

LE MAG DE L'INPH

1^{er} INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

N° 10

MARS
2017

QUADRIMESTRIEL
GRATUIT



DOSSIER : LA VIE SANS HÔPITAL

**ENTRETIEN AVEC LE PR EMMANUEL HIRSCH :
L'HÔPITAL AU SERVICE DES VALEURS D'HUMANITÉ**

**UN PAS DE CÔTÉ :
DIMINUER LA DÉPENSE À TOUT PRIX : FOLIES ET DÉRAISONS
DE LA POLITIQUE HOSPITALIÈRE**

WWW.INPH.ORG

**CHRONIQUE D'HÔPITAL :
L'ANÉVRYSME DE LA VAHINÉ**



1^{ER} INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

BUREAU

Présidente
Dr Rachel BOCHER
(CHU de Nantes)

Délégué général et chargé des CH Non Universitaires
Dr Alain JACOB
(SNHG - Corbeil Essonnes)

Vice-Président Chargé CHS
Dr Angelo POLI
(SPEP - Saint Cyr au Mont d'Or)

Secrétaire Général
Dr Jamil AMHIS
(FPS - Créteil)

Vice-Président chargé de l'Université Recherche
Pr Bertrand DIQUET
(SNHU - Angers)

Vice-Président Chargé CHU et de la Chirurgie
Dr Jean-Michel BADET
(SNPH - CHU - Besançon)

Trésorier
Dr Olivier DOUAY
(SNPH - CHU - Angers)

Vice-Présidente Chargée Pharmacie
Dr Mariannick LEBOT
(SYNPREFH - Brest)

Trésorier adjoint et chargé des Odontologistes
Dr Bernard SARRY
(SNOP - Limoges)

Vice-Président chargé de la Pédiatrie et de la Néonatalogie
Dr Jean-Louis CHABERNAUD
(SNPEH - AP-HP)

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

Vice-Présidente chargée des Urgences
Dr Catherine BERTRAND
(SAMU - AP-HP)

Vice-Président chargé des temps partiels
Dr Tony RAHME
(SNPH TP - Montfermeil)

15 SYNDICATS POUR VOUS DÉFENDRE

SNPH-CHU Syndicat National des PH de CHU Président : Dr J.M. BADET	SNPEH Syndicat National des Pédiatres Des Etablissements Hospitaliers Président : Dr J.L. CHABERNAUD
SNPH TP Syndicat National des Praticiens Hospitaliers à Temps Partiel Président : Dr T. RAHME	FPS Fédération des Praticiens de Santé Président : Dr P. TRUJILLO
SPEEP Syndicat des Médecins Exerçant en Milieu Pénitentiaire Président : Dr E. CHAIGNE	SYNPREFH Syndicat National des Pharmaciens Des Etablissements Publics de Santé Président : Dr P. LEGLISE
CNAH Confédération Nationale des Assistants des Hôpitaux Président : Dr J.M. FARNOS	SNHG Syndicat National Des Hôpitaux Généraux Président : Dr A. JACOB
SNMInf Syndicat National des Maladies Infectieuses Président : Dr H. AUMAÎTRE	SNHU Syndicat National Des Hospitalo-Universitaires Président : Dr B. DIQUET
SPEP Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public Président : Dr M. TRIANTAFYLLOU	SNOHP Syndicat National des Odontologistes Des Hôpitaux Publics Président : Dr E. GERARD
SPHPF Syndicat des Praticiens Hospitaliers de Polynésie Française Président : Dr M. LEVY	SCPF Syndicat des Chirurgiens Pédiatres Français Président : Dr H. LEHORS
SMPHNC Syndicat des médecins et pharmaciens de Nouvelle Calédonie Président : Dr E. MANCEL	

15 SYNDICATS QUI VOUS ATTENDENT

SOMMAIRE N°10



Photographies : Henri THOANNES

04 ÉDITORIAL

INFORMATION

06 Les News / Les Views

Rien de fictif dans tout cela

09 Un pas de côté

Diminuer la dépense à tout prix : folies et déraisons de la politique hospitalière

RÉFLEXION

12 Chroniques d'hôpital

L'anévrisme de la vahiné

16 Dossier

La vie sans Hôpital

CONSTRUCTION

30 Interview

Rencontre avec Emmanuel HIRSCH

ANNONCES

34 Les annonces de Recrutement



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

LE MAG DE L'INPH

1^{ER} INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

Editeur & Régie publicitaire

Macéo Editions, Reseauprosante.fr

M. TABTAB Kamel, Directeur

6, avenue de Choisy, 75013 Paris

Tél. : 01 53 09 90 05

Email : contact@reseauprosante.fr

Web : www.reseauprosante.fr

Édition quadrimestrielle

ISSN : 2274-7575

Directeur de Publication D^r RACHEL BOCHER

Rédactrice en chef D^r ANTOINETTE BERNABE GELOT

Comité de lecture D^r JEAN MICHEL BADET

D^r ALAIN JACOB

D^r HENRI THOANNES

D^r EMMANUEL CIXOUS

D^r MICHEL TRYANTAFILLOU

D^r JOSETTE MAHEUT-LOURMIERES

Imprimé à 20 000 exemplaires. 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.

TRIANGLE ET QUADRATURE

Voici le numéro 10 de notre magazine.
Déjà !

Merci à toute l'équipe de rédaction qui construit ce Magazine au service de nos engagements, à celui de notre passion.

Et merci à vous, amis lecteurs, sans lesquels rien n'aurait été possible, ni même tenté.

Vos contributions et vos réactions sont l'essence de votre Magazine de l'INPH, qui a tout naturellement trouvé sa place, celle du succès croissant que vous lui réservez de numéro en numéro.

Donc voici le 10^{ème}.

Un anniversaire marqué par le contexte politique de l'élection majeure d'un nouveau Président de la République en France.

L'INPH comme à chaque fois, tous les cinq ans, s'interroge à haute voix sur la place et le devenir de nos hôpitaux publics au sein de la société.

C'est donc avec un naturel de bon aloi que nous questionnons les candidats sur leurs approches différenciées de l'organisation des soins dans notre Pays.

Alors, dites-nous : et l'hôpital public dans tout ça ? Avec ou sans ?

L'interpellation peut déstabiliser, mais à n'en point parler n'est-ce pas acter l'absence de la réalité des difficultés ?

Faut-il le rappeler, fragiliser l'hôpital public c'est fragiliser l'accès aux soins pour tous et, partant, l'avenir de la médecine dans notre Pays.

Beaucoup a été approché, tenté, ou évoqué.

Mais ce qui a bougé ces dernières années ne contentent pas tous les professionnels.

« Il faut savoir d'où l'on vient pour savoir qui l'on est ».

De l'hospice au CHU, l'hôpital a considérablement évolué en cinquante ans, pour répondre au mouvement d'humanisation, de modernisation et de technicisation.

Puisqu'il est impossible de dissocier l'évolution des systèmes de santé de la politique, notre récent Colloque du mois dernier s'est tenu en présence des différents représentants de la santé issus des

partis politiques en présence, (« EN MARCHÉ », « LE FRONT NATIONAL », « LA FRANCE INSOUmise », « LES RÉPUBLICAINS » et « LE PARTI SOCIALISTE »).

En ces temps de crise, cela renvoie à la question des inégalités dans sa triple dimension : inégalité socio-économique, inégalité socioculturelle (dans sa dimension politique de la diversité) et surtout l'inégalité territoriale.

Mais rien n'est écrit, rien n'est perdu.

« Vivre c'est ne pas se résigner » nous enseigne Camus.

Jusqu'à présent la santé n'a jamais constitué un thème central lors des élections présidentielles de la V^{ème} République.

On constate cette année une modification vers un intérêt plus marqué à l'endroit de nos préoccupations.

Certes les principes fondateurs d'universalité, de solidarité, d'égalité des ordonnances de 45 n'ont jamais été ouvertement remis en cause.

Cela va mieux en l'écrivant.

Aujourd'hui, dépassements d'honoraires, franchises médicales, et augmentation des « restes à charge » ont été contenus il faut bien le reconnaître - retour à la base d'il y a 10 ans -, mais il faut aller plus loin, en faveur de la sauvegarde du modèle social Français, revisité ou rénové, mais acté.

Au cœur de cette période nourrie par les débats nationaux, il est intéressant d'observer les projets de réponses à la crise démographique et à la désertification médicale.

Il n'y aura pas de consensus.

Heureusement.

Non, rien n'est perdu, assurément.

La vision globale d'un système public de santé doit permettre de mieux structurer l'offre de soins sur l'ensemble du territoire pour mieux répondre aux attentes de la population et aux exigences d'une utilisation rationnelle des moyens.

Les établissements publics incarnent par nature le service public et sont les plus légitimes pour assurer en globalité l'ensemble de leurs missions de façon pérenne.

EDITO

**Il faut savoir
d'où l'on vient
pour savoir qui
l'on est...**

Pas de soins sans soignants. Pas d'hôpitaux sans médecins. Evidemment.

Mais pas de soins de qualités sans soignants toujours mieux formés, motivés, associés, écoutés. Agissants.

A ce stade, rappelons quelques-uns des fondamentaux chers à l'INPH.

OUI à un hôpital public efficace, moderne, performant, en réseau avec des partenariats.

NON à un hôpital entreprise et à cette concurrence marchande entre établissements de santé à la conquête des parts de marché.

OUI à l'évolution nécessaire de nos pratiques dans un hôpital public renforcé dans ses valeurs et ses missions de service public.

NON à un hôpital public comme un refuge médico-social pour le grand âge et les patients les plus lourds.

NON à la privatisation larvée de l'ensemble du système de santé et aux MIGAC comme variables d'ajustement de ONDAM hospitalier.

Hôpital et rentabilité font difficilement bon ménage, pourquoi le nier ?

Où la volonté de réduire à tout prix la dépense publique de soin constitue une aberration économique.

En 2015, l'Hôpital Public, c'est 36 % de CSBM (consommation de soins et biens médicaux).

Beaucoup et peu à la fois.

Quoiqu'il en soit moins ce qui ressort des débats.

La défense approximative de la vertu budgétaire égare plusieurs de ses laudateurs, et confisque les vérités comparables.

La santé est une et indivisible.

Il serait vain de chercher à opposer secteur public et secteur privé, les jeunes praticiens à leurs aînés.

Notre préoccupation, ici et maintenant, est bien celle de l'Hôpital public.

Qu'en a-t-il été fait ?

A-t-il été bien traité, mal traité ?

Oublié ?

Les rustines apposées sur nos statuts ici et là depuis quelques années n'ont pas fait bouger les lignes. Les interrogations demeurent.

Le risque des « PH valises » lié à l'apparition des GHT, - un jour ici, un autre là -, entame la concorde de nos Equipes, socle de la qualité des soins.

Reste que la question de l'attractivité est majeure et marque trois facteurs : rémunérations, conditions de travail (avec une gouvernance médicalisée) associées à notre incontournable indépendance professionnelle.

Devant la dégradation du classement de nos hôpitaux qui sont passés de la 1^{ère} place en 2000 à la 17^{ème} place en 2015, plusieurs défis restent à relever.

Les réponses politiques programmatiques ne peuvent pas être cantonnées à des options tarifaires.

Le principal risque du bouillonnement actuel est de conduire à un concours Lépine des solutions introuvables, des promesses qui n'engagent que ceux qui y croient, ou des improvisations abracadabrantesques.

L'hôpital de nos rêves reste celui des 3 « R » :

RETROUVER son dynamisme

RECONCILIER les différents corps professionnels

REDUIRE les déficits sans sacrifier ni aux soins ni à l'innovation ni à ses missions de enseignement et de recherche

Un triangle au secours de la quadrature du cercle.

Rien de compliqué en somme !

Les paroles des candidats en lices seront-elles leurs actions de demain ?

Acteurs mais aussi électeurs, nous avons écouté.

Et avec l'un d'entre eux, nous avons d'ores et déjà rendez-vous.

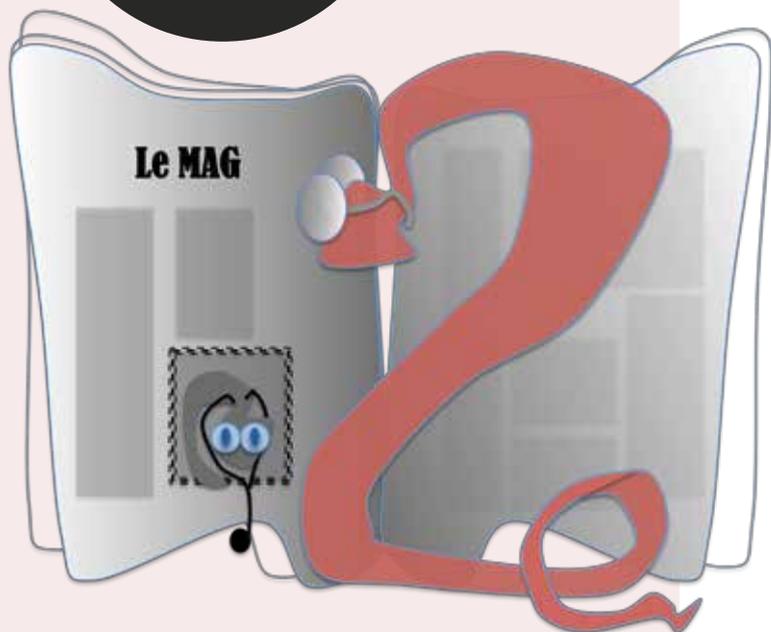
Présidente de l'INPH
Dr Rachel BOCHER



RIEN DE FICTIF D



Dr Jean-Michel Badet
SNPH - CHU - Vice-Président INPH



**C'est un vrai journal,
de vraies infos...**

Lors du dernier numéro du MAG, j'avais fait le point sur nos négociations du protocole « attractivité de l'exercice hospitalier ». Certains textes législatifs sont parus au moment où j'écris cette chronique, sachant bien sûr qu'entre ce jour d'écriture et celui de votre lecture se sera écoulé quelques semaines. En espérant que pendant ce délai le reste des textes aura été publié, avant que l'encre du stylo de la Ministre ait complètement séché mais surtout avant que les élections aient eu lieu.

Les textes publiés concernent la prolongation d'activité, la régularisation des droits sociaux des non titulaires, l'indemnité d'engagement de service public exclusif, la permanence des soins et enfin, les activités programmées en début de soirée.

Sont encore très attendus à ce jour, les textes concernant la prime d'engagement territorial dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT), la reconnaissance de l'engagement de début de carrière, la reconnaissance des valences et la reconnaissance de la 5^e plage pour le travail de nuit.

Beaucoup de chemin reste encore à parcourir pour améliorer l'attractivité des carrières hospitalières publiques. Dès la fin de ce temps électoral, nous reprendrons nos actions quel que soit le résultat des votes.

Pour vos représentants, ces textes sont le fruit d'un travail de négociation bien réel au cours de nombreuses réunions au Ministère et à la DGOS, d'analyse de projets de textes, et au final d'une présentation la plus claire possible dans les pages de ce Mag, dans les Newsletters et sur le site de l'INPH.

Rien de fictif dans tout cela.

Merci de continuer de nous aider à vous défendre, à faire progresser le statut et l'attractivité des carrières hospitalières en cotisant à l'un des syndicats constitutifs de l'INPH.

ANS TOUT CELA

Le Décret n° 2016-1426 du 21 octobre 2016 concerne la prolongation d'activité. Le texte régularise l'âge de départ à la retraite des PH ⁽¹⁾

- ☒ Pour ce qui est de l'âge de la retraite :
 - PH né en 1952 : 65 ans 9 mois.
 - PH né en 1954 : 66 ans 7 mois.
 - PH né en 1955 et après : 67 ans (dans l'attente d'une prochaine réforme !).
- ☒ Pour ce qui est de la prolongation d'activité :
 - Les modalités de mise en œuvre n'ont pas changé.
 - La prolongation d'activité passe dans sa limite supérieure à 5 ans pour décroître en revenant au niveau de 3 ans pour les PH nés en 1956.
 - Pour un PH né en 1952, il pourra prolonger son activité au plus 51 mois après sa date de retraite officielle, 46 s'il est né en 1953, 41 s'il est né en 1954.
 - Cette mesure cherche à atténuer un peu le creux démographique des années à venir !

Le Décret n° 2017-161 du 9 février 2017 présente pour l'INPH la récompense de beaucoup d'efforts pour uniformiser les droits des PH non titulaires ⁽²⁾

- ☒ Il permet enfin à un PH en période probatoire de travailler à temps réduit, et ouvre la possibilité de travailler sur plusieurs établissements.
- ☒ Il reconnaît aux PH contractuels et aux assistants (quel que soit la nature ou la durée du contrat) les mêmes droits sociaux que les PH titulaires, en particulier les congés maternité, le congé parental ou les congés maladie, longue durée et accident de travail.
- ☒ Il clarifie également les obligations en cas d'arrêt de travail pour maladie avec l'obligation du dépôt du certificat d'arrêt de travail sous 48 heures sous peine de sanction.
- ☒ Un décret complémentaire est en attente pour les hospitalo-universitaires.



Avec cela on va passer pour des complotistes ...

L'arrêté du 20 décembre 2016 modifiant l'arrêté du 8 juin 2000 relatif à l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) propose une augmentation sous condition de cette indemnité ⁽³⁾

- ☑ L'IESPE passe de 490,41 € à 700 € bruts si vous justifiez de l'attribution de cette IESPE pendant 15 ans (de manière continue ou discontinue).
- Cette disposition doit figurer au contrat signé avec votre direction soit sous la forme d'un nouveau contrat de 3 ans, soit sous la forme d'avenant du contrat en cours. Rapprochez-vous de votre direction des affaires médicales pour régulariser cette situation.
- ☑ Malheureusement, pour l'instant, cette augmentation ne peut pas bénéficier aux temps partiels puisque son attribution à leur statut n'a que 4 ans d'ancienneté.

L'arrêté du 4 novembre 2016 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 fait partiellement aboutir nos demandes concernant le temps de travail additionnel (TTA) et les astreintes ⁽⁴⁾

- ☑ Partiellement en effet, car les mesures ci-dessous ne s'appliqueront que lorsque les établissements d'un GHT auront adopté un schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins organisé et coordonné au niveau du GHT et donc au plus tard au 1 juillet 2017. Les établissements dérogatoires aux GHT (APHP en particulier) verront les mesures appliquées au 1^{er} juillet 2017.
- Un seul niveau d'astreinte : l'astreinte opérationnelle rémunérée ce jour 42,38 €.
- Le TTA est toujours du TTA de jour (pas de déduction de l'indemnité de sujétion si le TTA était de nuit).
- ☑ Il faut donc activement mobiliser les COPS de chaque établissement participant à un GHT pour s'assurer que le schéma régional de permanence des soins est effectif.

L'arrêté du 4 novembre 2016 relatif à la valorisation des activités médicales programmées réalisées en première partie de soirée reste sans doute le moins abouti pour nous ⁽⁵⁾

- ☑ Il s'applique à tous les statuts, PH, UH, temps partiel, attaché, assistant, contractuel.
- ☑ Le directoire décide de la mise en œuvre de ces activités (plateau technique et médico-technique, consultations) après avis de la CME après analyse des besoins.
- ☑ On ne peut avoir une activité de début de soirée et être en même temps de permanence des soins.
- ☑ Cette activité déroge à la demi-journée pour son décompte qui se fera en heures et est incluse dans les obligations de service.
- ☑ Je ne résiste pas à vous citer l'une des phrases de cet arrêté qui pourrait nous permettre de faire avec vous un jeu : faites plus court, faites plus long !!!
- *Les bénéfiques pour l'offre de soins et la soutenabilité pour l'organisation hospitalière constituent des dimensions à prendre prioritairement en compte dans le cadre des analyses d'opportunité développées au sein des établissements.*

RÉFÉRENCES

1. Décret n° 2016-1426 du 21 octobre 2016 relatif à la limite d'âge et à la prolongation d'activité des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques hospitaliers
https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000033285571
2. Décret n° 2017-161 du 9 février 2017 relatif aux droits à congés et aux conditions d'exercice de certains personnels médicaux et pharmaceutiques des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux.
https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000034024455
3. Arrêté du 8 juin 2000 relatif à l'indemnité d'engagement de service public exclusif.
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000024111052>
4. Arrêté du 4 novembre 2016 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000033385749
5. Arrêté du 4 novembre 2016 relatif à la valorisation des activités médicales programmées réalisées en première partie de soirée. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033385735>



DIMINUER LA DÉPENSE À TOUT PRIX : FOLIES ET DÉRAISONS DE LA POLITIQUE HOSPITALIÈRE



Jean-Paul Domin

(Regards, EA 6292)

Université de Reims, Champagne-Ardenne

Les économistes ont besoin de grandeurs statistiques pour appréhender une question. Dans le domaine de la santé l'agrégat utilisé est la *Consommation de soins et de biens médicaux* (CSBM). Il comprend les soins hospitaliers (publics et privés), les soins de villes (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, analyses, ...), les transports de malades et les autres biens médicaux (optique, prothèses, ...). La CSBM représente 194,6 milliards d'euros, soit 2 930 euros par habitant et 8,9 % du Produit intérieur brut (PIB).

