe interdisciplinaire.



Découvrez les postes et postulez

Créer, innover, travailler en équipe : l'aventure Eurofins vue de l'intérieur

Après plusieurs années en laboratoire d'hématologie et en thérapie cellulaire et tissulaire dans le secteur public, Agathe Maillon a choisi de rejoindre Eurofins Biomed Centre Val de Loire, en tant que biologiste associée d'un nouveau laboratoire à Tours.

Le Dr Agathe Maillon entourée du Dr Gauvin FOUCAULT, à sa droite et du Dr Fatih SARI, président de la SELAS.



Comment avez-vous intégré Eurofins ?

Agathe Maillon.- Après plus de 10 ans dans le secteur public, j'avais envie d'un nouveau défi professionnel. Je cherchais une structure où je pouvais concilier mon exercice professionnel et ma vie personnelle, tout en travaillant en équipe et auprès des patients. J'ai rejoint 2 biologistes, Fatih Sari et Gauvin Foucault, afin de créer ensemble cette structure. Ce qui est très intéressant dans le groupe Eurofins, c'est que nous sommes libres dans notre fonctionnement et dans notre organisation. J'ai également retrouvé la proximité avec les patients, notamment à travers le diagnostic et le suivi de pathologies, ce qui représente une part importante de notre métier de biologiste.

Comment se passe le travail en équipe au sein de votre structure Eurofins ?

A. M.- Nous travaillons tous en collaboration au quotidien, que ce soient mes associés biologistes mais aussi les techniciens, les infirmières, les secrétaires et les autres structures Eurofins qui ont, comme nous, ouvert ces dernières années. C'est une équipe que l'on a construite, professionnelle, souriante, qui a envie d'être là et qui aime son travail. Chaque membre de l'équipe participe à la construction du laboratoire.

Comment sont traitées les analyses au sein de vos sites de prélèvement ?

A. M.- Nous traitons la grande majorité des analyses sur notre propre plateau technique où nous sommes garants de la qualité. Les analyses spécialisées, et par conséquent moins fréquentes, sont sous-traitées à Eurofins Biomnis.

Qu'est-ce qui vous intéresse le plus dans vos missions ?

A. M.- J'aime particulièrement le fait de participer à la construction et à l'organisation de la structure. J'apprécie que mon quotidien soit diversifié : gestion et développement d'un site de prélèvement, gestion du système qualité, résolution des problèmes du quotidien sur le plateau technique en lien avec les techniciens, proximité avec les patients et prescripteurs...

Avez-vous une anecdote à raconter sur votre exercice ?

A. M.- Comme tous les laboratoires, nous participons à la campagne de dépistage des IST organisée par l'Assurance Maladie. Nous proposons ce dépistage à la grande majorité des patients. Et il se trouve que le doyen des patients dépisté était un monsieur âgé de 93 ans ! Nous avons été surpris, mais en réalité, il n'y a pas d'âge pour se faire dépister.

Que dire aux personnes qui souhaitent vous rejoindre ?

A. M.- C'est une aventure professionnelle et personnelle très enrichissante, au sein d'une équipe qui a envie d'aller de l'avant ! Les personnes qui nous rejoindront participeront à la construction de la structure car nous comptons ouvrir de nouveaux sites de prélèvements. Elles seront soutenues par l'équipe et encouragées à proposer leur propre vision.



Découvrez toutes les offres et postulez dès maintenant sur la plateforme.

Envie de rejoindre l'aventure Eurofins Biologie Médicale ?

Le groupe recrute des **BIOLOGISTES ET DES ÉQUIPES DE LABORATOIRE** partout en France. Rejoignez des structures en plein développement, participez à des projets de création de sites et construisez votre exercice au sein d'équipes engagées.



vous invitent à rejoindre

Le Cercle de l'Investissement Immobilier

**Pour réaliser le bon investissement patrimonial,
autant être bien entouré.**

Investir dans la pierre, c'est la garantie de vous constituer un patrimoine solide qui mettra à l'abri vos proches et vous pour longtemps. Mais encore faut-il avoir toutes les clefs pour réaliser l'investissement le plus adapté à votre situation.

Pourquoi l'immobilier neuf est-il un excellent véhicule de transmission ?
Comment profiter des meilleurs dispositifs pour anticiper sa transmission ?
Faut-il créer une SCI ou une SARL de famille ?
Quelles opportunités fiscales pour faire une donation à ses enfants
afin qu'ils achètent leur résidence principale ?

Cogedim et Histoire & Patrimoine mettent toute leur expertise,
leurs biens et leurs solutions de financement – Monument Historique,
Jeanbrun, Nue-propriété... – pour vous offrir un accompagnement personnalisé,
au service de votre projet.

Pour en savoir plus :



histoire-patrimoine.fr

cogedim.com