L'hôpital public représente en 2015, 70,1 milliards d'euros contre 61,7 milliards d'euros en 2010 (Beffy, Roussel, Solard, Mikou, Ferretti, 2016). **Entre 2014 et 2015, la progression est de 2,2 % en valeur contre 2,7 % sur la période qui s'étend de 2010 à 2015.**

En 2015, l'hôpital public ne représente plus que 36 % de la CSBM. Cette part est en nette régression depuis le milieu des années 1980.

En effet, si entre 1950 et 1983 la part des dépenses hospitalières est passé de 43 à 54 % de la CSBM (Le Garrec, Koubi, Fenina, 2013), elle a diminué à partir de cette date en raison de la mise en place d'une politique de réduction drastique de la dépense hospitalière. Depuis le milieu des années 1980, l'hôpital public est en effet devenu la bête noire des pouvoirs publics qui se sont efforcés par différents types de politique de réduire son poids dans le système de santé en tentant d'y appliquer des méthodes expérimentés dans les entreprises privées (Domin, 2015). **Le politique tente d'imaginer une vie sans l'hôpital sans en imaginer véritablement les conséquences.**

Nous organiserons notre propos en deux temps. Après avoir décrit la mise en œuvre des politiques de réforme de l'hôpital à partir des années 1980 (1), nous montrerons qu'il est illusoire de vouloir réformer l'hôpital public comme une entreprise sans entrevoir les conséquences pour la société (2).



1. RÉFORMER L'HÔPITAL COMME UNE ENTREPRISE

Depuis le milieu des années 1980, l'hôpital est un chantier permanent que le politique tente de réformer en appliquant des méthodes de gestion issues des entreprises privées. Deux grandes tendances se dégagent nettement : transformer les praticiens hospitaliers en manager et réformer le système de financement en appliquant la tarification à l'activité. L'objectif non avoué est de réduire la dépense au minimum.

Depuis le début des années 1980 l'objectif est d'inciter les médecins et les personnels non médicaux à participer à la gestion de l'établissement. Le découpage en centres de responsabilité (décret du 11 août 1983) et la mise en œuvre de la départementalisation (loi du 3 janvier 1984) en constituent deux premiers exemples. Le premier s'inscrit dans la perspective de la direction par objectif. Il tente d'associer les praticiens à la gestion des services dont ils sont responsables. L'objectif de la départementalisation est d'accélérer le regroupement des services et par la même occasion de favoriser l'émergence de nouveaux schémas hiérarchiques. Ces deux

réformes ont échoué en raison de l'opposition des praticiens, mais les pouvoirs publics n'en ont pas tenu compte.

Dans le même ordre d'idée, la loi du 24 juillet 1987 met en place la Commission médicale d'établissement (CME) qui voit ses attributions élargies par la loi du 31 juillet 1991 qui met également en place un conseil de service et favorise l'émergence d'un projet d'établissement. Ces évolutions doivent cependant être appréciées avec précaution. Plus récemment, l'ordonnance du 2 mai 2005 tente de régler les relations entre les directions d'établissement et les responsables de service et incite au regroupement des services en pôles. Le responsable de pôle met en œuvre au sein du pôle, la politique générale de l'établissement. Il a une délégation de gestion. L'ordonnance met en place un Conseil de pôle composé de membres de droit (chef de pôle, responsables des services, cadres supérieurs de santé, cadres de santé) et membre élus (médecin et personnels).

L'introduction de nouvelles méthodes de gestion va de pair avec l'évolution du mode de finance-

ment. Jusqu'en 2003, les hôpitaux sont financés par différentes techniques de remboursement *a priori* (le prix de journée jusqu'en 1983 et le budget global ensuite). Pour les partisans de la réforme, cette méthode ne fait qu'accroître les dépenses dans la mesure où elle incite le directeur de l'établissement à laisser augmenter les coûts. Progressivement, les pouvoirs publics vont tenter d'encadrer cette relation d'agence. D'abord par la mise en place d'un contrat d'objectif et de moyen entre l'Agence régionale de santé (ARS) et les établissements. Ensuite par le développement de la tarification à l'activité. Son principe est simple : l'ARS rémunère un producteur (hôpital) pour un Groupe homogène de malades (GHM) selon un prix fixe défini par un barème. **L'objectif consiste, selon le modèle de concurrence par comparaison (benchmarking) à fixer un prix indépendant du coût.** Cette technique reporte donc les efforts de productivité sur les établissements de soins qui sont dans l'obligation de baisser leur coût moyen en deçà du prix fixé par l'assurance-maladie de façon à accroître leurs marges (Domin, 2014).

2. DES CONSÉQUENCES NÉFASTES POUR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Les différentes réformes de l'hôpital public sont problématiques sur plusieurs points d'abord parce qu'ils entrent en contradiction avec les valeurs portées par les personnels, ensuite parce que la réforme du financement des établissements va à l'encontre de certains principes fondateurs du service public hospitalier, enfin parce qu'il conduit à certaines aberrations économiques.

Le concept d'hôpital-entreprise qui s'est développé dans les an-

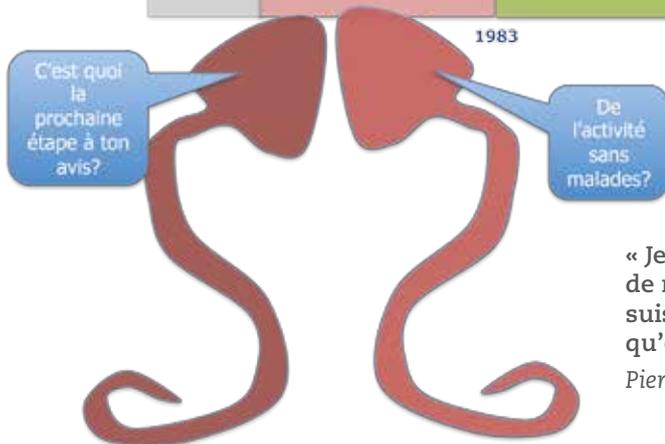
nées 1980 n'a pas fait florès et n'a pas dépassé les cercles étroits du pouvoir (Pierru, 1999). Mais, dans certains établissements, les personnels ont quant à eux eu le sentiment de n'avoir pas été écoutés, voire même d'avoir été trompés par le discours managérial (Dembinski, 2000). **La transformation du praticien hospitalier en manager reste un échec.** Cette conception strictement gestionnaire de la médecine provoque souvent une réaction de rejet

chez les praticiens qui se voient réduits au seul statut d'offreurs de service mis en concurrence sur le marché de la santé. Par ailleurs, cette logique écarte des notions fondamentales pour le corps médical (confiance, intimité avec le patient, ...) et conçoit seulement le malade comme une probabilité statistique. L'opposition des médecins à la quantification de leur activité a réduit la mise en œuvre de la gouvernance hospitalière (Ogien, 2000).

Mode de financement	Nb de journées % Δt de séjour	Dotations globale Non % à l'activité Non % Δt de séjour	T2A % à l'activité Inversement % à Δt de séjour
But recherché	Réponse aux besoins	Contrôle des dépenses	Diminution des dépenses Productivité
Moyen Utilisé	Autorisation de dépenses	Limitation des dépenses	Financement par l'activité ONDAM
Effets déléterés	Δt de séjour comme variable d'ajustement des besoins financiers Augmentation des dépenses	Pénalisation des services avec forte activité et avec activité à actes Fuite des activités à actes dans le privé	Sélection des pathologies Mise en concurrence des hôpitaux Diminution accès aux soins Gouvernance : fuite des praticiens Perte attractivité de l'hôpital public

1983

2004 2012, 2013, ..., 2016...2017



« Je me heurte parfois à une telle incompréhension de la part de mes contemporains qu'un épouvantable doute m'étreint : suis-je bien de cette planète ? Et si oui, cela ne prouve-t-il pas qu'eux sont d'ailleurs ? ».

Pierre Desproges, *Chronique de la haine ordinaire* / Éditions du Seuil

La mise en œuvre de la tarification à l'activité accélère la sélection des patients, la baisse de la qualité des soins et la suppression des activités non rentables. Avec ce mode de financement, les établissements hospitaliers ont en effet intérêt à garder les malades rentables (ceux dont le coût sera inférieur au coût du GHM auquel ils appartiennent) et à se séparer des malades coûteux. La baisse de la qualité des soins est le second dysfonctionnement constaté. **Les hôpitaux sont notamment incités à accélérer la sortie des malades dans la mesure où la durée d'hospitalisation ne conditionne plus le prix.**

Enfin, les établissements qui ont un case mix large ont tendance à ne pas conserver les spécialités les plus coûteuses. Cela se traduit, notamment aux États-Unis, par la fermeture de certains services d'urgence. Dans les faits les fermetures de spécialités non rentables se traduiront par une augmentation des distances d'accès aux soins pour certains malades.

Enfin, la volonté de réduire à tout prix la dépense publique de soins constitue une aberration économique. En effet, il ne faut pas uniquement considérer la dépense de soins comme une charge, mais

également comme une recette. **Une population bien soignée est une population en meilleure santé et donc plus apte à travailler.** Par ailleurs, la volonté de certains programmes politique de vouloir démanteler le service public hospitalier est une autre ineptie. En effet, dans certains départements, notamment ceux où la démographie de la médecine libérale est faible, le service public hospitalier est le seul à pouvoir assurer un accès à des soins de proximité. La disparition serait d'autant plus problématique qu'elle renforcerait les inégalités spatiales et sociales de soins.

BIBLIOGRAPHIE

- Magali Beffy, Romain Roussel, Julie Solard, Myriam Mikou, Carine Ferretti, *Les dépenses de santé en 2015*, Paris, DREES, 2016.
- Olivier Dembinski, « L'innovation à l'hôpital est-elle possible ? Le cas des démarches participatives de l'encadrement soignant », in Geneviève Cresson, François-Xavier Schweyer (Eds), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, Rennes, Éditions de l'ENSP, 2000, p. 47-57.
- Jean-Paul Domin, « Établissements hospitaliers : comment l'État fait-il son marché ? », in Patrick Le Galès, Nadège Vezinat (Eds), *L'État recomposé*, Paris, Puf, 2014, p. 59-71.
- Jean-Paul Domin, « Réformer l'hôpital comme une entreprise. Les errements de trente ans de politique hospitalière (1983-2013) », *Revue de la régulation*, n° 17, 2015.
- Marie-Anne Le Garrec, Malik Koubi, Annie Fenina, « 60 années de dépenses de santé. Une rétopolation des comptes de la santé de 1950 à 2010 », *Études et résultats*, n° 831, 2013.
- Albert Ogien, « La volonté de quantifier. Conception de la mesure de l'activité médicale », *Annales, histoire, sciences sociales*, vol. 55, n° 2, 2000, p. 283-312.
- Frédéric Pierru, « L'hôpital entreprise. Une Self-fulfilling prophecy avortée », *Politix*, n° 46, 1999, p. 7-47.





L'ANÉVRYSMES DE LA VAHINÉ



Marc LEVY

Président du syndicat des praticiens hospitaliers de Polynésie française

Haraiki : atoll de l'archipel des Tuamotu, Polynésie française. L'anneau corallien de 3,5 Km² abrite une vingtaine d'habitants à 80 kilomètres en bateau de l'aéroport le plus proche sur l'atoll de Makemo.

Vaitiare (*va-i-tiaré*) a tout juste 20 ans, elle travaille dans une ferme perlière et est danseuse dans le groupe de son village. Des céphalées violentes l'ont réveillée pendant la nuit. Ce matin elle a du mal à parler et à bouger son bras droit. Elle est amenée au poste de secours du village. L'auxiliaire de santé (une personne avec des notions rudimentaires de santé

appries en quelques jours), seul agent sanitaire en poste, contacte aussitôt le SAMU du Centre Hospitalier de Polynésie française (CHPF) sur l'île de Tahiti à 600 kilomètres de Makemo. Le régulateur diagnostique l'accident vasculaire cérébral. Il demande l'évacuation immédiate de Vaitiare vers Makemo en donnant les conseils médicaux de prise en charge urgente.

L'équipe du SMUR spécialement affectée aux évacuations sanitaires en Polynésie française, se prépare pour sa mission vers Makemo. La compagnie aérienne des évacuations sanitaires est alertée pour affréter un avion bimoteur léger en vue de l'embarquement de l'équipe du SMUR, et d'un décollage urgent.



Les 118 îles et atolls de la Polynésie française s'étendent sur une surface maritime d'une étendue comparable à l'Europe. Tahiti est l'île principale où vivent les trois quarts des 280 000 habitants. Les Marquises sont à 1500 kilomètres au nord-est, les Gambiers à 1700 kilomètres au sud-est. Tahiti est située au 18° de latitude sud dans l'océan Pacifique, à 6 500 kilomètres de Los Angeles et à 4 000 kilomètres d'Auckland (Nouvelle-Zélande), les premières grandes métropoles desservies par les compagnies aériennes.

Le CHPF est l'hôpital régional de dernier recours de la Polynésie française. L'hôpital de 60 lits de l'île de Raiatea dessert les îles sous le vent (Huahine, Tahaa, Maupiti, Bora Bora). Deux cliniques privées situées à Tahiti disposent d'un total de 170 lits.

Le CHPF s'est installé dans ses nouveaux bâtiments en 2010. Il comporte 430 lits de MCO, un plateau technique de chirurgie spécialisée, une IRM et 2 scanners, une réanimation adulte, une réanimation pédiatrique et néonatale, des services de médecine spécialisée, une maternité pour 2300 accouchements par an, un centre d'hémodialyse pour 200 patients, et un centre de greffe rénale qui fonctionne en autonomie sur la Polynésie française. Un centre d'oncologie pratique la chimiothérapie et la radiothérapie,

CENTRE HOSPITALIER DE POLYNÉSIE FRANÇAISE

Nombre de praticiens hospitaliers : 150

Nombre de lits MCO : 430

Nombre de lits en psychiatrie : 60
Activité médecine – chirurgie – obstétrique (MCO) par an

Nombres d'entrées : 20 000

Nombre de journées d'hospitalisation : 120 000

Nombre de passages aux urgences : 40 000

Nombre de naissances : 2 300

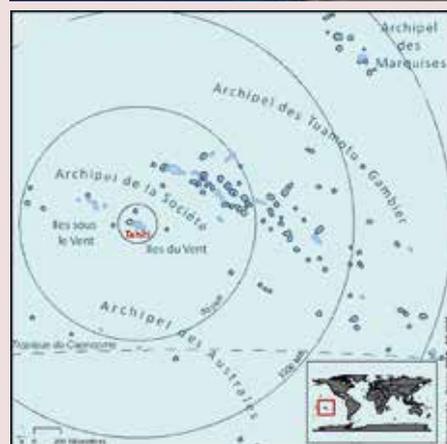
Pathologies principales : cancérologie, diabète, maladies cardiovasculaires, insuffisance rénale, maladies infectieuses.

L'exercice à Tahiti

Etre PH à Tahiti, c'est vivre une situation unique liée à l'isolement géographique. Les PH sont en nombre très limités par spécialité (parfois 2 ou même 1 seul) et la hiérarchie administrative est réduite à sa plus simple expression. L'activité médicale, l'organisation du service, les moyens humains et matériels, les projets, sont gérés par chaque spécialiste responsable. La proximité des PH et des décideurs locaux (la Polynésie française à un statut d'autonomie politique avec son propre gouvernement) permet des interactions directes sur la politique de santé (ministère de la Santé local). Certains PH ont pu développer leur activité au-delà de l'hôpital en créant des projets de santé tels que la greffe rénale et la cancérologie. Certains PH font régulièrement des missions dans les îles éloignées pour des consultations avancées et le maintien d'un réseau de soins. Cette implication

permet d'appréhender l'exercice d'une spécialité médicale sur l'ensemble de la prise en charge, de la prévention aux suites de soins. Le relais avec des centres de référence de métropole par des évacuations sanitaires ou des missions de spécialistes experts venant des hôpitaux français, entretient une culture médicale du meilleur niveau.

At last but not least : la relation exceptionnelle du médecin et de son patient qui est restée en Polynésie une relation de confiance avec une humanité originelle encore préservée.



il existe un service de médecine isotopique. Un établissement psychiatrique de 60 lits est intégré au CHPF.

Il y a deux équipes de SMUR, chacune avec un PH urgentiste. La première effectue 1200 interventions par an, exclusivement sur l'île de Tahiti. La seconde est réservée aux 600 évacuations sanitaires par an, des îles vers Tahiti.

Le « speed boat » du village est prêt à transporter Vaitiare pour Makemo. L'auxiliaire de santé à équipé la petite embarcation au mieux pour ressembler à une évacuation médicalisée. Plusieurs heures de mer seront nécessaires pour la traversée. Heureusement,

il n'y a pas de houle, l'océan Pacifique porte bien son nom aujourd'hui.

Après 1 heure et 30 minutes de vol, l'avion du SMUR est à l'approche de Makemo. 10 minutes plus tard le PH du SMUR conditionne Vaitiare pour le transport. L'examen neurologique retrouve une hémiplegie droite, il n'y a pas d'anomalie des paires crâniennes, les pupilles sont en mydriase à gauche, l'aphasie s'aggrave avec une absence de réponse verbale, il y a des troubles de la conscience avec un score de Glasgow à 7. Le médecin décide de pratiquer une intubation sur place avant le décollage.

Au CHPF, le seul neurochirurgien de Polynésie française réserve une salle au bloc opératoire ; l'équipe du scanner est avertie pour prioriser l'urgence dès l'arrivée de Vaitiare.

Le scanner et l'angiographe diagnostiquent une rupture d'anévrisme sylvien gauche avec un hématome intra temporel, un effet de masse et un début d'engagement sous falciforme.

Vaitiare est amenée au bloc opératoire et est prise en charge par l'équipe d'anesthésie.

Le neurochirurgien effectue un clippage de l'anévrisme sylvien et une évacuation de l'hématome intra cérébral. L'hémorragie est stoppée. Une dérivation ventriculaire est mise en place. En sortie de bloc opératoire, Vaitiare est transférée en réanimation, elle est laissée sous sédation sous contrôle de la pression intracrânienne et monitoring de la circulation cérébrale par doppler transcrânien.

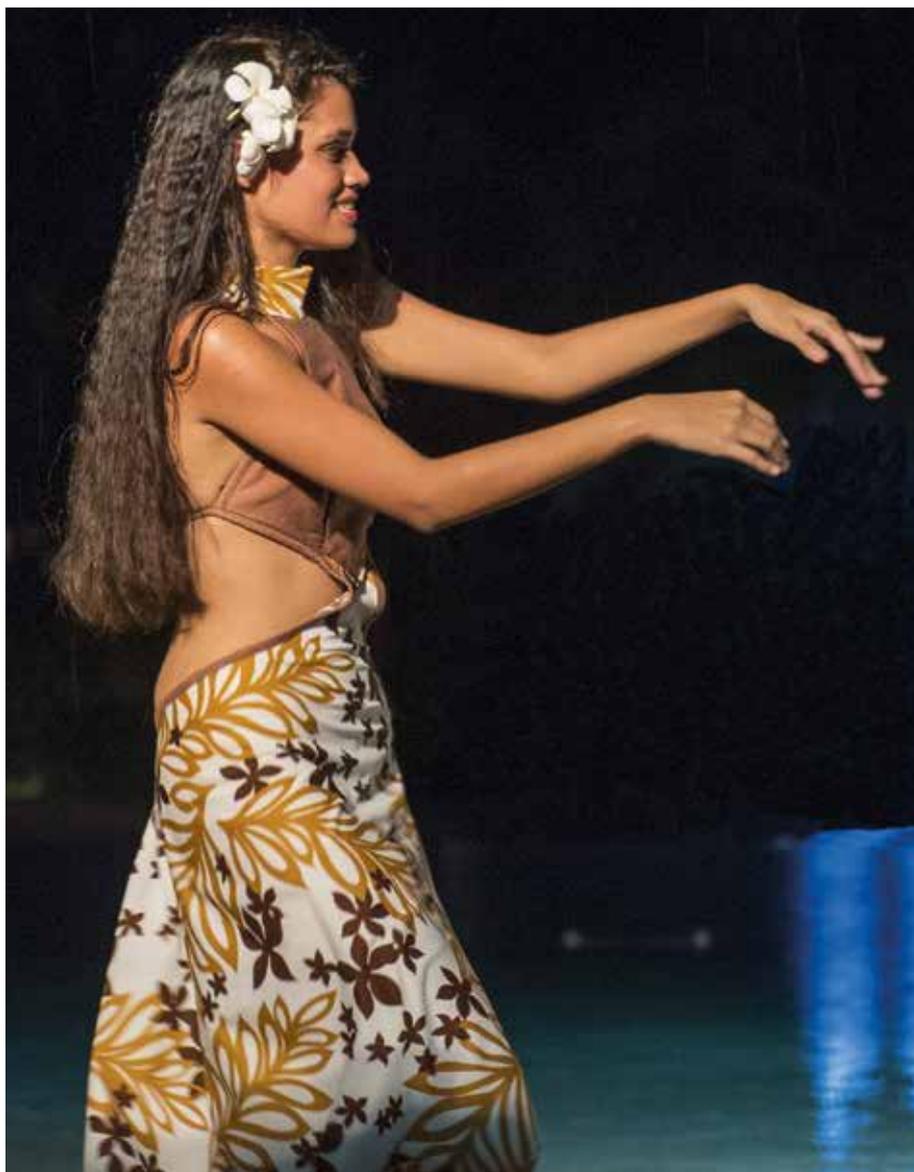
Un scanner est réalisé le lendemain pour vérifier la bonne exclusion de l'anévrisme.

La sédation est levée en fonction des paramètres.

Les suites opératoires en neurochirurgie sont simples. La motricité du côté droit est quasiment normale et l'aphasie a régressé.

Un deuxième anévrisme non rompu de l'artère vertébrale droite a été visualisé lors du bilan radiologique. Après concertation avec une équipe de neuroradiologie spécialisée de métropole, il est décidé de transférer la patiente en France pour pratiquer une embolisation endovasculaire.

Les évacuations sanitaires de la Polynésie française se font vers la Nouvelle-Zélande pour les grands brûlés et certaines interventions de chirurgie cardiaque. Les autres





pathologies ne pouvant être traitées au CHPF sont prise en charges en France. Les patients de la Polynésie française sont transférés vers les centres de référence répartis sur toute la France selon les pathologies concernées.

Le voyage de Tahiti à Paris dure 22 heures avec une escale à Los Angeles. A Paris, Vaitiare est prise en charge pour son intervention spécialisée.

L'évolution est favorable et le retour à Tahiti se fait 15 jours après.

Vaitiare retourne à Haraiki pour poursuivre sa convalescence. Pour son rendez-vous avec le neuro chirurgien du CHPF, elle devra rejoindre Makemo en bateau pour prendre le vol hebdomadaire vers Tahiti.

3 Mois plus tard, Vaitiare a repris les répétitions avec son groupe de danse. Elle se souvient pourtant de tout le personnel hospitalier qui l'a soignée et accompagnée durant son accident. La France, elle y retournera sans doute un jour pour faire du tourisme.

En Polynésie française, la prise en charge des frais médicaux est assurée par une caisse d'assurance maladie équivalente à la sécurité sociale en France.

Le système hospitalier public de Polynésie française et de France a donné à Vaitiare les moyens de sa guérison grâce à la compétence et au dévouement du personnel hospitalier, et à la performance des plateaux techniques.

Le coût total de la prise en charge de cet AVC n'a pas été communiqué, et Il n'existe pas encore d'algorithme de calcul pour estimer le bénéfice du rétablissement de cette jeune femme pour la société.



DOSSIER : LA VIE

Armand, mon voisin, bientôt 90 ans (comme il est un peu coquet, je ne sais pas exactement quand) aligne une biographie où, outre son talent à tailler les haies avec une précision à faire pâlir d'envie les jardiniers de Versailles, figure le titre de responsable régional des Postes, du temps où cela s'appelait les PTT. Il me raconte qu'il voyait partir avec fierté son escouade de facteurs qui, en sus de la distribution du courrier, récupéraient les médicaments à la pharmacie (ils passaient devant), le gigot chez le boucher (il reçoit du courrier aussi), aidaient aux formalités administra-

tives (la paperasse, ça les connaissait) et ramenaient les colis depuis et vers le bureau de poste. Bref, ils assuraient du lien. Ce n'était pas inscrit dans leur fiche de poste mais ils n'imaginaient pas que cela ne cela fasse pas partie de leur travail. Aujourd'hui, les postiers peuvent toujours faire cela, mais auparavant ils font signer une convention au client (non plus à l'usager) et ce qui est devenu une prestation est facturé. Et d'ailleurs, les colis ne sont plus retirés à la Poste mais dans des distributeurs installés, dans des zones dont des études très sérieuses menées par des personnes

n'ayant jamais enfourché un vélo de postier ont certainement déterminé qu'elles étaient très fréquentées et donc potentiellement rentables (accordons leur le bénéfice du doute sur le fait qu'ils en aient étudié l'accessibilité). Un système extraordinairement efficace pour les colis... peut-être moins pour les humains effecteurs et récepteurs.

Hier soir j'étais à la gare pour retirer des billets de train. Je prends le train tous les jours ; j'achète donc au guichet le nombre de billets nécessaires à mes aller-retour du mois, sans spécifier les horaires car ils sont éminemment variables, notamment pour les horaires de retour (nous les PHs sommes rémunérés aux demi-journées, pas au nombre d'heures, ne l'oublions pas). Hier soir donc, l'agent du guichet m'a annoncé qu'à compter du 16 avril, les billets ne seront plus distribués aux guichets mais qu'ils devront être pris soit sur internet soit aux distributeurs automatiques. Et qu'ils devront obligatoirement comporter un horaire précis. Donc impossible pour moi de les prendre à l'avance, sans horaire précis sauf à payer un supplément pour ce qui devient une prestation. Les guichets de vente seront supprimés. Ces guichets où auparavant se jouaient des moments cruciaux comme celui de choisir les meilleures correspondances (compte tenu du périmètre de marche de l'usager), les meilleures formules d'abonnement (compte tenu des contraintes professionnelles), les meilleurs emplacements (parce que vous comprenez, moi il me faut pouvoir aller aux toilettes). Ces guichets où était expliqué le fonctionnement d'un voyage en train à ceux qui ne savent pas lire dans les tableaux compliqués. Ces guichets où ceux

*Que serais-je sans toi qui vins à ma rencontre
Que serais-je sans toi qu'un coeur au bois dormant
Que cette heure arrêtée au cadran de la montre
Que serais-je sans toi que ce balbutiement.*

Louis ARAGON
Recueil « Le Roman inachevé »



Je préfère vivre en harmonie avec ma « dignité », pour employer un grand mot, et refuser le confort du compromis même pour l'argent, même pour la gloire.

Pierre Desproges interview par René Quinson
Télé Moustique, Bruxelles

SANS HÔPITAL

qui n'ont pas internet ou ne parlent pas la langue pouvaient, malgré tout, bénéficier du service.

La bonne nouvelle, c'est qu'à l'extérieur de la gare, côte à côte avec le distributeur de la banque, va être installé un distributeur/récepteur de colis postaux.

Donc la Poste sera rentable (le fort taux de fréquentation de la gare permettant de rentabiliser les automates et le prix du colis), la Gare sera fonctionnelle (répondant au besoin du voyageur mais pas forcément à celui du voyageur) et l'utilisateur... il n'y en aura plus, des usagers, juste des clients. Sans lien, sans moment d'échange,

sans prise en compte de la part de particularité et d'écart par rapport à la moyenne qui fait chacun de nous.

Est-ce qu'un jour l'Hôpital sera ainsi rentabilisé, rationalisé, et fonctionnel jusqu'à en perdre son humanité ? Et que sera alors notre vie : une vie de patient ou une vie de client ?

DANS LA VIE, QUE RESTE-T-IL DE L'HÔPITAL ?

Tout comme la Poste se centre sur le colis et la SNCF sur le voyage, l'hôpital se centre de plus en plus sur la maladie, reléguant le malade au deuxième plan. L'exemple de la T2A est emblématique : seuls sont cotés les actes inhérents au corps, et à condition qu'ils impliquent une technologie. La guérison, le bien-être, et continuons dans les gros mots, la compassion, ne sont pas cotés. Pas plus que ne l'est la qualité de vie au travail de l'ensemble de la communauté hospitalière, soignants et non soignants. Il peut être répondu à cela que quantifier des paramètres qualitatifs n'est pas aisé. Cela, nous pouvons l'entendre, mais la réalité est que non seulement le qualitatif n'est pas pris en compte, mais de plus il s'impose comme un paramètre négatif car faisant obstacle au projet d'efficience quantitative.

Et la quête de l'efficience quantitative VEUT tout et malheureusement PEUT tout. Car elle s'est dotée de moyens puissants qui peu à peu se sont imbriqués comme les pièces d'un puzzle

longtemps apparues disparates et sans lien :

- ☒ La gouvernance comme mode de gestion humaine (engluant les partenaires dans une profusion d'informations non informatives et dans une multiplication de réunions non participatives).
- ☒ La concentration du pouvoir décisionnaire entre les mains des membres de la communauté hospitalière qui sont détenteurs de la responsabilité gestionnaire et soumis à la hiérarchie (car les directeurs d'hôpitaux sont fonctionnaires mais pas les médecins).
- ☒ Les modifications des pratiques de soin qui font glisser le soin vers leur seule composante technique en éliminant la composante conceptuelle du diagnostic et la vision holistique du malade (glissement de la prise en charge des actes techniques par les paramédicaux, traitements ambulatoires, hôtels hospitaliers).

- ☒ L'innovation présentée comme le paradigme ultime alors qu'elle n'est qu'une optimisation quantitative des pratiques existantes au contraire du progrès qui lui pourrait, de par la nouveauté qu'il sous-tend, ouvrir sur une autre vision du soin assimilant les valeurs d'attention réciproque et de construction partagée (entre soignés et soignants et entre soignants).

- ☒ Au-delà, « l'intoxication » progressive de la pensée commune transformant la vulnérabilité (qu'elle soit liée à la maladie, la précarité ou la position sociale) en erreur voire en faute imputable à l'individu qui la subit.

Alors oui, aujourd'hui l'Hôpital est rentabilisé, rationalisé, et fonctionnel jusqu'à en perdre son humanité. A quand le jour où le soin de l'autre deviendra une prestation ? (payante).

« Malade ou médecin, je ne tenais plus à revenir à l'hôpital, ni à travailler aux urgences. Mais qu'est-ce que je ne voulais plus ? Soigner les autres ? Les écouter ? Soigner et écouter comme je le faisais avant ? Avais-je peur d'être contaminé par ce que la maladie révèle de faiblesse, maintenant que je m'étais senti moi-même si vulnérable ? Ou bien était-ce la contrainte hospitalière dont je ne voulais plus, et qui n'avait rien à voir avec le soin lui-même, mais avec la manière dont celui-ci m'avait toujours paru limité dans et par les institutions, dans et par ma pratique ? ». Parick Autréaux, *La voix écrite*, Editions Verdier 2017.

DANS LA VIE, PEUT-ON SE PASSER DE L'HÔPITAL PUBLIC ?

Nous avons demandé à 4 de nos confrères de nous dessiner ce que serait la vie sans hôpital dans leurs spécialités respectives : médicale (hépato gastro entérologie) ou chirurgicale (ophtalmologie), en début (pédiatrie) ou fin de vie (soins palliatifs et de support).

Leurs réponses se rejoignent sur l'accessibilité aux soins portée par l'hôpital qu'elle soit spatiale ou sociale, l'adaptabilité de l'hôpital qui prend en charge toute pathologie et en toute circonstance, la continuité dans l'offre de soin et le rôle pivot de l'hôpital dans le maillage territorial de l'offre de soin.



Ophtalmologie sans hôpital

Dr Erica Mancel

Ophthalmologiste, Chef de service

Centre Hospitalier Territorial Gaston Bourret, Nouvelle-Calédonie

Mail : erica.mancel@cht.nc

Je vois l'ophtalmologie à Nouméa sans hôpital comme une fiction triste qui serait un voyage dans le temps et/ou l'espace. Je m'explique : enlever notre nouvel hôpital Gaston Bourret, flambant neuf dans la banlieue de Nouméa, ce serait non seulement effacer 500 millions d'euros d'investissement (un royal gâchis), mais surtout enlever des services spécialisés qui n'existent pas en libéral ni dans les autres petits hôpitaux ou dispensaires du territoire calédonien. L'ophtalmologie, l'ORL, la réanimation, la néonatalogie, etc., et tous les liens étroits qui existent sur un plateau technique d'un hôpital de 500 lits et qui font que **la prise en charge peut aller très vite, correspondant « aux données actuelles de la science », tout en restant à dimension humaine.** Il existe bien sûr des interventions ophtalmologiques et ORL dans les cliniques libérales, mais nulle part ailleurs un service spécialisé en ophtalmologie.

Où iraient alors les urgences dans ma filière ? Mon hôpital est le seul du territoire à avoir autant de filières spécialisées d'urgence, incluant en ophtalmologie 3 PH, un interne, et 6 vacataires libéraux. Rien n'est alors moins sûr que la recréation de cette

astreinte d'ophtalmologie en libéral, faute de locaux dans ce secteur, et d'un organisateur prêt à gérer bénévolement cette filière d'urgences. Les patients en relevant n'auraient alors plus comme interlocuteurs que les urgentistes des cliniques. Ce serait alors un voyage dans l'espace, vers les petites îles, états microscopiques du Pacifique, où souvent ne pratiquent de façon constante, au mieux que des médecins non spécialisés, au pire que des auxiliaires de santé.

Où iraient alors les personnes défavorisées, océaniens et calédoniens n'ayant pas les moyens de régler de suite un geste spécialisé rapidement coûteux, voire hors de prix pour eux ? Ils sont parmi les premiers créanciers de l'hôpital, pour les fameuses créances irrécouvrables qui handicapent grandement notre institution publique, et sans doute les autres, mais que nous ne pouvons pas refuser **car les racines de l'hôpital sont l'hospitalité religieuse, et l'égalité (d'accès aux soins pour tous) de notre devise nationale.** J'imagine que peu risqueraient de se ruiner pour des soins dont on ne peut régulièrement imaginer à l'avance l'ampleur. La foule des patients non soignés grandirait

rapidement, avec la perte de chance, la rapidité des complications, la fréquence de leur gravité et de leur létalité, créant un fossé s'élargissant entre les deux vitesses médicales comme une faille pendant un tremblement de terre... **Ce serait alors un voyage dans le temps avec un retour instantané au XIX^{ème} siècle, et son lot d'éclipses aveugles ou cul-de-jatte, d'épidémies, de flambée du RAA et de la lèpre (déjà prégnants en Nouvelle-Calédonie)** et des autres maladies de la pauvreté et de la promiscuité, de morts périnatales des enfants et des mères ou par septicémie sur gale ou syphilis, et j'en passe ! Cela nous mettrait cruellement face à l'histoire du Dr Gaston Bourret d'après lequel notre hôpital disparu était nommé : médecin militaire envoyé à Nouméa en 1917 comme responsable du laboratoire de bactériologie de l'hôpital de notre ville où sévissait une épidémie de peste, mort de cette maladie la même année après une contamination accidentelle par le bacille de Yersin lors d'une manipulation.

Ce sujet de fiction, digne de « Germinal », serait de facto la mise à mal de l'humanité et de l'humanisme. Les dieux nous en préservent !

Ce qui se résume à la déclinaison des 4 piliers du service public :

- 1 - Egalité des citoyens dans la prise en charge du soin.**
- 2 - Continuité de fonctionnement du service.**
- 3 - Adaptation du service.**
- 4 - Coût pour l'utilisateur non indexé sur le marché.**



Les Praticiens hospitaliers en hépato-gastroentérologie Rôle et mission dans les établissements de santé publique en 2017

Dr Slim Bramli

PH HGE, oncérologie

Secrétaire général INPH, vice-président FPS

Le nombre total d'hépatogastro-entérologues (HGE) dans l'ensemble du territoire français est 3432 (source CNO 2016) dont 43,5 % sont hospitaliers : Les 1492 Hospitaliers ont pour principales sociétés savantes : la SNFGE ; la SFED ; la FFGD ; l'AFEF ; l'ANGH.

La variation de l'effectif global des HGE en 10 ans depuis 2007 demeure à + 5 % mais sans compter le départ à la retraite important d'ici 2020 de + de 30 %. Les départs à la retraite ces 10 dernières années ont augmenté de 87,7 % (CNG).

Le cumul Emploi-Retraite, les recrutées européennes, l'augmentation de 3500 postes du numérus clausus (5000 à 8500/an) ainsi que le recours à 10000 PADHUE (praticien à diplôme hors Union Européenne) en 20 ans sont loin d'apporter une solution satisfaisante au manque de praticiens hospitaliers en France. (12 500 postes non pourvus).

La durée moyenne de travail 50 h/semaine pour les PH HGE est pour le moment bien assurée avec toute la bonne volonté et l'amour de la spécialité mais malheureusement avec une situation qui se dégrade d'une loi de santé à une autre.

Les lourdes tâches administratives (réunions, commissions, sous-commissions codage...) constituent un frein à l'exercice de leurs fonctions premières.

L'endoscopie digestive est indispensable à l'ensemble de la spécialité, mais aussi au fonctionnement de tout établissement de santé publique pourvu d'un centre médical d'urgences.

Les PH en HGE n'ont pas attendu la mise en place du GHT pour organiser la prise en charge dégradée des centres référents en collaboration directe avec les autres établissements de proximité ou en réseau avec leurs collègues libéraux (non concernés par le GHT ni par la permanence des soins).

En oncologie digestive, grande partie de leur activité, les PH œuvrent pour la prise en charge des cancers digestifs à un stade de plus en plus précoce avec des méthodes diagnostiques et thérapeutiques endoscopiques bien codifiées par les (RCP).

D'autres RCP sont devenues obligatoires pour la décision thérapeutiques notamment pour l'hépatite virale C / B, pour l'hépatocarcinome

et pour les MICI (maladies inflammatoires chroniques intestinales) constituant ainsi des pôles de référence bien avant les GHT.

Des dotations Missions d'intérêt général (MIG) – Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) sont obtenues grâce à l'efficacité et l'effort constant des PH dans l'élaboration des protocoles d'études.

L'HGE traverse comme toutes les spécialités, une crise de recrutement d'internes mais également de PH. La spécialité bien que passionnante est perçue par les jeunes comme astreignante car ils aspirent à un mode de vie bien différent de leurs prédécesseurs. Les PH HGE ont une spécialité multidisciplinaire qui lui donne une spécificité très attractive. Ils poursuivent tous une démarche d'accréditation individuelle ou par équipe.

Afin de s'investir totalement dans leur lourde mais noble mission en assurant la qualité du service publique, les PH HGE ont besoin de plus de sérénité, plus de cohérence et de continuité des lois de santé successives.



Pédiatrie

Dr Emmanuel Cixous
PH SNPEH-INPH

Le sujet qui a été posé est : « Que serait la vie sans Hôpital ? »

En tant que pédiatre hospitalier, la question que je me pose et qui m'est posée est : « que serions-nous sans service de pédiatrie hospitalier ? ».

Je suis amené à voir de nombreux enfants malades ou blessés dans le cadre de mon exercice de pédiatre d'urgences.

Beaucoup de ceux qui se présentent aux urgences n'ont pas forcément besoin d'un service hospitalier : rhinopharyngites, gastro-entérites, pneumopathies, asthmes bien tolérés.

Mais d'autres ont besoin d'oxygène, d'être perfusés, voire remplis et surveillés grâce aux soins experts de nos puéricultrices, infirmières, auxiliaires de puériculture, aide-soignantes. Mais aussi, ensuite, d'être placés, plusieurs heures à plusieurs jours, dans des locaux dédiés sous la surveillance d'autres pédiatres, puéricultrices, infirmières, auxiliaires, aides-soignantes et autres corps de métier (kinésithérapeutes,...) qui y déploient beaucoup d'énergie à tout moment quel que soit le jour, quelle que soit l'heure.

Certains restent longtemps, difficiles à renvoyer au domicile car non autonomes sur le plan oxygénation, alimentation, ou avec des problèmes non résolus dans leur cause, leur prise en charge.

D'autres enfants ont besoin de bilans exhaustifs urgents devant les symptômes inquiétants qu'ils présentent. D'autres encore ont besoin de traitements lourds en milieu protégé (cancérologie...).

Et pourtant, nos unités d'hospitalisation sont souvent confrontées avec des problèmes de place auxquels il nous faut réfléchir tous les jours, y compris les week-ends et jours fériés,

sous peine de ne pouvoir accepter de nouveaux jeunes patients ayant besoin de nos soins.

Il en est de même des nouveaux-nés qui naissent avec un état de fragilité (prématurité, retard de croissance, infection, cardiopathie ou autre malformation...) et qui nécessitent un soutien qui peut quelques fois s'avérer très long.

Or, quelle autre structure que l'hôpital peut exercer cette fonction ?

Il existe des structures privées ou semi-privées qui exercent cette fonction mais elles sont minoritaires et calquées sur celles des hôpitaux publics.

Qu'arriverait-il à ces enfants si les structures hospitalières n'existaient pas et devaient être pris en ambulatoire uniquement ?

Beaucoup aggraveraient leur déshydratation ou leur hypoxémie, jusqu'au décès pour certains (quelques rares enfants arrivent encore trop tard dans

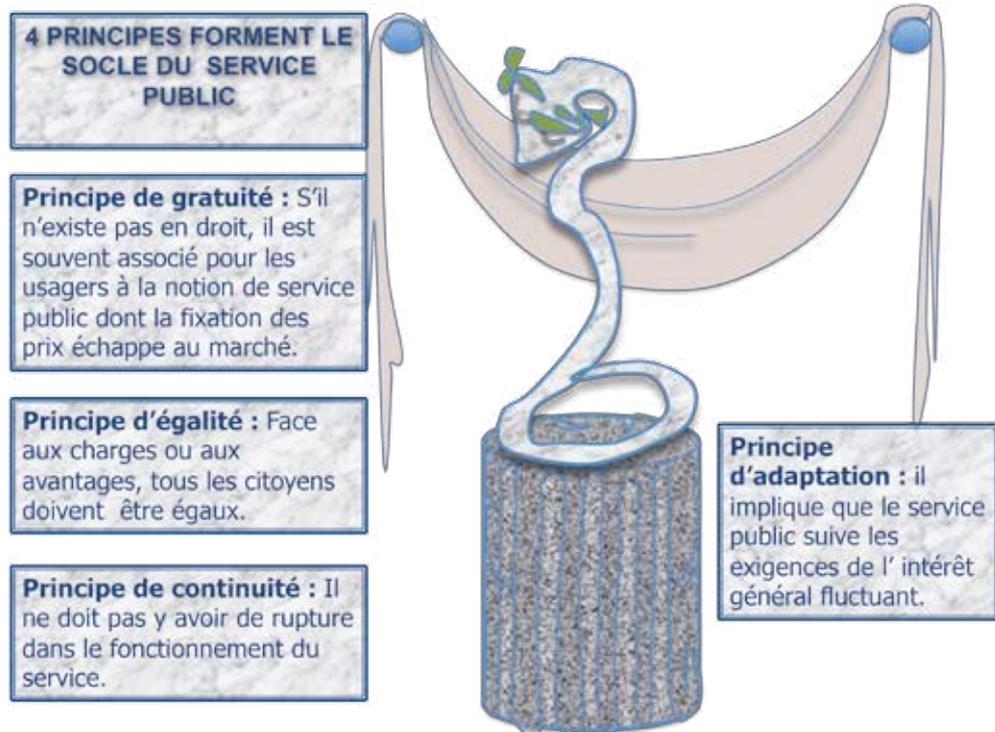
les hôpitaux). D'autres survivraient mais au prix de souffrances indues.

Ou il faudrait un système de santé ambulatoire avec de nombreux soignants, plus nombreux que ceux qui sont regroupés dans les services à cause de l'éclatement des sites et des difficultés de circulation avec une surveillance moins assidue et moins de possibilité d'intervenir rapidement en cas d'aggravation brutale : ce qui est possible pour certaines pathologies chroniques ne l'est pas pour l'aigu.

Un système ambulatoire serait moins pratique, plus risqué et potentiellement plus onéreux.

Quant à la prévention, quelle qu'elle soit, elle ne peut que diminuer l'incidence des patients hospitalisés et surtout sur les moins graves.

La vie sans Hôpital serait nuisible pour les enfants malades les plus graves et ils sont plus nombreux qu'on ne croit.





Pr Philippe Colombat

Professeur en Hématologie

Chef du pôle Cancérologie au CHU de Tours

En dehors de la mort brutale, la fin de vie est souvent le dénouement d'une maladie chronique (cancer, maladie neurologique, insuffisance rénale...) qui a vu au cours des temps se tisser des liens forts avec les soignants des services prenant en charge ces patients et leurs proches et avec les soignants du domicile.

Plus encore qu'aux phases plus précoces de la maladie, il convient de répondre aux besoins du patient et de ses proches, ce qui signifie que tous les soignants fassent la démarche d'écoute et d'accompagnement qui permet en croisant leurs regards, notamment au cours des staffs pluriprofessionnels, de construire un plan de prise en charge globale personnalisé (plan de santé personnalisé de l'HAS) adapté à ses besoins.

Dans la qualité de prise en charge de la fin de vie, les soins de support, et notamment les équipes de soins palliatifs ont un rôle essentiel :

- ☒ Equipes mobiles de soins palliatifs intra-hospitalières qui viennent aider les soignants des services de spécialités (où peuvent exister des lits identifiés de soins palliatifs) en cas de difficultés liées à des symptômes physiques, une souffrance psychologique, une souffrance de l'entourage...
- ☒ Equipes des réseaux de soins palliatifs qui jouent le même rôle auprès des soignants de domicile en sachant la difficulté de réunir le médecin traitant, l'infirmière libérale et l'aide-soignant en un temps de coordination.
- ☒ Unités de soins palliatifs, unités d'hospitalisations dédiées à la fin de vie où les bénévoles d'accompagnement jouent un rôle important.

Les besoins de ces patients, dont l'identification pour les soignants passe par le « souci de l'autre » qui nécessite de prendre le temps et de « s'asseoir pour faire un bout de chemin ensemble », peuvent se résumer à une demande de prise en charge satisfaisante des

symptômes liés à la maladie ou aux traitements (en insistant notamment sur la douleur, les troubles digestifs, la dyspnée), une demande d'écoute et d'accompagnement par rapport à l'angoisse du départ annoncé et de ses conséquences, mais aussi et peut-être plus encore à construire un projet de vie « jusqu'au bout » en tenant compte des besoins spirituels du patient et de ses proches : « qu'est-il encore important pour moi, que me reste-t-il à faire ? ».

Une autre question importante est le lieu de la fin de vie : à l'hôpital, lieu qui rassure pour la prise en charge des symptômes physiques au sein de l'équipe qui a suivi le patient tout au long de sa maladie, en unité de soins palliatifs, à domicile, avec l'aide ou non d'une hospitalisation à domicile, ce qui nécessite la présence de plusieurs aidants pour se relayer.

Deux points apparaissent essentiels pour la prise en charge de la fin de vie : la place de l'équipe et de temps d'échange pour adapter la prise en charge à l'évolution des besoins au cours du temps, et à l'importance de la transmission ville-hôpital pour une bonne continuité des soins, les soignants de l'hôpital devant rester un recours pour ceux du domicile.

En conclusion on voit que l'hôpital joue un rôle essentiel dans la prise en charge de la fin de vie tant par son rôle de formation des soignants à la réponse aux symptômes, à l'écoute et à l'accompagnement que dans son rôle de coordination du parcours de soins et son rôle de structure recours (lits identifiés et unités de soins palliatifs) en cas de survenue de complications à domicile.

l'hôpital joue un rôle essentiel dans la prise en charge de la fin de vie tant par son rôle de formation des soignants à la réponse aux symptômes, à l'écoute et à l'accompagnement que dans son rôle de coordination du parcours de soins.

DANS NOTRE RÉPUBLIQUE, PEUT-ON SE PASSER DE L'HÔPITAL ?

Le rôle de l'hôpital dans la prise en charge de la précarité - contribution de Médecins du Monde - illustre parfaitement ces devoirs du service public vis-à-vis de la population, devoirs dont la résultante amène à prononcer les 3 mots qui figurent au frontispice de toutes nos institutions : liberté, égalité, fraternité.

Liberté : car l'hôpital a à voir avec la liberté, que ce soit dans sa formulation positive (l'aptitude des individus à exercer leur volonté) ou négative (état où le sujet n'est pas l'objet de contrainte). D'une part la bonne santé retrouvée et/ou le soin prodigué par l'hôpital confèrent à l'individu la possibilité d'exercer sa volonté en matière de construction de projet de vie ; d'autre part l'offre de soins présentée par l'hôpital ainsi que ses modalités d'accès permettent à l'individu d'accéder au soin quand il en a la nécessité, sans être contraint par ses possibilités financières, géographiques, sociales ni sa situation administrative.

Egalité : car l'hôpital, face à la maladie, soigne de manière équivalente en l'absence de discrimination entre les êtres humains quelle que soit leur pathologie et situation financière, géographique, sociale ou administrative

Fraternité : car l'hôpital (aujourd'hui) accueille quelle que soit l'origine sociale, géographique ou la situation administrative (français, étranger, SDF, réfugié, migrant).

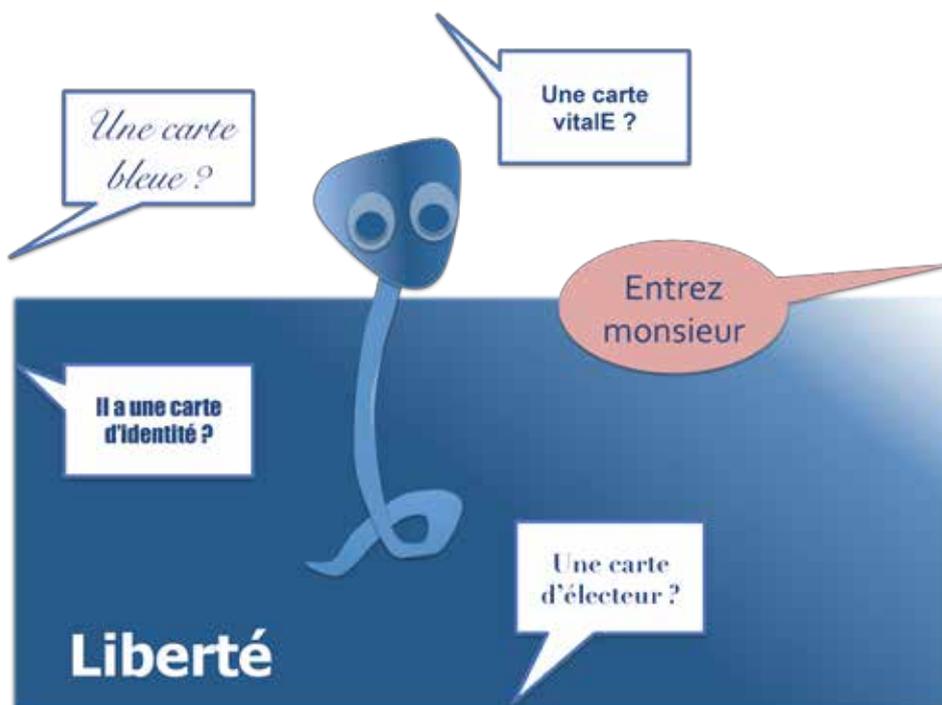
La fraternité - d'après le dictionnaire Larousse - est le lien qui existe entre les personnes appartenant à la même organisation - frater en latin signifie « genre humain » -, et qui participent au même idéal.

La fraternité, dont Victor hugo disait « *La liberté, c'est le droit, l'égalité, c'est le fait, la fraternité, c'est le devoir. Tout l'homme est là...* » (Le droit et la loi. 1875) **est aujourd'hui le**

maillon faible de la triade républicaine. Car la fraternité ne peut s'envisager qu'en sortant du déni de fragilité.

Et l'économie est basée sur le déni de fragilité (Patrick Viveret, philosophe. <https://www.franceculture.fr/conferences/college-des-bernardins/pourquoi-faut-il-voir-la-fragilite-comme-une-force>).

L'hôpital, comme tout service public, est l'outil de la mise en œuvre de notre devise républicaine. Il était donc naturel que l'hôpital s'invite dans la campagne à la Présidence de la République.





Dr Françoise Sivignon

Présidente de Médecins du Monde

(Photo ©Nicolas Moulard / Médecins du Monde)



Genèse

Créées par la loi de lutte contre les exclusions de 1998, les PASS (les permanences d'accès aux soins de santé) sont des cellules de prise en charge médico-sociale qui facilitent l'accès des personnes démunies au système hospitalier et aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

Les PASS s'inscrivent ainsi dans un partenariat institutionnel et associatif élargi, socle d'un accompa-

gnement global de la personne permettant le retour au droit commun et luttant contre les ruptures dans le parcours de soin.

Les soins délivrés à l'usager démunie financièrement sont gratuits (c'est-à-dire sans facturation), sans l'avance des frais, avec ou sans ouverture de droit effective au jour des soins.

L'Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers (20 associations dont Médecins du Monde, la CIMADE, le

COMEDE) rappelait notamment en 2014 que le dispositif PASS doit proposer un accueil et des soins inconditionnels :

- ☑ Pour toute personne démunie financièrement, dont la couverture médicale est incomplète ou dépourvue de droits (potentiels ou non) et ce, aussi longtemps que nécessaire selon la situation médicale.
- ☑ Mais aussi pour toute personne en difficulté d'accès aux soins, quelles que soient ces difficultés.

Etats des lieux

En 2013, ont été dénombrées 430 PASS dans les établissements de santé : une majorité de PASS généralistes (368), mais aussi des PASS spécialisées : PASS psychiatriques (44), PASS dentaires (18) et PASS régionales (organes de coordination et d'expertise des PASS de la région) (une vingtaine).

En octobre 2015, Médecins du Monde, via par les acteurs de ses centres de soins et des missions

mobiles présentes dans 13 villes a pu constater qu'un nombre trop important de personnes n'a pas encore accès à ces centres de soins. Le dispositif des PASS reste hétérogène et multiforme. S'il fonctionne bien dans certains hôpitaux (notamment à Paris), il dysfonctionne dans d'autres. Les PASS dentaires, bien qu'en progression numérique, sont un manque majeur sur la plupart des territoires. Enfin, il manque

des PASS au sein des hôpitaux psychiatriques et pédiatriques.

Début 2016, Le Comité national de lutte contre les exclusions (CNLE) considérait dans son avis sur le Plan quinquennal de lutte contre la pauvreté (3) que la mise en œuvre du dispositif PASS ne répondait pas encore aux ambitions fixées par la loi de 1998 de lutte contre les exclusions.

Réflexions

Il convient de rappeler que pour Médecins du monde :

1. Les hôpitaux ont une mission d'accueil inconditionnel des personnes, dont les PASS constituent un outil.
2. Les PASS doivent permettre l'accès aux soins à toute personne ne relevant d'aucun dispositif d'assurance maladie.
3. L'évaluation de la nécessité des soins médicaux doit se réaliser de façon indépendante des droits de la personne à la prise en charge de ses frais de santé

Nos observations sur le terrain nous portent à affirmer qu'il ne faut pas de filières particulières pour les précaires (comme l'étaient les dispensaires). Les patients précaires doivent être soignés comme tout le monde, dans les mêmes hôpitaux, les mêmes services, les mêmes structures.

Cependant, l'accès au système de santé doit parfois être spécifique : ces patients sont particulièrement vulnérables et ont besoin d'être accompagnés vers les soins, ainsi que

tout au long de leur parcours, via une approche pluri-professionnelle où les associations ont leur place.

L'amélioration de l'accès aux soins hospitaliers des personnes qui en sont éloignées est un enjeu majeur des PASS.

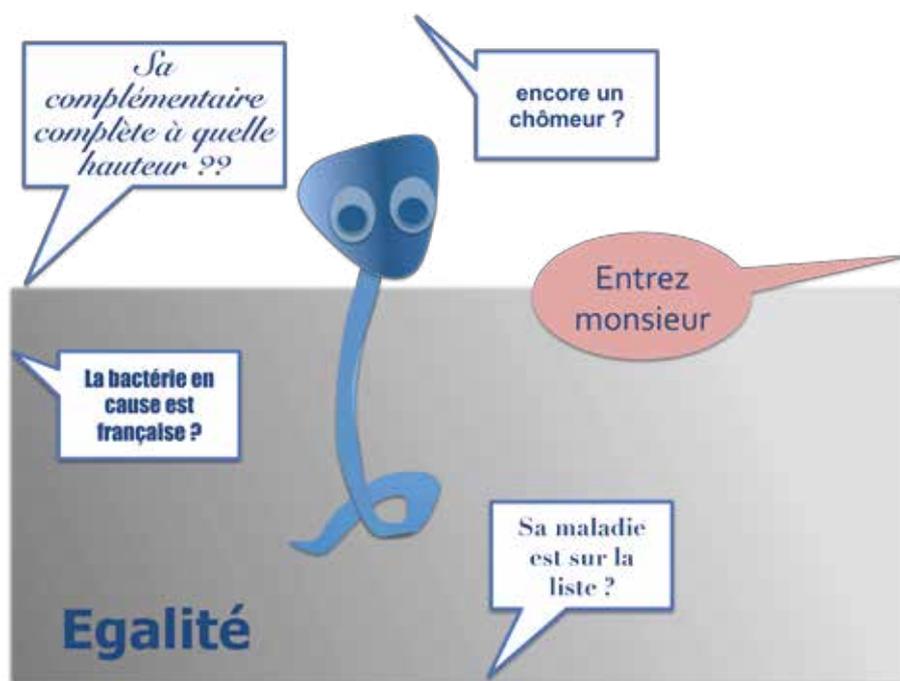
Sans hôpital, à l'exclusion sociale des personnes précaires s'ajoutera l'exclusion du droit à la santé. Un pas de plus vers le refus fait à ces personnes de la dignité la plus élémentaire.

ET LES CANDIDATS À LA PRÉSIDENTENCE DE LA RÉPUBLIQUE, QUE FERONT-ILS POUR L'HÔPITAL ?

A l'INPH nous nous sommes posés la question et avons organisé un colloque sur le thème : « et demain, pour l'hôpital public, que ferez-vous ? ». Ce colloque s'est déroulé le 1^{er} mars à l'Assemblée Nationale, en présence des représentants santé de 5 candidats à l'élection présidentielle. Nous en avons résumé (en italiques) et/ou colligé sur les sites officiels les traits essentiels pour chacun des candidats dans les tableaux pages 26 à 29 (extraits sans modification du programme disponible sur le net).

Nous avons sélectionné 8 items (accès aux soins, financement de l'hôpital, gouvernance, management, attractivité, territoires, déserts médicaux).

Nous vous laissons le soin de découvrir la réponse de chacun des candidats à chacun de ces items et indirectement à la devise de la République.



ET NOUS, QUE FERONS-NOUS POUR L'HÔPITAL ?

« Au niveau le plus général, nous suggérons que le care soit considéré comme une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre "monde", de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie. », Joan Tronto.

Cette citation introduisait les 1^{ères} Assises des Valeurs de la République, du Bien Commun et de l'Engagement organisées par l'espace éthique Ile-de-France, et qui se sont déroulées le 13 mars 2017 au Sénat.

Nous soignons tous les malades
#JesuisMédecin



Leur thème était : « Prendre soin de la Société : à qui la responsabilité ? ».

Les intervenants étaient nombreux et variés, néanmoins l'abord du sujet au niveau de l'individu et non de la société est vite apparu comme l'un des éléments de réponse majeurs, que ce soit par l'intégration de la part d'humanité des uns et des autres ou par la mise en place d'initiatives de proximité.

C'est de la même manière que nous pouvons espérer sauver l'hôpital en ce qu'il représente de liberté égalité et fraternité ; en ce qu'il porte de service public en tant bien commun ; en ce qu'il fait vivre l'éthique de part le rapport incontournable à l'autre qu'il impose (offre ?).

Nous avons à défendre ce que nous sommes, en tant qu'individu, en tant que médecin, en tant qu'agent de service public. En refusant les contraintes paradoxales (produire d'avantage d'activité là où nous ne pouvons déjà plus prendre soin). En nous soustrayant à la vision normative par la quantité.

Nous avons à défendre l'autre (et finalement nous-mêmes) en faisant nôtre cette maxime de KANT : *Agis de telle sorte que tu traites l'humanité, aussi bien en toi qu'en autrui, toujours comme une fin et jamais simplement comme un moyen.* Le patient ne doit pas, ne doit plus, être un moyen.

Nous avons à défendre la vision médicale dans l'hôpital et à continuer de refuser que la gouvernance soit un entre-soi gestionnaire et le management un outil de productivité.

Arme ultime et ô combien redoutable : choisir d'être heureux dans notre métier et défendre ce choix envers et contre tout, car ainsi que le dit Patrick Viveret, « Choisir d'être heureux est un acte de résistance politique ».



DEMAIN, POUR L'HÔPITAL PUBLIC, QUE PROPOSENT LES CANDIDATS ?

LA FRANCE INSOUMISE

<https://avenircommun.fr/avenir-en-commun/>

SÉCURITÉ SOCIALE / ACCÈS AUX SOINS

- *SS « intégrale » : Rembourser à 100 % dont appareils dentaires, optiques et auditifs. A supprimer les dépassements.*
- *Créer 4 000 Centres de santé.*
- *Fin des mutuelles complémentaires santé (nationalisées).*
- *Réduire les restant à charge pour les personnes en établissement.*
- Rembourser à 100 % les soins de santé prescrits, dont les soins et appareils dentaires, optiques et auditifs, faire baisser les tarifs des lunettes et appareils auditifs.
- Abolir les dépassements d'honoraires, renforcer le paiement au forfait, créer des centres de santé pratiquant le tiers payant.
- Pas d'obstacle pour les personnes en situation de handicap.
- Réduire le reste à charge de 500 euros par mois pour les personnes en établissement et augmenter de 50 % le montant de l'APA (aujourd'hui de 700 euros) pour les personnes restant à domicile, pour faire face en urgence aux frais engagés par les personnes concernées.

PRÉVENTION

- *Plan de santé environnementale et de conditions de vie.*
- *Renforcer la médecine du travail.*
- Viser l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé.
- Instaurer une politique de santé publique et de prévention.
- Élaborer un plan de santé environnementale (lutte contre la pollution, interdiction des pesticides...).
- Engager un plan de santé au travail, implanter un réseau sans faille de médecine du travail.
- Éradiquer les maladies chroniques liées à l'alimentation : lutte drastique contre l'obésité, contre la malbouffe et les abus de sel, sucre et graisses par l'industrie agro-alimentaire...
- Abolir le logement insalubre et lutter contre le mal-logement et leurs conséquences sanitaires.
- Faire de la prévention et de l'éducation à la santé dès le plus jeune âge, en renforçant la médecine scolaire et la Protection maternelle et infantile.
- Imposer un plan de lutte et de prévention contre les maladies sexuellement transmissibles et promouvoir des politiques de santé sexuelle et reproductive émancipatrices des personnes.
- Mener un plan national de lutte contre la résistance microbienne en faisant le bilan de l'élevage productiviste, comme le recommande l'Organisation mondiale de la santé.
- Interdire la publicité commerciale dans les institutions publiques (écoles, hôpitaux...).

FINANCEMENT HÔPITAL

- *Stop tout T2A.*
- *Suppression des dépassements d'honoraires.*
- *Economies sur les frais de gestion des complémentaires.*
- Créer un pôle public du médicament pour faciliter l'égal accès aux traitements, protéger la recherche de la finance et supprimer l'influence des entreprises privées dans les activités médicales et hospitalières, notamment par l'arrêt de l'accès libre des visiteurs médicaux à l'hôpital public.
- Reconstruire le service public hospitalier, revenir sur la tarification à l'acte et les suppressions de lits et de personnels, et engager un plan pluriannuel de recrutement de médecins, infirmiers, aides-soignants et personnels administratifs.

GOUVERNANCE

- *Innovation organisationnelle.*

ASSEMBLEE NATIONALE
1 MARS 2017



MANAGEMENT

- *Stop à l'intérim car coûteux.*
- *Intégrer la médecine du travail au service public de santé.*
- Déclarer la souffrance au travail grande cause nationale pour mobiliser les moyens financiers et de communication contre ce fléau et subventionner les réseaux professionnels et de santé agissant sur ce thème, ainsi que les artistes mettant en lumière la souffrance au travail.
- Intégrer la médecine du travail au service public de santé et garantir ses moyens.
- Reconnaître le burn-out comme maladie professionnelle, lutter contre l'idéologie managériale et ses effets psychologiques et sanitaires et imposer l'enseignement des sciences sociales et des risques psychosociaux dans les cursus de gestion/commerce/ressources humaines.

ATTRACTIVITÉ

- *Réorganiser l'anesthésie la chirurgie.*
- *Améliorer la mobilité.*
- *L'attractivité est la clé du recrutement.*
- *Revaloriser les carrières, en améliorant les conditions de travail quotidiennes (cadences, délégation de tâche administrative...) et en diminuant la "pénibilité et la charge horaire".*
- Réorganiser les grands instituts publics de recherche (CNRS, Inserm, Inra, etc.), garants des recherches d'intérêt général et supprimer l'ANR.
- Redonner à l'enseignement supérieur et à la recherche les moyens nécessaires au développement du savoir et de la qualification professionnelle.
- Refonder le financement de l'enseignement supérieur et de la recherche pour favoriser les financements pérennes plutôt que des appels à projets erratiques, augmenter le budget des universités et assurer une rémunération unifiée.

TERRITOIRES

- *Améliorer la coordination ville/hôpital.*
- *Interdiction d'installation en zone surdotée en cas d'ultime recours.*

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

- *Créer un corps de 10000 médecins généralistes fonctionnaires rémunérés pdt leurs études.*
- *Plan pluriannuel de recrutement des personnels hospitaliers.*
- Comblent les déserts médicaux et créer un corps de médecins généralistes fonctionnaires rémunérés pendant leurs études, afin de pallier l'insuffisance de médecins dans certaines zones.



Dr A. Bernabe Gelot
SNPH CHU
Rédactrice en chef
Le MAG de l'INPH



Dr JL. Chabernaude
Médecin ex-responsable de l'UF SMUR
pédiatrique à l'hôpital Antoine Béchère
(AP-HP) de Clamart
pdt du syndicat national des pédiatres
des établissements hospitaliers (SNPEH)
Vice-président de l'INPH

PARTI SOCIALISTE

<https://www.benoithamon2017.fr/wp-content/uploads/2017/03/projet-web1.pdf>

SÉCURITÉ SOCIALE / ACCÈS AUX SOINS

- *Simplification de la CMU.*
- *Suppression des franchises médicales.*
- Pour aider les personnes précaires à se soigner, l'accès aux dispositifs de solidarité sera simplifié (CMU-C, ACS, AME). Simplification de la CMU.
- Supprimer les FRANCHISES MÉDICALES qui freinent l'accès aux soins baisser le prix des prothèses dentaires, auditives et des lunettes.
- Protéger la Sécurité sociale,
- Je renforcerai la LUTTE CONTRE LA FRAUDE aux cotisations, le travail dissimulé et les dépenses injustifiées.
- Pour GARANTIR L'ACCÈS AUX MÉDICAMENTS innovants, j'en ferai baisser le prix. Je limiterai le gaspillage et l'automédication dangereuse par la distribution des médicaments à l'unité.

PRÉVENTION

- *Combattre les lobbys européens (perturbateurs endocriniens).*
- *Interdiction des pesticides.*
- *Renforcement de la vaccination.*
- *Remboursement de l'activité physique quand traitement d'une maladie chronique.*
- UNE POLITIQUE AMBITIEUSE DE PRÉVENTION en luttant contre le tabac, l'abus d'alcool, l'air pollué. J'interdirai les pesticides et les perturbateurs endocriniens dangereux.
- Je renforcerai la vaccination et le dépistage.
- L'ACTIVITÉ PHYSIQUE prescrite par un médecin sera remboursée pour les malades chroniques.
- Je légaliserai l'USAGE DU CANNABIS pour les majeurs, j'encadrerai sa distribution pour tarir les trafics à la source et protéger nos citoyens des pratiques des dealers. J'utiliserai les moyens dégagés pour mieux prévenir la consommation de drogues.

FINANCEMENT HÔPITAL

- *Supprimer le paiement à l'acte.*
- *Appliquer les propositions du rapport Véran = revenir sur le tout T2A.*

GOVERNANCE

- Je défendrai le STATUT DE LA FONCTION PUBLIQUE, qui protège le citoyen autant que l'agent public.
- Je créerai des OBSERVATOIRES CITOYENS DE LA QUALITÉ du service public, avec les associations d'usagers, les organisations syndicales, l'expertise des agents publics, pour identifier les réussites, les blocages, les améliorations.

MANAGEMENT

- Je poursuivrai la féminisation de la fonction publique à tous les degrés hiérarchiques.
- La fonction publique sera protégée du « pantouflage » par un renforcement des règles de nomination.
- Je permettrai aux agents publics de construire de véritables parcours professionnels par la priorité donnée à la FORMATION CONTINUE, et par la mobilité et la création d'un droit à la reconversion.

ATTRACTIVITÉ

- *Diminuer le temps administratif.*
- *Lutter contre l'épuisement professionnel.*
- POUR L'HÔPITAL un plan d'amélioration des conditions de travail et de recrutement, la rénovation des bâtiments vétustes, pour qu'ils soient plus fonctionnels et plus accueillants.
- Je développerai le numérique (« Hôpital digital 2022 »).
- Amélioration des conditions de travail, par le renforcement de la médecine du travail, la prévention de la pénibilité et la RECONNAISSANCE DU BURN-OUT.
- Je poursuivrai la féminisation de la fonction publique à tous les degrés hiérarchiques.
- Nous ferons de l'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET LA RECHERCHE UNE PRIORITÉ BUDGÉTAIRE, en y investissant un milliard d'euros supplémentaire par an
- Pour aider à la MOBILITÉ GÉOGRAPHIQUE DES ÉTUDIANTS, j'assurerai la construction et la réhabilitation de 60 000 logements pour les jeunes et les étudiants durant mon mandat.

TERRITOIRES

- Service public à moins de 30mn dans chaque territoire.
- Création de territoires prioritaires.
- J'instaurerai une « GARANTIE SERVICE PUBLIC » universelle.
- Chaque bassin de vie aura le droit à la présence, garantie par la loi, d'un panier de services publics à moins de 30 minutes, intégrant la lutte contre les déserts médicaux.
- Je créerai des TERRITOIRES PRIORITAIRES d'action publique pour coordonner l'action de l'ensemble des services publics là où sont les besoins : zones rurales, péri-urbaines, quartiers périphériques, avec une attention particulière aux Outre-Mer.

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

- *Ne plus conventionner les médecins s'installant en zone surdotée.*
- *1500 maisons de santé.*
- *Soutien financier aux médecins s'installant dans les déserts.*
- *L'État installera des médecins salariés dans les déserts.*
- Décréter l'urgence contre LES DÉSERTS MÉDICAUX. Objectif : 1500 maisons de santé.
- Un soutien financier et logistique sera apporté aux médecins qui s'installent dans les zones sous-dotées.
- Dans les territoires en pénurie, l'État implantera des médecins salariés. Ne plus conventionner les médecins s'installant en zone surdotée.

EN MARCHÉ

<https://storage.googleapis.com/en-marche-fr/COMMUNICATION/Programme-Emmanuel-Macron.pdf> + transmission d'un programme en 500 mots par le représentant santé.

La santé est un droit fondamental. Notre système doit permettre à chacun d'accéder, en temps utile, à des soins de qualité et à un coût abordable. Face aux défis majeurs qui s'annoncent, comme le vieillissement de la population et le développement des affections chroniques, nous faisons de la santé l'une des priorités du programme présidentiel.

SÉCURITÉ SOCIALE / ACCÈS AUX SOINS

- *Notion de soin utile.*
- *Distribution de médicaments à l'unité.*
- Les soins doivent rester accessibles à tous. Nous ne retrancherons aucun droit et ne débourserons aucun soin utile durant le quinquennat. C'est un impératif moral et sanitaire. Nous étendrons au contraire la couverture des soins encore mal pris en charge mais essentiels à la vie quotidienne en supprimant d'ici à la fin du quinquennat le reste à charge des soins dentaires, optiques et auditifs, qui représentent des dépenses contraintes importantes. Les formes sévères d'hypertension artérielle seront à terme pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.
- Accéder, en temps utile, à des soins de qualité et à un coût abordable.
- Nous mettrons en place la prise en charge à 100 % des lunettes et des prothèses auditives et dentaires d'ici 2022, en lien avec les mutuelles et l'ensemble des professionnels de santé.
- Nous renforcerons le droit à l'oubli pour les personnes ayant été malades.
- Au moment de souscrire un emprunt ou un contrat d'assurance, les malades de cancers et de l'hépatite C n'auront plus à le mentionner dès 5 ans après leur rémission (contre 10 ans aujourd'hui). Nous l'étendrons aussi à de nouvelles maladies.

PRÉVENTION

- *Nous voulons réussir la révolution de la prévention.*
- Nous devons tout faire pour une population en bonne santé et empêcher les Français de tomber malades. Nous proposons la création d'un service sanitaire de 3 mois intégré au parcours pédagogique de tous les étudiants en santé, ainsi qu'une revalorisation des actes de prévention réalisés par les professionnels de santé.

FINANCEMENT HÔPITAL

- *Arrêter le 100 % T2A.*
- *Plafonner à 50 % la tarification à l'activité.*
- *Supprimer les cotisations d'Assurance Maladie sur les salaires.*
- *Augmenter la CSG.*
- *Le système doit devenir plus efficient.*
- Nous souhaitons plafonner à 50 % la tarification à l'activité. Nous proposons de lancer un grand plan d'investissement de 5 milliards pour l'hôpital, les soins primaires, l'innovation.
- Nous voulons enfin garantir la pérennité et le financement de notre système.
- Concernant les recettes, le financement de l'Assurance Maladie sera davantage universalisé. Nous proposons de supprimer les cotisations d'Assurance Maladie sur les salaires tout en augmentant la CSG de manière limitée.
- Concernant les dépenses, notre système doit devenir plus efficient. Cela passera par la réduction de l'incidence des pathologies du fait des actions de prévention, une prise en charge plus précoce et rapide sur tout le territoire, une meilleure organisation des parcours, une vision claire du rôle de tous les acteurs, un meilleur dialogue entre professionnels, la lutte contre le gâchis avec la distribution des médicaments à l'unité.
- Nos concitoyens, tout comme les acteurs de santé, ont besoin d'un grand système de santé, performant, simple, accessible et au fonctionnement fluide et lisible.

GOUVERNANCE

- *Plus d'autonomie aux acteurs locaux.*
- *Gagner en efficacité.*
- *Afficher les indicateurs de qualité de service.*
- Notre système de soins doit également gagner en efficacité. Nous y parviendrons grâce à un décloisonnement des pratiques et des organisations.
- Il faudra donner plus d'autonomie aux acteurs locaux de santé, aux acteurs régionaux et aux hôpitaux.
- Tous les services publics accueillant du public (hôpital, école, tribunal, CAF, etc.) seront tenus d'afficher leurs résultats en termes de qualité de service (ex : temps d'attente, taux de satisfaction, etc.).

MANAGEMENT

- *Déclouisonnement des pratiques et des organisations (?).*
- Un meilleur dialogue entre professionnels.
- Déclouisonnement des pratiques et des organisations.
- Notre projet vise à valoriser l'innovation, organisationnelle, diagnostique, thérapeutique.

ATTRACTIVITÉ

- Redéfinition du rôle des établissements sur le territoire.
- Nous construirons 80 000 logements pour les jeunes.

TERRITOIRES

- *Augmenter l'autonomie des hôpitaux.*
- Nous renforcerons l'autonomie des universités. Elles pourront recruter leurs enseignants et terminer leurs formations.
- Elargir les groupements hospitaliers de territoire, tout en y investissant, afin de moderniser les infrastructures et le matériel. Déclouisonnement ville/hôpital et déverrouillage du système de soins et de la télémédecine.
- Nous consacrerons 5 milliards d'euros de notre Plan d'investissement à la santé, notamment à la transformation de notre médecine de ville et de nos hôpitaux.
- La télémédecine et les services numériques doivent être promus lorsqu'ils offrent une plus grande flexibilité et un meilleur suivi. Cela implique aussi d'accélérer la mise sur le marché et de rémunérer justement les prises en charge diagnostiques et thérapeutiques innovantes..

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

- *Doubler le nombre de maisons de santé.*
- *Création d'un service sanitaire.*
- Le développement d'un système de soin plus équitable passe aussi par la lutte contre les déserts médicaux. Nous voulons redonner aux jeunes médecins l'envie de s'installer dans nos territoires.
- Nous créerons un service sanitaire. 40 000 étudiants en santé consacreront 3 mois à des actions de prévention dans les écoles et les entreprises.
- Nous doublerons le nombre de maisons de santé pluridisciplinaires d'ici 2022 et introduirons.
- Davantage de flexibilité dans la rémunération et la tarification. Par des efforts de simplification administrative, nous libérerons aussi du temps aux médecins installés afin qu'ils puissent se concentrer sur leur métier.
- Pour lutter contre les déserts médicaux, ces maisons regrouperont des médecins, des infirmières, des orthophonistes, des kinésithérapeutes, des professionnels du sport...

LES RÉPUBLICAINS

<https://www.fillon2017.fr/projet/sante/>

SÉCURITÉ SOCIALE / ACCÈS AUX SOINS

- *Renforcer la lutte contre les prestations fictives des professionnels de santé.*
- *Nouveau partenariat entre la Sécu et les mutuelles.*
- *Supprimer l'AME.*
- *Suppression du 1/3 payant généralisé.*
- *Aligner les dépassements sur le plafonnement des remboursements des complémentaires.*
- *Proximité non garantie.*
- *Maisons de santé pluridisciplinaires adossées à l'hôpital, avec tarif opposable et prise en charge avec le tiers payant.*
- *Dépenses de santé les plus coûteuses : restant à charge zéro avec complémentaires.*
- Assurer à chaque Français une prise en charge par la structure la plus adaptée à son besoin médical, au bon moment.
- En matière de santé, la proximité ne garantit pas la qualité car un niveau d'activité minimum est indispensable pour assurer l'expertise des professionnels de santé.
- Demander à l'assurance maladie de rembourser la totalité du coût de lunettes de qualité pour tous les enfants de France, pour qu'aucun enfant ne soit handicapé dans sa scolarité si sa famille n'a pas les moyens suffisants pour lui acheter une paire de lunettes.
- D'ici à 2022, viser un « reste à charge » zéro pour les dépenses de santé les plus coûteuses pour les ménages (optique pour les adultes, prothèses dentaires, audioprothèses et dépassements d'honoraires), grâce à un nouveau partenariat entre la Sécurité sociale et les organismes complémentaires.
- Pour les dépassements, revenir sur le plafonnement du remboursement dans les contrats des complémentaires qui a dégradé les remboursements pour les assurés.
- Faciliter l'accès des seniors à une assurance complémentaire de qualité en améliorant l'aide à l'acquisition d'une couverture santé (ACS) pour les personnes âgées qui voient leurs dépenses de santé et le coût d'une complémentaire augmenter fortement avec l'âge.
- Renforcer la lutte contre les fraudes et abus en tout genre qui minent notre système d'assurance maladie : utilisation frauduleuse de cartes Vitale, arrêts maladies injustifiés, fraudes à la CMU-C, prestations fictives de la part de professionnels de santé, fraude à la tarification dans les établissements de santé... En faire une priorité politique, responsabiliser les caisses d'assurance maladie et augmenter fortement les sanctions.
- Supprimer l'aide médicale d'Etat (AME) pour mettre fin à la pression de l'immigration irrégulière sur notre système de santé et redonner confiance à nos concitoyens dans son équité. Pour les cas d'urgence et les maladies graves ou contagieuses, remplacer l'AME par une dispense de frais de santé strictement contrôlée.
- Favoriser une mise à disposition rapide et le remboursement des médicaments innovants pour les malades. Vérifier, dans la durée, l'efficacité de ces médicaments pour être sûr qu'ils apportent bien la valeur promise et que leur prix, souvent élevé, est justifié.

PRÉVENTION

- *Renforcer la prévention à l'école.*
- *Une consultation gratuite tous les deux ans... pour les Français.*

QUE PROPOSENT LES CANDIDATS ?

- Rembourser une consultation de prévention tous les deux ans pour tous les Français. Elle sera assurée par le médecin traitant qui verra reconnaître son rôle clé dans le « maintien en bonne santé » de la population. Plus complète, elle durera plus longtemps qu'une consultation moyenne et sera rémunérée en conséquence.
- Lancer un grand Plan Santé à l'école, débutant dès l'école maternelle et reposant sur l'éducation à la santé des enfants (nutrition, activité physique, sommeil) et sur la prévention des addictions (écran, tabac, alcool, cannabis et autres drogues).
- Accompagner ce plan d'une revalorisation de la médecine scolaire dont l'importance est décisive pour orienter les comportements sanitaires des enfants et des adolescents.

FINANCEMENT HÔPITAL

- *Economies de 20 milliards en 5 ans.*
- *Convergence public/privé avec mêmes droits et mêmes devoirs.*
- *Contrôle des prescriptions ?*
- Ramener l'assurance maladie à l'équilibre d'ici à 2022 en faisant 20 Mds € d'économies en 5 ans ; Lutter contre toutes les sources de « non-qualité » du système de santé : soins redondants ou inutiles, non-observance des prescriptions, maintien en activité d'établissement de faible qualité, mauvaise coordination des soins, recours excessif à l'hôpital, prévention insuffisante, fraudes et abus, bureaucratie excessive.

GOVERNANCE

- *Autonomie et plus de liberté pour les directeurs d'hôpitaux.*
- *Modification du statut des personnels hospitaliers ?*
- Donner l'autonomie aux hôpitaux publics pour améliorer leur efficacité et les conditions de travail des personnels hospitaliers. Dans ce but, leur garantir des facilités de gestion en matière de statut des personnels, rémunération, temps de travail et marchés publics.
- Assurer une transparence totale sur la qualité des établissements de santé pour aider les Français à mieux s'orienter dans le système de soins et pour donner aux gestionnaires des repères pour améliorer les performances de leurs établissements.

MANAGEMENT

- *Augmentation à 39 h du temps de travail.*
- *Contrôle des prescriptions ?*

ATTRACTIVITÉ

- *Recruter les PH d'emblée au 4^{ème} échelon.*
- *Faciliter les partenariats public/privé.*
- *Créer un label Hôpital France.*
- Renouer avec l'excellence de la recherche pour qu'elle redevienne le fer de lance de l'innovation et faciliter la création de partenariats publics-privés pour donner naissance à des entreprises innovantes dans le secteur de la santé.
- Encourager fortement la recherche médicale par le renouvellement des plans « autisme », « maladies rares », « cancers » et « maladies neurodégénératives », pour identifier et développer des traitements pour guérir ou prévenir ces maladies.
- Créer un label « Hôpital France » pour valoriser et mieux exporter l'ensemble des savoir-faire hospitaliers français : expertise clinique, formation, compétence dans le domaine du numérique, qualité de gestion.

TERRITOIRES

- *GHT : les ouvrir au privé.*
- *Meilleure articulation ville/hôpital.*
- *Contractualisation des libéraux avec les ARS pour plus d'autonomie.*
- *Donner l'autonomie aux hôpitaux.*
- *Recomposition de l'offre hospitalière (?)*
- Accélérer le développement des « parcours de soins », grâce à une meilleure coordination entre médecine hospitalière, médecine libérale et structures médico-sociales.
- Mettre en place les outils d'échange d'informations en particulier le dossier médical partagé facilitant et sécurisant cette coordination.
- Transformer les groupements hospitaliers de territoire (GHT) en groupements de santé de territoire (GST) pour les ouvrir au maximum aux cliniques privés et aux médecins libéraux et faciliter ainsi la coopération de tous les professionnels de santé au service des patients.
- Garantir une offre de téléconsultation sur tout le territoire d'ici à la fin du quinquennat. Dans ce but, permettre un remboursement incitatif des actes de télémedecine par l'assurance maladie qui soit adapté à une prise en charge pluridisciplinaire.
- Engager la recomposition de l'offre hospitalière dans une logique exclusive d'amélioration de la qualité des soins.

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

- *Régionaliser le numerus clausus.*
- Revoir les formations en santé et la sélection, pour tenir compte des nouveaux besoins de santé publique, de la répartition territoriale et du développement des nouvelles technologies. Dans ce cadre, régionaliser le numerus clausus et les épreuves classantes pour s'adapter aux besoins des territoires en matière de présence médicale.
- Combattre les déserts médicaux et réduire les temps d'attente aux urgences en développant les maisons médicales et les structures d'urgences pour les premiers soins.
- Laisser une grande liberté d'organisation aux professionnels de santé pour créer les structures les plus adaptées.

FRONT NATIONAL

<https://www.marine2017.fr/programme/>

SÉCURITÉ SOCIALE / ACCÈS AUX SOINS

- *Fin de l'AME pour les étrangers.*
- *5^{ème} risque (dépendance) réservé aux Français.*
- *Augmenter la proportion des génériques.*
- *Maintien et protection du double système de santé public et libéral.*
- Garantir la Sécurité sociale pour tous les Français ainsi que le remboursement de l'ensemble des risques pris en charge par l'Assurance maladie.
- Pérenniser son financement en simplifiant l'administration du système, en luttant contre la gabegie financière et en investissant dans les nouveaux outils numériques pour permettre des économies durables.
- Créer un cinquième risque de Sécurité sociale consacré à la dépendance afin de permettre à chaque Français de se soigner et de vivre dans la dignité.
- Réaliser des économies en supprimant l'Aide Médicale d'État réservée aux clandestins, en luttant contre la fraude (création d'une carte Vitale biométrique fusionnée avec le titre d'identité), en baissant le prix des médicaments coûteux (via l'augmentation de la proportion de génériques), en développant la vente à l'unité des médicaments remboursables (en imposant aux laboratoires l'adaptation de leurs chaînes de production).
- Protéger la complémentarité du double système de santé public et libéral.

PRÉVENTION

- *Prévention et innovation.*

FINANCEMENT HÔPITAL

- *Diminuer de 15 milliards le budget de la santé.*
- *Remise en ordre des comptes sociaux en 5 ans.*
- *Modifier T2A (audit) car effets pervers.*
- *Approche médicalisée.*

GOVERNANCE

- *Pas de nouvelle réforme.*
- Préserver les emplois actuels.
- Diminuer l'absentéisme.
- Garder les 35 heures.
- Soutenir les startups françaises pour moderniser le système de santé.

MANAGEMENT

- Favoriser la coopération entre professionnels de santé, en reconnaissant les compétences spécifiques de chacun.

ATTRACTIVITÉ

- *Touche pas aux statuts des autres personnels.*
- Aider les internes.
- Réforme du statut des PU-PH.
- Préserver les emplois actuels.
- Diminuer l'absentéisme.

TERRITOIRES

- Maintenir au maximum les hôpitaux de proximité et augmenter les effectifs de la fonction publique hospitalière.
- Protéger le maillage territorial des acteurs indépendants de la santé (pharmacies, laboratoires d'analyses...).
- Réorganiser et clarifier le rôle et les obligations des agences de sécurité sanitaire et alimentaire et assurer leur indépendance.

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

- Relever le numerus clausus d'accès aux études de santé pour éviter le recours massif aux médecins étrangers et permettre le remplacement des nombreux départs à la retraite prévus.
- Lutter contre les déserts médicaux en instaurant un stage d'internat dans les zones concernées, en permettant aux médecins retraités d'y exercer avec des déductions de charges et en y développant les maisons de santé.



INTE PREMMA

Professeur d'éthique médicale, Université Paris-Sud – Paris-Saclay, auteur de *Le soin une valeur de la République*, Éditions Les Belles Lettres.



L'HÔPITAL AU SERVICE DES VALEURS D'HUMANITÉ

À contre-courant de l'esprit du temps, dans l'espace du soin qui est trop souvent relégué à la périphérie des priorités politiques, s'inventent et s'éprouvent à chaque instant des formes d'engagement indispensables à l'expression et à l'exercice de nos valeurs démocratiques. Face aux vulnérabilités de la maladie et aux détresses qui affectent la personne dans sa dignité, des professionnels de santé ou du secteur médico-social, des volontaires associatifs s'efforcent de préserver une conception de la vocation et de la fonction soignante. Prendre soin, assumer en pratique les exigences du care, c'est tenter de faire valoir les droits de ces personnes qui, dépourvues de cette ultime sollicitude, erreraient sans refuge, démunies et sans le moindre recours, jusqu'à ne plus avoir le sentiment d'exister, ni d'être reconnues quelque part au sein de la cité. Notre vie démocratique et une certaine conception du vivre-ensemble se reformulent, se réhabilitent et se renforcent ainsi, souvent aux marges, là où les fascinations et les performances biomédicales perdent parfois toute crédibilité. J'y vois l'expression remarquable d'une vigilance, d'une exigence soucieuse de la persistance de notre pacte social.

Ceux qui dénaturent les pratiques hospitalières

Ce simple constat justifie de contester le dessein et les stratégies de ceux qui s'acharment à fragiliser par des arguments idéologiques infondés, peu recevables, et des décisions aux conséquences destructrices, les capacités de l'institution hospitalière à assumer la plénitude de ses missions. **Au-delà des contraintes de toute**

nature, y compris budgétaires, cette soumission systématisée aux règles d'une gouvernance d'entreprise et à des modalités d'évaluation des performances selon des critères trop souvent discutables – car inconciliables avec la prise en soin de situations humaines de vulnérabilité – dénature l'esprit du soin. Elle altère trop souvent,

sans le moindre égard et parfois même avec violence, à la fois les cultures, les identités et les motivations professionnelles, les capacités d'initiative et d'intervention dans des domaines essentiels de la vie démocratique.

Paradoxalement, alors que les conditions de vie dans les pays économiquement développés, les

RVIEW

NUEL HIRSCH

politiques d'information et de responsabilisation des personnes, de prévention, ainsi que l'efficacité des traitements ont permis de surmonter certaines séquelles de maladies jusqu'alors incurables, l'accessibilité au système de santé est aujourd'hui affectée par toutes sortes de décisions et de contraintes qui contribuent gravement à en précariser les capa-

cités d'intervention. Les décisions en deviennent sélectives, relevant de critères qui mettent parfois à mal les principes de notre démocratie sans qu'il soit considéré nécessaire d'en débattre publiquement, ne serait-ce que pour convenir d'une hiérarchisation nécessaire de choix limitatifs. Cette situation produit des injustices et des préjudices intolérables. Peut-

on se satisfaire de considérations qui induisent des mentalités, des logiques, des procédures et des orientations qui menacent de pervertir l'esprit du soin, de défigurer le visage d'un hôpital voué prioritairement à des enjeux de performance et de rentabilité trop souvent indifférents à la cause des plus vulnérables parmi nous ?

Une cohésion et une fierté bafouées

Au nom du dogme de l'efficacité souvent sollicité pour cautionner des renoncements, les réorganisations, restructurations, redéploiements et autres modalités du management de terrain, redistribuent, répartissent, ventilent de manière indifférenciée des intervenants professionnels mis en cause dans leurs valeurs propres, leurs aptitudes, leurs qualifications. *Ayant en fait le sentiment d'une disqualification, et d'être en quelque sorte les victimes expiatoires d'un contentieux dont ils ne maîtrisent pas les intrigues.*

Ce reniement de ce qu'ils sont dans leur dignité professionnelle est éprouvé de manière d'autant plus injuste, que depuis des années les évolutions biomédicales rendues possibles par des profes-

sionnels motivés ont elles-mêmes radicalement bouleversé les pratiques afin de parvenir à davantage d'efficacité.

Le discours managérial est repris comme un mantra qui pénètre l'espace du soin, façonne des modes de pensée, altère la qualité des actes, ramène les enjeux hospitaliers à l'obsession du quantitatif et du performatif, au point d'en paraître parfois caricatural ou alors tragique. Comme si le systématisme organisationnel incarnait en soi une vertu et générerait les solutions adaptées dans un contexte où la relation interindividuelle, l'interdépendance ou tout simplement de principe de confiance avaient jusqu'à présent une évidente fonction structurante.

Il n'aura jamais été tant question dans le discours politique de *care*, de sollicitude, de compassion, de souci témoigné à l'autre, au moment précisément où cette exigence éthique s'avère chaque jour davantage incompatible avec des décisions structurelles qui fragilisent un système de soin mis en cause dans son identité et ses missions sociales.

L'accessibilité, la disponibilité et la permanence de l'accueil visent à satisfaire une obligation impartie au service public hospitalier, souvent considérée emblématique de sa fonction au cœur de la cité. Qu'en est-il en pratique dans un contexte de restrictions et de contraintes peu compatibles avec les politiques à destination des exclus du système de santé, les

demandes urgentes et complexes qui ne savent plus où aboutir, la continuité d'accompagnement d'un parcours de soin dont dépend si étroitement celui d'une vie ?

Des critères d'ordre essentiellement gestionnaire érigent des normes, façonnent des modèles, induisent des mentalités, produisent des indicateurs, soumettent à des évaluations qui trouveraient une pertinence dans un contexte également soucieux des valeurs du soins. En fait ces multiples prescriptions justifient des pratiques qui, sous couvert de « management raisonné », cautionnent nombre de mutations (ou de dérives) qui dévalorisent et dénaturent la fonction hospitalière. « L'hôpital entreprise », « l'hôpital

haute technologie » est assigné, en dépit d'autres urgences humaines et sociales trop hâtivement évincées, à produire indifféremment « des biens de santé », à démontrer ses performances, à prouver sa compétitivité scientifique, à gagner en efficience, en rentabilité, au risque de ne plus être concerné que par une médecine dite d'excellence, accessible aux seules personnes en capacité de bénéficier des financements et des soutiens indispensables à un parcours de soin complexe et incertain.

Au moment où nombre d'efforts sont concentrés sur l'objectif de réduire les pratiques maltraitantes dans le champ du soin, ne serait-il pas paradoxal de refuser la moindre bienveillance préci-

sément à ceux qui ont mission de l'incarner et de la mettre en œuvre auprès des malades qui se confient à eux ?

L'exemplarité a été pendant longtemps constitutive de la culture du soin, pour beaucoup acquise à travers un compagnonage propice à la transmission de bonnes pratiques. Les bouleversements cumulés intervenus dans les modes d'organisation de l'hôpital et dans les activités biomédicales affectent les modèles jusqu'alors reconnus, y compris au sein de la communauté médicale. Ils fragilisent les structures, évident de leur signification les idéaux forgés à l'épreuve de l'expérience pour vivre ensemble un projet porteur de cohésion et de fierté.

L'essence démocratique de la fonction hospitalière

On le constate, la technicité du soin semble dans bien des circonstances primer sur son humanité. La disponibilité à l'égard des personnes est reniée au bénéfice du temps consacré à la mise en œuvre des procédures et des protocoles, dans un contexte où trop souvent le rationnement entrave les capacités d'intervention. Cela au motif d'une exigence de rationalité dans l'organisation des fonctions et d'une adaptabilité des compétences à des métiers, des savoirs qui perdent ainsi leur identité. Dans ce contexte de transformations précipitées, les légitimités semblent discutées et redistribuées au prétexte d'atténuer les « pouvoirs » et d'instaurer, par exemple, des relations plus équilibrées avec les personnes malades.

Les missions traditionnelles dévolues hier à l'hospitalité caritative doivent désormais se penser en termes d'urgence de la sollicitude publique, en des résolutions qui ne faiblissent pas lorsque des modèles imposés à marche forcée risquent de per-

vertir l'esprit même d'un investissement inconditionnel au service de l'autre, et de détourner les professionnels de leurs responsabilités. Aux visions et perceptions spirituelles de la maladie et du handicap, de la souffrance et de la pauvreté se sont substitués d'autres figures de la personne malade, reconnue dans de nouveaux droits consacrés par le législateur et soutenue dans ses aspirations par des associations militantes. Il convient donc de saisir l'esprit d'une conquête qui engage en des termes actuels nos responsabilités dans la filiation de cette idée de l'hospitalité publique si difficile à sauvegarder aujourd'hui. **Il n'est plus acceptable de se satisfaire de l'affichage de résolutions incantatoires et de ces mesures virtuelles, de ces effets d'annonce qui résistent rarement à l'épreuve du réel.** À la déclamation de droits qui s'accumulent dans des textes législatifs ou réglementaires, je préfère l'effectivité de positions responsables. Je veux parler de celles qu'assument le moins mal des professionnels d'autant plus

démunis en termes de réponses adaptées, dans un contexte où les promesses non tenues accentuent les ressentiments et les défiances.

Ayons-en conscience, au vif des enjeux les plus délicats de la vie en société, le soin est sollicité par des demandes et des attentes chaque jour plus fortes. Garants dans leur champ de compétence des valeurs démocratiques, en dépit des évolutions contraintes ce sont ces lieux du soin dans la cité qui accueillent les fragilités, les exclusions et les souffrances de la vie, mais également d'autres attentes ou d'autres espérances qui ne trouvent plus audience ailleurs. L'hospitalité y est vécue dans l'engagement éthique et pratique du soin. **Cette mobilisation morale dans l'exercice du soin conteste un ordonnancement strictement gestionnaire ou une idéologie biomédicale trop souvent indifférente à d'autres considérations que les seules finalités de sa productivité en termes de publications scientifiques et d'innovations au statut parfois bien équivoque.** Elle porte certaine-

ment aujourd'hui le ferment d'un renouveau de la pensée soignante, ce qui explique avec quelle réticence on lui concède une reconnaissance politique. Face aux plus hautes vulnérabilités de l'existence, au-delà de la simple négligence une telle posture est parfois interprétée et éprouvée comme un déni d'humanité.

Notre démocratie devient plus vulnérable encore lorsqu'elle déconsidère ses devoirs d'humanité et renie certains principes constitutifs du pacte républicain.

Je suis persuadé que défendre une conception éthique du soin à l'hôpital, c'est reconnaître sa position symbolique en termes d'expressions de nos valeurs d'humanité, son expertise au cœur de la vie sociale, sa signification également du point de vue de l'implication sans relâche de ceux qui l'incarnent au quotidien et tentent d'en préserver l'esprit. Les compétences souvent à la pointe des avancées technologiques qui sont mises en œuvre, les expressions de sollicitude témoignées dans les circonstances de fragilités et de souffrances, sont constitutives des principes auxquels notre démocratie est la plus attachée, ceux dont elle a le plus besoin aujourd'hui. Il me paraît donc indispensable d'y puiser une intelligence sensible du réel, une qualité d'implication, une capacité d'initiative et d'innovation ; autant d'expériences de responsabilités en acte qui puissent enrichir notre démocratie et nous permettre de mieux penser ensemble notre devenir.

N'y a-t-il pas dès lors urgence à mieux comprendre l'essence démocratique de la fonction hospitalière, ce en quoi l'engagement hospitalier peut servir notre démocratie et en prendre soin ?



Notre démarche

PENSER ENSEMBLE LES VALEURS ENGAGÉES DE NOS INSTITUTIONS

Hospitalité, sollicitude, solidarité et justice

L'engagement et la responsabilité assumés dans les multiples domaines de compétences que recouvrent les pratiques du soin et de l'accompagnement, à l'hôpital ou dans les établissements médico-sociaux, témoignent d'une attention portée aux droits de la personne. Cette sollicitude s'avère d'autant plus exigeante en situation de vulnérabilité.

Au service de la personne, les professionnels, les membres d'associations, les bénévoles et les proches intervenant dans les champs du sanitaire et du médico-social incarnent des valeurs d'hospitalité, de sollicitude, de solidarité, de justice et d'inclusion. Leur souci du bien commun renforce le lien social, ce qui permet de faire société. Au-delà de ces quelques affirmations liminaires justifiant approfondissements et pondérations, ne convient-il pas toutefois d'interroger les valeurs constitutives du soin et de l'accompagnement en ce qu'elles représentent aujourd'hui dans la vie démocratique ? En proposant cette Charte Valeurs du soin et de l'accompagnement en institution, l'Espace de réflexion éthique de la région Île-de-France contribue à une concertation nationale nécessaire visant, au plus près du terrain, au renforcement d'une réflexion éthique impliquée.

Au moment où le débat public en France porte sur la refondation des valeurs du vivre-ensemble, la signification de l'engagement dans le soin et l'accompagnement de la personne que défendent et assument au quotidien les professionnels, les militants associatifs, mais tout autant les personnes malades et leurs proches, se doit d'être pensée, analysée, discutée et mieux reconnue.

La démarche que nous proposons vise à susciter - ou du moins à aviver - une dynamique de la réflexion partagée.

Elle est devenue indispensable à l'heure où la médicalisation ou « l'institutionnalisation », souvent par défaut, de questions de société, tout autant qu'une approche essentiellement gestionnaire des choix, pourraient inciter à se désapproprier de la culture du soin comme de celle de l'accompagnement, et ce faisant à désertir le champ des valeurs et à renoncer aux responsabilités dont il nous faut être les garants.

Que signifie soigner l'autre et l'accompagner, lui consacrer une attention dans un contexte où l'individualisme, la solitude, la culture de l'instant présent semblent altérer les principes qui rassemblent et unissent autour de valeurs partagées, voire d'une certaine idée de la fraternité ?

Il convient de rappeler que l'expression d'une considération « humanitaire » accordée à l'autre en situation de péril ou de précarité extrême est intervenue dans le champ des pratiques soignantes. Elle est même parvenue à imposer aux responsables politiques une conception inédite du « devoir d'ingérence » en référence à des valeurs d'universalité.

Des lieux emblématiques de la vie démocratique

Dès lors quelques questions nous paraissent à la fois recevables et justifier des approfondissements.

Si l'on se réfère aujourd'hui aux valeurs de la République, que signifie cette préoccupation s'exprimant dans les actes du soin et de l'accompagnement, comment la comprendre et à quelles responsabilités nous engage-t-elle ?

Les valeurs du soin et de l'accompagnement, si souvent invoquées, ont-elles une réalité, une effectivité ? Quels en sont les fondements et leur expression tangible dans les pratiques ?

En quoi le soin et l'accompagnement constituent-ils encore au cœur de la démocratie un « idéal » susceptible d'inspirer, voire de restaurer une conscience de l'autre, une confiance en l'autre que semblerait consacrer la notion de care tellement sollicitée et pourtant rarement intégrée à nos choix politiques ?

L'affirmation par les personnes malades de la reconnaissance de leur droit à être respectées dans leur expertise propre, dans leur conception de ce qu'elles privilégient et à quoi elles aspirent, constitue un enjeu déterminant dans une nouvelle forme de partenariat, y compris dans le champ de la recherche biomédicale.

L'attention portée à l'entourage de la personne, aux proches à ses côtés dans le parcours de soin et dans l'accueil en institution justifie, elle aussi, une approche personnalisée.

L'expérience du soin et de l'accompagnement, voire leur expertise, peuvent-elles produire un savoir, des repères, des lignes de conduite utiles au projet démocratique qu'il nous faut repenser ensemble ?

Nous avons la conviction que les espaces institutionnels que sont les hôpitaux et les établissements médico-sociaux constituent des lieux emblématiques de la vie démocratique, et que créer les conditions d'une concertation argumentée qui dépasse les seuls aspects de la maladie, des dépendances ou des contingences gestionnaires peut enrichir la société de questionnements qui font sens et s'imposent à elle aujourd'hui.

Cette charte s'inscrit dans la perspective d'une réflexion qui doit vivre et se développer dans nos institutions, afin d'assumer dans l'action des valeurs engagées.

<http://www.espace-ethique.org/ressources/charte-d%C3%A9claration-position/valeurs-du-soin-et-de-laccompagnement-en-institution>
<http://www.espace-ethique.org/ressources/charte-d%C3%A9claration-position/valeurs-du-soin-et-de-laccompagnement-en-institution>



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

LE MINISTÈRE DE LA JUSTICE RECHERCHE

DES MEDECINS DE PREVENTION

Temps partiel : Ain • Aude • Cantal • Charente • Cher • Dordogne • Eure • Eure-et-Loir • Hautes Alpes • Haute Corse • Indre • Lot • Morbihan • Nord • Orne • Saône-et-Loire • Seine-Maritime • Vienne • Yonne Haute Loire • Loire • Moselle • Nièvre • Seine et Marne • Vendée.

Temps plein : • Essonne • Fleury • Loire Atlantique • Nord • Rhône • Paris.

Diplôme : CES, DES en médecine du travail ou titres équivalents.

Envoyer CV à :

Docteur Nadine TRAN QUY - nadine.tranquy@justice.gouv.fr - Tél. : 01 70 22 90 11 - 06 70 61 16 16

Médecin coordonnateur national - Ministère de la Justice SG/3SP/SDRH/BASCT - 13, place Vendôme - 75042 Paris cedex 01



FRANCE

ÎLE-DE-FRANCE



CENTRE HOSPITALIER RENE DUBOS – PONTOISE

6, avenue de l'Île-de-France – CS 90079 – Pontoise – 95303 CERGY-PONTOISE CEDEX

RECHERCHE PRATICIEN HOSPITALIER TEMPS PLEIN (ou PH contractuel) MEDECIN GENERALISTE EN MILIEU PENITENTIAIRE



Pour exercice de la médecine générale en milieu pénitentiaire sur la Maison d'Arret du Val d'Oise située à 1 km de l'hôpital de Pontoise.

Durée hebdomadaire des obligations de service : 10 demi-journées.

Les qualités particulières demandées sont :

- La prise en charge médicale et de petite traumatologie.
- La capacité à prendre en charge tout type de patients (origines ethniques, suspects ou condamnés pour infractions correctionnelles ou criminelles, addiction) ...
- La capacité à travailler avec les contraintes liées à la détention : respect des règles de sécurité, participation à la prévention du risque suicidaire, visites en détention.
- L'autonomie et la capacité de travailler en équipe dans un service hospitalier.
- Rigueur sur la traçabilité des actes.
- La capacité à utiliser les logiciels à disposition.

Bonne équipe agréable composée de 2 généralistes, 1 dentiste, 1 cadre de santé, 6 IDE, 1 assistante dentaire, 2 secrétaires, 2 préparatrices en pharmacie, 6 psychologues, ainsi que des consultations de psychiatres et spécialistes de l'hôpital, de manipulatrices en électroradiologie.

CONTACT : Dr GOUTTE - Tél. : 01 34 43 16 60 - Courriel : beatrice.goutte@ch-pontoise.fr



Hospitalisation à Domicile
L'hôpital vient à vous

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

L'Hospitalisation à Domicile de l'AP-HP

Recrute pour le suivi de 680 agents et de 25 médecins

UN MEDECIN DU TRAVAIL

ou 1 COLLABORATEUR (70% ou 80%)

Salaires négociables selon expérience et en fonction de la grille des praticiens hospitaliers.

Expérience hospitalière bienvenue.

Poste à pourvoir immédiatement à Paris -13^{ème} (sur site PITIE-SALPETRIERE).

Personnes à contacter :

Laurence NIVET – Directrice HAD AP-HP – laurence.nivet@aphp.fr

Julien DELIE – DRH-HAD AP-HP – julien.delie@aphp.fr





La Commune de LINAS (91310) recherche 2 médecins généralistes

La commune de Linas recherche 2 médecins généralistes, en activité libérale. Population : 7 000 habitants (Développement démographique programmé, + de 10 000 en 2025).

Commune paisible et verdoyante où il fait bon vivre, LINAS est située à 23 km de Paris Porte d'Orléans. Membre de la Communauté d'Agglomération PARIS-SACLAY. Plus d'informations sur www.linas.fr

Centre-ville : Local de 85 m² refait à neuf comprenant 2 cabinets indépendants avec chacun leur salle d'attente, disponibles immédiatement. Locaux aux normes d'accessibilités, WC handicapés commun, cour arrière avec 2 places de parking.

Sont déjà installés sur la commune : 1 médecin généraliste, 2 pharmacies, 4 infirmiers, 5 kinésithérapeutes, 3 dentistes, 1 podologue, 1 ostéopathe.

Commerces : Supérettes - Boulangeries - Bars - Tabac - Restaurants - Salons de coiffure - Institut de beauté - Photographe ...

Axes routiers importants : RN20 - FRANCIENNE (A104).

Gare routière regroupant 6 lignes de bus (accès directs divers RER ... ainsi que Paris Porte d'Orléans).

Activités associatives denses et variées : culturelles, sportives et de loisirs,

Circuit automobile mythique de Linas-Monthéry.

Ecoles maternelles et primaires.

Logement d'habitation à la charge de la commune durant la première année d'installation.

Loyer des cabinets modérés pendant 1 an (300€ hors charges par cabinet, puis 500€ hors charges).

Profil : Titulaire d'un diplôme de médecin.

Justifier de l'inscription au tableau de l'Ordre des Médecins.

Les candidatures doivent être adressées par courrier à : Monsieur le Maire - Mairie de Linas - Place Ernest Pillon

Pour tous renseignements complémentaires :

Monsieur François-Xavier MACÉL

Maire Adjoint délégué au Développement économique, Commerces, Handicap, Finances

Par mail : francois-xavier.macel@linas.fr ou laissez message au 06 07 64 09 32



Cabinet de gynécologie-obstétrique avec 3 gynécologues obstétriciens. Très grosse activité, bien situé en centre ville. Locaux de qualité, tous matériels à disposition.

Cherche pour intégrer le groupe

- Un confrère ou une consœur gynécologue obstétricien
- Un confrère ou une consœur médecin généraliste ayant passé le DIU de formation complémentaire en gynéco-obstétrique
- Une sage-femme

Prendre contact par mail : joel.silvert@wanadoo.fr



LE CENTRE HOSPITALIER HENRI EY DE BONNEVAL

(situé à 1 h de Paris avec liaison SNCF et Autoroute A10)

Établissement public départemental de santé spécialisé en psychiatrie, avec une capacité d'accueil de 382 lits et 169 places, organisé en pôle d'activités soit un pôle de psychiatrie adulte, un pôle addictologie et un pôle pédo-psychiatrie autisme.

Pour son site de Bonneval (28)

Dans le service de Psychiatrie adulte (poste vacant) avec une affectation partagée sur l'intra-hospitalier et les C.M.P. secteurs de Bonneval-Châteaudun et Nogent-le-Rotrou.

Pour son site de Chartres (28)

— Dans le service de Psychiatrie adulte (poste vacant) avec une affectation partagée sur l'intra-hospitalier et les C.M.P. 28G01 28G02 28G05.

— Responsable de l'Unité de Psychologie Médicale (U.P.M.) située à Morancez agglomération de Chartres (28) avec 15 lits et 3 places en hôpital de jour. Prise en charge des troubles anxio-dépressifs, troubles des conduites alimentaires.



RECHERCHE MÉDECINS SPÉCIALISTES EN PSYCHIATRIE

(praticien hospitalier temps plein, praticien contractuel ou attaché lauréat PAE)

Conditions : Être titulaire d'un diplôme de médecine.

Rémunération : selon profil.

Possibilité de logement. Participation à la permanence des soins.

Contact (candidature avec CV) :

M. le Directeur du Centre Hospitalier Henri Ey

32, rue de la Grève - 28800 BONNEVAL

Tél. : 02 37 44 72 35

Courriel : secretariat.direction@ch-henriey.fr

Informations complémentaires :

M. le Dr Frédéric Soule - Praticien Chef du Pôle de Psychiatrie Adulte - Tél. : 02 37 44 76 63

Courriel : f.soule@ch-henriey.fr

LE CENTRE HOSPITALIER D'ANTIBES JUAN-LES-PINS, CADRE DE VIE EXCEPTIONNEL, RECHERCHE :



UN GERIATRE TEMPS PLEIN

Pour renforcer l'équipe médicale dans les activités du court séjour gériatrique (service de 31 lits) dans pôle gérologique en pleine extension avec perspective d'avenir au sein d'un pôle gérologique complet : court séjour gériatrique, ssa, usld, ehpad, consultations mémoire et fragilité, équipe mobile de gériatrie.

— Renseignements : Dr Le Nechet - anne.le-nechet@ch-antibes.fr ou Dr Leroy - olivier.leroy@ch-antibes.fr

UN GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN TEMPS PLEIN

Pour renforcer notre équipe de 3 PH et 2 assistantes. Poste évolutif - Maternité de niveau 2.

Environ 1100 accouchements par an.

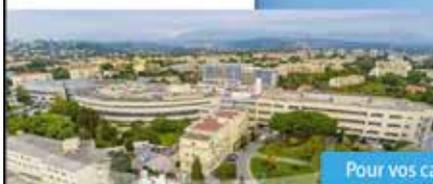
Activité mixte gynécologie et obstétrique, PMA et échographies possibles.

Agrément cancérologie pelvienne et mammaire. Astreintes opérationnelles.

Anesthésiste de garde sur place jour et nuit.

— Renseignements : DR DUFORESTEL thierry.duforestel@ch-antibes.fr ou DR MUZELLE cecile.muzelle@ch-antibes.fr

Pour vos candidatures : DAM - Michèle Denaro - Tél. 04 97 24 77 01 - ou par mail : affaires.medicales@ch-antibes.fr





**Centre Hospitalier
Montfavet
Avignon**

Le Centre Hospitalier Avignon-Montfavet propose un poste de psychiatre à temps plein en milieu pénitentiaire en Pôle U.M.D /U.S.M.P

Cet exercice se réalisera au sein d'une équipe pluridisciplinaire étoffée qui associe 15 etp d'infirmier, 1,5 etp de cadre de santé, 7 etp de psychologue et 4 autres etp de psychiatre.

Il peut se configurer entre un et trois des établissements suivants : la maison d'arrêt d'Arles, le centre de détention de Tarascon et le centre pénitentiaire du Pontet (qui possède un quartier mineur).

Le travail clinique porte sur des prises en charge très diversifiées auprès de patients-détenus qui présentent l'ensemble des pathologies psychiatriques rencontrées sur le secteur.

Cet exercice s'adosse au Centre Hospitalier de Avignon-Montfavet quant à l'orientation en hospitalisation à temps complet en psychiatrie générale des patients adressés en SDRE D398.

Ce poste permet l'obtention de la prime d'activité sectorielle et de liaison, ainsi que de la prime d'exercice public exclusif.

Ce poste est articulé à la participation à la permanence des soins du CH de Montfavet.

Interlocuteurs :

Docteur STARKMAN - Chef de pôle : 04 90 03 92 57
Docteur BATAILLARD - Chef de service : 04 90 03 30 80
Docteur PICARD - Président de la CME : 04 90 03 90 88

Le service des affaires médicales : 04 90 03 90 05 et 04 90 03 90 03

Envoi CV à : chantal.laurens@ch-montfavet.fr



Recrutement d'un psychiatre praticien hospitalier pour le service du Pôle U.M.D /U.S.M.P.

Nous recevons des patients adressés par les secteurs de psychiatrie générale ou des U.S.I.P. pour des problématiques de dangerosité psychiatrique et de résistance au traitement, par les centres pénitentiaires pour des soins spécifiques à l'U.M.D., mais aussi des patients jugés irresponsables pénalement dans les suites d'un passage à l'acte médico-légal.

Le service accueille 79 patients en SDRE soit 61 hommes sur quatre unités (unité d'admissions de 15 places, 2 unités de séjour de 15 places, unité de réhabilitation et de préparation à la sortie de 16 places) et 18 femmes sur une unité. Il présente également une unité d'activités de sports (gymnase, salle de musculation, terrain de football, piscine) et d'ergothérapie (dessin, peinture, sculpture, poterie, cartonnage, chorale) pour des prises en charge pluri hebdomadaires.

Les sorties de l'U.M.D. s'effectuent sur décision de la Commission du Suivi Médical et arrêté préfectoral, le patient étant transféré vers son service d'origine.

Interlocuteurs :

Docteur STARKMAN - Chef de pôle : 04 90 03 92 57
Docteur PICARD - Président de la CME : 04 90 03 90 88

Le service des affaires médicales : 04 90 03 90 05 et 04 90 03 90 03

Envoi CV à : chantal.laurens@ch-montfavet.fr



LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU VAR RECRUTE 1 MÉDECIN DU TRAVAIL (H/F)

Catégorie A Fonctionnaire ou contractuel
ou vacataire (Rémunération fondée sur
la convention collective du personnel des services
interentreprises de médecine du travail) (CISME)

MISSIONS DU POSTE & ACTIVITÉS PRINCIPALES

• Conseiller l'Autorité Territoriale sur l'évaluation et la prévention des risques professionnels (y compris les nuisances liées aux nouvelles technologies, aux substances dangereuses et à l'aménagement urbain) • Réaliser la surveillance médicale professionnelle des agents territoriaux • Participer de manière active à des actions de prévention en santé au travail (ce qui inclut une présence au CHSCT et la rédaction de son rapport annuel d'activités).

COMPÉTENCES REQUISES

• Respect du Code de déontologie (diplôme d'État) • Connaissance sur la législation de la médecine professionnelle et la législation de la médecine statutaire, sur l'institution départementale et ses procédures • Maîtrise de l'entretien médical et des pratiques professionnelles qui en découlent • Suivi de la formation médicale continue • Participation à une dynamique de projet en santé au travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Merci d'adresser lettre de motivation & CV à :

M. le Président du Conseil Départemental du VAR - DRH - Département Gestion des Personnels - Service Emploi
390, Avenue des Lices - BP 1303 - 83 076 TOULON CEDEX - Tél. : 04 83 95 02 25 - Fax : 04 94 95 02 97 - Courriel : elemaire@var.fr



Le Centre Hospitalier de Vaison la Romaine Recrute Un PRATICIEN ATTACHE ou PRATICIEN ATTACHE ASSOCIE à temps plein

50 % URGENCES-UHCD (urgences : 9 000 passages/an – 6 lits d'UHCD) – 1 PH smuriste 24h/24.
50 % médecine polyvalente à orientation gériatrique (27 lits, dont 6 lits de soins palliatifs).

Participation aux astreintes de nuit + couverture des urgences la journée en cas de sortie SMUR.

Adresser candidature par mail à : grh@ch-vaion.fr ou a.rampon@ch-vaion.fr
Ou par téléphone au Dr RAMPON Alain - Chef de Pôle au 0610821364





LE CENTRE HOSPITALIER DES PAYS DE MORLAIX (29)

établissement de 983 lits et 243 places avec des activités
MCO-Psychiatrie-SSR-USLD-EPHAD
Recherche afin de compléter son équipe médicale



1 ANESTHESISTE TEMPS PLEIN (H/F)

PH ou Contractuel Statut CLINICIEN HOSPITALIER
Poste à pourvoir le 1^{er} juin 2017. Expérience souhaitée

2 PSYCHIATRES TEMPS PLEIN (H/F)

PH ou Contractuel avec Statut CLINICIEN HOSPITALIER

1 CARDIOLOGUE TEMPS PLEIN (H/F)

PH ou Contractuel

1 PÉDIATRE TEMPS PLEIN (H/F)

PH ou Contractuel

MEDECINS GERIATRES TEMPS PLEIN (H/F)

PH ou Contractuel

1 MÉDECIN ALGOLOGUE MI-TEMPS (H/F)

PH ou Contractuel
Titulaire de la capacité Douleur ou en cours d'obtention

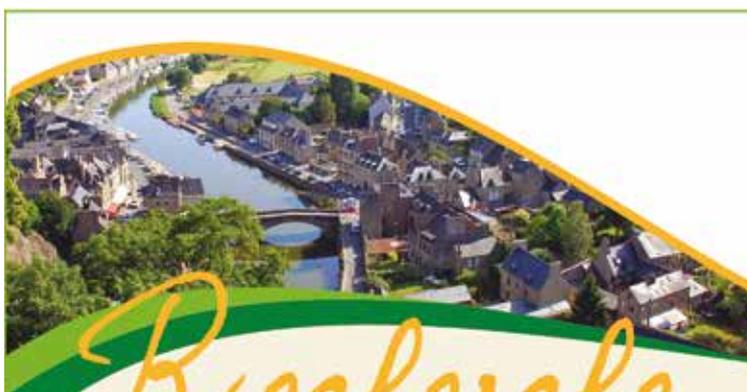
1 MÉDECIN ALGOLOGUE ET DE SOINS PALLIATIFS TEMPS PLEIN (H/F)

PH ou Contractuel
Titulaire de la capacité Douleur (ou en cours d'obtention)
et du DU de Soins palliatifs (ou en cours d'obtention)
Poste à pourvoir en septembre 2017

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

Vous pouvez adresser vos candidatures :

Centre Hospitalier des Pays de Morlaix A l'attention de M. ZARRELLA - Direction des affaires médicales - 15, rue de Kersaint Gilly - 29672 MORLAIX
Tél. : 02 98 62 69 11 - Courriel : azarella@ch-morlaix.fr





centre hospitalier
René Plevin - Dinan
Communauté hospitalière de territoire Rance Émeraude

Établissement du GHT Rance Émeraude
du territoire de santé n° 6
Hôpital de référence : CH de Saint-Malo
Partenariat avec le pôle de santé privé de Dinan
630 lits dont 208 en MCO (5 en UHTCD et 7 en USC),
65 en SSR et 357 en EPHAD

Recherche

URGENTISTES OU MEDECINS GENERALISTES

Création d'une nouvelle ligne de jour.
• 29 400 passages aux urgences.
• 760 SMUR en partenariat avec le CH de Saint Malo et le CHU de Rennes.
• Activités partagées entre le service de médecine d'urgence d'U.H.T.C.D. et le S.M.U.R.

Renseignements et contact :
Dr Fabrice OLLIVIER
Chef du Pôle Urgences-SMUR-USC-Bloc
Tél. : 02 96 85 70 94 - Email : fabrice.ollivier@ch-dinan.fr

GYNECOLOGUES

• 14 050 consultations.
• 44 275 journées d'hospitalisations.
• 713 naissances (Maternité à taille humaine de niveau 2a comprenant 16 lits).

Renseignements et contact :
Dr Mohamed KLOUCHE - Chef de Pôle Femme-Enfant
Tél. : 02 96 85 72 85 - poste 2616 - Email : ali.klouche@ch-dinan.fr

GASTRO-ENTEROLOGUE

• 19 460 consultations
• 67 900 journées d'hospitalisations (12 lits d'hospitalisation traditionnelle).
• Collaboration quotidienne avec le service de gastro-entérologie du CH de Saint-Malo.

Renseignements et contact :
Dr Marie GEDOUIN - Chef de Pôle Médecine
Tél. : 02 96 85 72 45 - Email : marie.gedouin@ch-dinan.fr

Candidatures à adresser à :
Madame la Directrice déléguée
Centre Hospitalier de Dinan
74, Rue Chateaubriand - BP 91056 - 22101 DINAN CEDEX
Tél. : 02 96 85 72 90
Fax : 02 96 85 72 91
Mail : direction@ch-dinan.fr

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



Le CHU de Rennes Recherche :

Des Anesthésistes-Réanimateurs

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

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

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

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

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

Rattachement hiérarchique :

Chef de service anesthésie-réanimation.

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

Formation :

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

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

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

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

Missions :

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

- Gardes au service des Urgences et SAMU-SMUR.

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

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

Formation attendue :

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

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

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

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

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



www.ch-paimpol.com

A Paimpol (Bretagne - Côtes d'Armor) le Centre Hospitalier - situé en bordure de littoral - recrute :

- **MEDECINS GERIATRES (EHPAD/Médecine Aiguë Gériatrique) à temps plein**
- **MEDECIN GENERALISTE à temps plein**

Hôpital à taille humaine avec une capacité d'accueil de 464 lits et places : Urgences/SMUR, Médecine Court Séjour, Soins de Suite et de Réadaptation Cardio-vasculaire et Polyvalent, Hébergement et Long Séjour, Plateau Technique (Laboratoire, Imagerie Médicale et Secteur Interventionnel).

L'organisation territoriale, au sein du Groupement Hospitalier de Territoire d'Armor, permet la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge graduée des patients pour garantir une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. La création des Fédérations Médicales Inter-Hospitalières contribue au développement de la mise en réseau des professionnels.

Statut de Praticien Hospitalier ; Praticien Contractuel ; Assistant ou Praticien Attaché.

Formation proposée dès le recrutement. Assistance dans les démarches d'installation.



Contact : Direction des Affaires Médicales - 02 96 55 61 10 - affaires.medicales@ch-paimpol.fr

Pour un départ en retraite fin 2017, cède patientèle Anesthésie.

Polyclinique Quimper Sud (groupe Hospitalisation Grand Ouest de la mutualité française)
21 rue Gustave Flaubert 29000 Quimper.

- › 6 médecins anesthésistes-réanimateurs, exercice libéral en société de fait.
- › 91 lits + 10 lits de surveillance continues. Pas de maternité. 10 semaines de congés.
- › Chirurgie classique + vasculaire + thoracique.
- › Fusion administrative avec un établissement similaire déjà effectuée et réunion sur site neuf prévue pour 2021.
- › Bénéfices nets annuels 200 000 euros.
- › Situation Bretagne-Sud à 15 minutes des plages.

Contact :

Docteur Jacques ROPARS - 31 Chemin de Penhors - 29760 Penmarch

Tél. : 02 98 58 43 10 - Mail : ropars.jacques0792@orange.fr







La Pierre Angulaire
Réseau de maisons d'accueil et de soins

Poste à
pouvoir
dès que
possible

Ehpad St Joseph
Etablissement du Réseau La Pierre Angulaire

La Pierre Angulaire recrute **un médecin coordonnateur (h/f)** à temps partiel à 0,50 ETP pour l'EHPAD Saint-Joseph situé à Saint-Vallier dans la Drôme EHPAD situé au cœur de Saint Vallier de 60 lits sans unité Alzheimer.

La Pierre Angulaire, partenaire d'Habitat et Humanisme, vient en aide aux personnes âgées fragilisées ou dépendantes. Créée il y a dix ans, elle anime un réseau de 45 établissements sociaux et médico-sociaux (essentiellement des maisons de retraites-EHPAD) qui s'appuient sur un effectif de 1 200 salariés (dont 900 dans les 26 établissements en gestion directe).

Poste et missions :
Sous l'autorité de la Directrice et dans le cadre de la politique associative, vous participez à la mise en œuvre de la stratégie définie par la Direction. Vous consacrerez votre activité principale à la réalisation de 13 missions en lien avec le Décret n° 2011-1047 du 2 septembre 2011 relatif au temps d'exercice et aux missions du médecin coordonnateur exerçant dans un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.
Vous aurez un rôle d'interface et de relais entre la Direction et les équipes, les équipes et les familles, les personnels soignants et intervenants libéraux.

En collaboration avec l'infirmière responsable les missions se déclinent :
— Elaborer le projet de soin, s'intégrant dans le projet d'établissement.
— Coordonner les soins : Participer à la commission d'admission des personnes âgées et donner un avis en veillant à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'établissement • Réaliser en collaboration avec l'IDE responsable les entretiens d'admission • Evaluer et valider régulièrement l'état de dépendance (GMP) et le niveau de soins (PATHOS) • Suivre les contacts avec les familles • Coordonner l'activité des professionnels soignants et intervenants libéraux • Mettre en place des outils de traçabilité des soins • Développer le réseau de partenaires (conventions), mettre en place la commission gériatrique • Etablir un rapport annuel d'activités médicales retraçant les modalités de prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance des résidents.
— Contribuer au management de l'équipe soignante : Veiller à une bonne coordination de l'équipe soignante (infirmières et aides-soignantes, équipe de jour/équipe de nuit • Mettre en œuvre une politique de formation et des actions de formation des professionnels de santé exerçant dans l'EHPAD • Veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques et formuler toutes recommandations.

Profil :
Docteur en médecine, un DU et/ou capacité en gérontologie serait apprécié, vos capacités relationnelles et votre pédagogie seront également des atouts pour le poste. Rémunération selon Convention collective du 31 octobre 1951.

Lettre de candidature et CV à envoyer
• Par courrier : Madame La Directrice de l'EHPAD Saint-Joseph - 8 Place Auguste DELAYE - 26240 Saint-Vallier
• Par courriel : direction26.stjo@orange.fr





Le Centre Hospitalier Ancey Genevois (CHANGE)
Recherche
Un Médecin de Santé au Travail



Le CHANGE, établissement issu de la fusion des sites d'Ancey et de Saint Julien en Genevois est l'un des centres hospitaliers les plus importants de la région Rhône-Alpes. Il compte plus de 4 500 collaborateurs. Très engagé dans la prévention des risques professionnels, un projet d'ampleur et participatif est en cours sur la cartographie et l'élaboration d'un plan d'actions en vue de la prévention des RPS. Dans un contexte de développement notamment celui d'un service de santé au travail à l'échelle du territoire (GHT Ancey, Genevois, Albanais), il s'agit de compléter une équipe pluridisciplinaire (2 médecins, 4 infirmières, 1 psychologue du travail, 1 préventeur TMS, 2 assistantes sociales, 2 secrétaires) spécialisée dans la prévention et la prise en charge des risques professionnels. Le CHANGE étudie toutes les propositions de candidatures à temps plein ou temps partiel, titulaires du CES ou DES médecine de santé au travail ou souhaitant une réorientation professionnelle. Il s'agit d'un poste de praticien hospitalier, d'autres statuts peuvent être envisagés en fonction du profil des candidats. Le CHANGE est situé dans un environnement naturel offrant un cadre de vie exceptionnel (lacs et montagnes) permettant une qualité de vie remarquable tout au long de l'année. Proximité de Lyon (1h30), Grenoble (1h15), Genève (30 minutes).

Nous nous tenons disponibles pour mieux nous faire connaître et échanger autour de votre projet professionnel :
Dr Florence GAUTHIER-DAVID ou **Dr Marie-Anne HUBSCHER** - 04 50 63 62 28 - fgauthierdavid@ch-anceygenevois.fr
Pascale COLLET - Directrice des affaires médicales - 04 50 63 62 20 ou 04 50 63 62 03 - pcollet1@ch-anceygenevois.fr





CENTRE HOSPITALIER D'AJACCIO

LE CENTRE HOSPITALIER D'AJACCIO
Dans le cadre de son développement et dans la perspective de l'ouverture du nouvel hôpital

Recrute

- DEUX MEDECINS URGENTISTES (H/F A TEMPS PLEIN)
- UN MEDECIN GASTRO-ENTEROLOGUE (H/F A TEMPS PLEIN)
- UN MEDECIN CARDIOLOGUE (H/F TEMPS PLEIN)
- UN MEDECIN PEDIATRE (H/F TEMPS PLEIN)
- UN CHIRURGIEN ORL (H/F A TEMPS PLEIN)
- UN MEDECIN DE MEDECINE/PHYSIQUE READAPTATION (H/F TEMPS PLEIN)
- UN GERIATRE (H/F TEMPS PLEIN)

Contact :
Laurent GERMANI
Directeur des Affaires Médicales
Laurent.germani@ch-ajaccio.fr
06 07 64 81 72



Centre Hospitalier

de la Côte Fleurie

"AU COEUR DE LA VIE"



Dans le cadre de la consolidation de ses activités médicales intégrées dans le projet médical partagé du GHT Normandie Centre.

Le Centre Hospitalier de la Côte Fleurie recrute des praticiens hospitaliers à temps plein (titulaires ou contractuels) :

1 Gériatre - 1 Urgentiste - 1 Pneumologue
1 Gastro-entérologue - 1 Nutritionniste - 1 généraliste



Candidature à adresser à : M. le Directeur du CH de la Côte Fleurie - BP 30009 - 14601 HONFLEUR CEDEX



Centre Hospitalier J. Mendel

Le Centre Hospitalier de Flers (61) propose :

- une offre de prestations médicales et chirurgicales courantes et spécialisées.
- l'accueil des malades en urgence 24h/24.
- des alternatives à l'hospitalisation complète.

Contact : affaires.medicales@ch-flers.fr - 02 33 62 61 92



L'hôpital recrute

Un Anesthésiste-Réanimateur

Un Cardiologue

Un Gastro-entérologue

Un Gynécologue

Un Médecin de Médecine Polyvalente

Un Urgentiste

Un Radiologue

Bienvenue à CHARNY OREE DE PUISAYE

Vous êtes médecin généraliste et vous souhaitez vous installer ?

Un groupe de professionnels de santé vous accueille au sein d'une maison médicale neuve (bâtiment BBC), située sur la commune de Charny Orée de Puisaye (89).

Informations pratiques

- **Environnement professionnel** : Vous travaillerez aux côtés d'un médecin généraliste, d'infirmières, d'un dentiste, de masseurs-kinésithérapeutes, d'un orthophoniste et d'un pédicure-podologue.
- **Local** : Une surface totale de 200 m² est à partager avec le médecin déjà installé. Vous partagerez également une salle d'attente, un secrétariat, un WC public, un WC privé et un coin cuisinette.
- **Conditions d'exercice** : Population du bassin de vie de Charny Orée de Puisaye : 7278 habitants environ.
- **Aides possibles** : Aides de la commune à l'installation, Contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale, exonérations de charges possibles. Plus de renseignements sur la Plate-forme d'Appui aux Professionnels de Santé de Bourgogne Franche-Comté (PAPS) : www.bourgogne.paps.sante.fr
- **Autres informations** : Territoire ayant signé un Contrat Local de Santé.

X Paris



Charny est située :
à 1h40 de Paris - à 35 min d'Auxerre,
à 40 min de Sens - à 40 min de Montargis.



Charny Orée de Puisaye est une commune nouvelle du centre-est de la France, située dans le département de l'Yonne en région Bourgogne-Franche-Comté. Elle compte 5251 habitants et bénéficie d'un environnement naturel de qualité et d'un patrimoine préservé.

Santé / Social

Centre Hospitalier d'Auxerre (34 min), de Montargis (40 min) et de Sens (43 min); EHPAD, SSIAD, UNA, pharmacie.

Petite enfance / Jeunesse

Crèche, Relais Assistants Maternels, écoles primaires, collège, centre de loisirs.

Transports / Mobilité

Accès à l'autoroute A6 en 15 min, gare SNCF à 30 min (Joigny ou Saint-Julien-du-Sault).

Sports et Loisirs

Clubs de sport, école de musique, pêche, diverses associations, piscine, cinémas aux environs.

Services publics

Maison Service au Public.

Commerces

Supermarchés, boulangeries et autres commerces.

Contacts

Annaëlle Jarnier, Animatrice Santé
Pays de Puisaye-Forterre Val d'Yonne
03 86 74 19 54
contratlocaldesante.puisaye-forterre@orange.fr

Charny Orée de Puisaye
60 route de la Mothie
89120 CHARNY OREE DE PUISAYE - 03 86 63 71 34
ccop@ecop.fr



L'HOPITAL LES RIVES DU DOUBS SITUÉ À PONTARLIER RECRUTE

GASTRO-ENTEROLOGUE

Le CHIHC RECHERCHE pour son service de médecine Interne, Spécialité Gastro-entérologie,
un praticien hospitalier temps plein ou temps partiel, ou praticien contractuel.
Inscrit à l'Ordre des médecins.

Expérience souhaitée en hépatologie et endoscopie digestive.

Pour tout renseignement : Dr EWEIWI Anas - Responsable de la Spécialité

Merci d'envoyer vos candidatures à :

Mme QUERRY Catherine - Responsable Affaires Médicales : 03 81 38 58 80

Email : c.querry@chi-hautecomte.fr



Postes à temps plein
ou à temps partiel

Plein exercice
souhaité mais toute
candidature sera
étudiée

LE CENTRE HOSPITALIER DE NIORT (79)

Région POITOU-CHARENTES. Situation attractive sur le plan autoroutier et TGV
Agglomération niortaise de 110 000 habitants - Bassin de santé de 400 000 habitants
Service de réanimation neuf - Ouverture de lits supplémentaires en cours
Hôpital dynamique très équipé - Locaux neufs, établissement à taille humaine

RECHERCHE POUR DEVELOPPER L'OFFRE DE SOINS

- » DES PSYCHIATRES (Secteurs adultes et enfants)
- » DES URGENTISTES
- » DES REANIMATEURS
- » DES MEDECINS GENERALISTES (Unité de Soins Palliatifs)

Candidature à adresser à :

Direction des Affaires Médicales - dam@ch-niort.fr

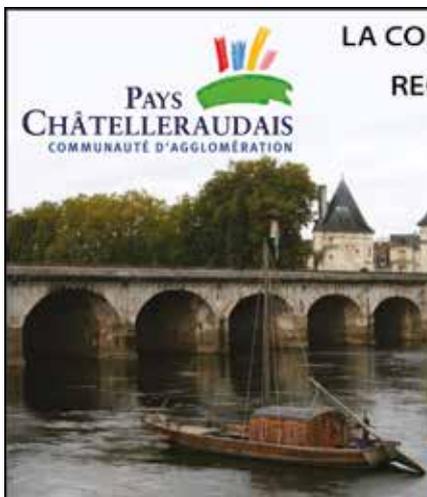
Pour tout renseignement, contacter :

Dr LEGER - Chef de Pôle - Psychiatrie - dominique.leger@ch-niort.fr

Dr FARANPOUR - Chef de Pôle - Urgences - farnam.faranpour@ch-niort.fr

Dr VOULTOURY - Chef de Service - Réanimation - julien.voultoury@ch-niort.fr

Dr AVARGUEZ - Chef de Service - USP - patrick.avarguez@ch-niort.fr



LA COMMUNAUTE D'AGGLOMERATION DU PAYS CHATELLERAUDAIS

RECRUTE MÉDECIN DE PRÉVENTION (H/F) TEMPS COMPLET - Cadre d'emplois des Médecins territoriaux

Sous la responsabilité de la directrice des ressources humaines, vous prévenez toutes altérations de la santé des agents de la Communauté d'Agglomération du Pays Châtelleraudais, de la Ville et du CCAS de Châtelleraut ainsi que des communes membres adhérentes au service commun. Vous conseillez le personnel et l'administration dans le domaine du bien-être et de la santé au travail, et contribuez à la définition et à la mise en œuvre de la politique de prévention.

Vos activités seront les suivantes :

Assurer une surveillance de l'ensemble du personnel et des postes à risque.
Assurer la veille et l'évaluation des situations et conditions de travail, en collaboration avec le reste du service « qualité de vie au travail ».
Conseiller l'administration et le personnel en matière de santé et de conditions de travail.

Diplômé(e) en médecine de prévention (doctorat, certificat d'études spéciales en médecine du travail ou diplôme d'études spécialisées en médecine du travail), vous maîtrisez le cadre réglementaire (droit des malades, statut du fonctionnaire et réglementation du travail en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail), la législation sanitaire et sociale, ainsi que les enjeux, les évolutions, les acteurs et dispositifs en matière de santé publique.

Rémunération statutaire + régime indemnitaire + prime annuelle.

Établissement adhérent au CNAS + COS.

Les candidatures (lettre de motivation avec CV) sont à adresser à l'attention de Monsieur le Président de la Communauté d'Agglomération du Pays Châtelleraudais
Direction des ressources humaines - 78, boulevard Blossac - BP 90618 - 86106 CHATELLERAULT Cedex ou par mail : recrutement@capc-chatelleraut.fr



LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE LA HAUTE-VIENNE RECRUTE 1 MÉDECIN (H/F - CDI) Temps plein (susceptible d'aménagement temps partiel)

Lieu de travail sur les sites de consultation dans les 3 départements (Corrèze, Creuse et Haute-Vienne). Un véhicule de service est mis à disposition pour réaliser les trajets. Résidence administrative possible à Limoges, Tulle ou Guéret, à définir avec le candidat retenu.

Le Centre régional d'examen de santé du Limousin (CRESLI) géré par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Limoges réalise des consultations de prévention auprès de ses assurés sociaux et ayants droit les plus fragiles et éloignées du système de soins.

Au sein d'une équipe pluridisciplinaire composée d'une vingtaine de personnes, le candidat sera en charge de réaliser des bilans de santé et d'actions en éducation en santé. Il contribuera au développement de partenariats en santé favorisant l'accès aux dépistages, prévention, éducation en santé et soins. Il sera amené à utiliser, de façon courante, le système informatique de gestion du dossier médical propre aux centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie ainsi que les applicatifs informatiques permettant la réalisation des examens.

Titulaire du permis de conduire.

Rémunération : Salaire mensuel moyen (temps plein) 5 171 euros brut (13^{ème} et 14^{ème} mois inclus).



Les personnes intéressées doivent faire acte de candidature (lettre de motivation + CV), dans les meilleurs délais, à l'adresse mail suivante : drh.for@cpam-limoges.cnamts.fr

La prise de poste
est fixée au
1^{er} juin 2017





LE CENTRE HOSPITALIER DE JONZAC (CHARENTE MARITIME)

Etablissement Public de Santé, situé au sud du département de Charente Maritime, à 75 kilomètres de BORDEAUX, au sein d'une ville thermale dynamique et touristique, gérant un hôpital général (médecine, chirurgie, urgences), des services de gériatrie (SSR et EHPAD) et deux secteurs de psychiatrie adulte, ainsi qu'un secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

Application du référentiel 39H sur le temps de travail depuis le 1^{er} septembre 2016.
Au-delà de ce seuil, paiement du temps supplémentaire en temps additionnel de jour (de 39H à 48H).



Recrute un médecin urgentiste à temps plein

Exerçant en temps médical continu (environ 7 gardes de 24 H par mois).

Les candidatures, accompagnées d'un CV, sont à adresser à :

Monsieur le Directeur - CENTRE HOSPITALIER
B. P. 80109 - 17503 JONZAC CEDEX
Tél. : 05 46 48 75 01 - Fax : 05 46 48 75 00
Mail : direction.hopital@ch-jonzac.fr



Nous sommes mandatés par les collectivités dans le Sud-Ouest de la France pour la recherche de **Médecins Généralistes, Ophtalmologues, Pédiatres, Gynécologues** qui prendraient la suite de médecins partant à la retraite donc gain potentiel assuré et aides par les collectivités pour le logement et le cabinet durant la première année d'exercice.

Nous contacter par courriel : medinopiafr@gmail.com
envoyer CV et numéro de téléphone pour que nous vous contactons rapidement



Le Centre Hospitalier de Bigorre (Tarbes-Hautes Pyrénées)

Plateau technique de haut niveau - laboratoire central - scanner - IRM - médecine nucléaire - Centre 15- SAU - réanimation polyvalente - Unité neuro vasculaire - 10 salles de blocs opératoires neuves - Maternité niveau 2B - lits de soins intensifs service de pédiatrie et hôpital de jour - unité de néonatalogie - urgences de pédiatrie.

Cadre de vie agréable, au pied des montagnes, à mi-chemin entre Toulouse et la côte Atlantique

RECRUTE

- **1 RADIOLOGUE (PH - Assistant ou Contractuel)**
- **1 NEUROLOGUE temps plein (Assistant ou Contractuel)**
Pour compléter une équipe de 4 PH temps plein (4 lits dédiés à L'Unité Neuro-Vasculaire)
- **1 URGENTISTE (Assistant ou contractuel)**
SAU, SMUR primaire et secondaire, UHCD, SMUR montagne, régulation centre 15

Contacts :

Président de la CME : Dr Pascal CAPDEPON - pcapdepon@ch-tarbes-vic.fr

Directrice des affaires médicales : Aurélie BARATIER - abaratier@ch-tarbes-vic.fr



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

RECHERCHE UN ANESTHESISTE-REANIMATEUR PLEIN TEMPS

TOUS STATUTS CONFONDUS
POSTE A POURVOIR IMMEDIATEMENT

Adresser candidatures et CV à :

Madame le Directrice de la Dynamique Sociale et de la Formation - Centre Hospitalier - 1, Place Vialas - 81500 LAVAUR

Pour tout renseignement contacter :

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





Le Centre Hospitalier de VILLEFRANCHE de ROUERGUE est une structure à taille humaine adossée à une Chartreuse du 13^{ème} siècle. La ville est située en Aveyron au centre d'un triangle formé par Albi, Cahors et Rodez, à 1 h 30 de Toulouse dans un cadre privilégié.

L'activité est très variée, répondant très largement aux besoins d'une ville de 13 000 habitants et du bassin de vie. C'est un établissement public de santé de 544 lits et places (151 en MCO dont 36 places en secteur Ambulatoire et 20 lits d'UGA - 40 lits en SSR - 80 lits d'USLD - 273 lits en EHPAD). Le plateau technique est très complet avec notamment, un scanner, une IRM, un Bloc Opératoire de 6 salles, un laser de prostate HOLEP...

L'Hôpital est amené chaque année à soigner plus de 14 000 patients, réalise 70 000 consultations et enregistre plus de 13 000 passages aux Urgences. Reconnu pour l'excellence de son offre de soins, le Centre Hospitalier de Villefranche de Rouergue est très bien classé dans les enquêtes nationales. Il est régulièrement primé dans le palmarès Le Point. L'établissement s'est inscrit dans une démarche dynamique et pratique 80% de ses interventions en Ambulatoire.



L'HOPITAL RECRUTE

1 Gériatre
1 Médecin généraliste
2 Urgentistes
2 Anesthésistes

1 Chirurgien Viscéral
1 Gastro-entérologue
1 Pneumologue

CONTACT | Madame Sandra SKRIBLAK - 05 65 65 38 04
sandra.skriblak@ch-villefranche-rouergue.fr



CENTRE MÉDICAL L'ÉGRÉGORE



La Fondation Audavie recrute pour son Centre de Soins de Suite « Centre Médical l'Egrégore » à Caveirac un :

MEDECIN PNEUMOLOGUE En CDI à Temps plein ou Temps partiel

Niveau de qualification requis : Titulaire du diplôme de médecine et inscrit à l'ordre des médecins.

DES pneumologie ou médecin MPR avec possibilité de formation au sein de l'établissement.

MEDECIN GENERALISTE ET/OU ADDICTOLOGUE

En CDI à Temps plein ou Temps partiel

Niveau de qualification requis : Titulaire du diplôme de médecine et inscrit à l'ordre des médecins.

DESC d'addictologie ou Capacité en addictologie ou médecin généraliste avec possibilité de formation au sein de l'établissement.

L'établissement a ouvert ses portes en juin 2016 sur la commune de CAVEIRAC, situé à 10 minutes du centre-ville de Nîmes, dans des locaux entièrement neufs. Il regroupe 30 lits en hospitalisation complète et 10 places en hospitalisation de jour de SSR pneumo, ainsi que 30 lits de SSR addicto, gérés par la Fondation Audavie. L'équipe médicale est composée de 3 équivalents temps plein de médecins, pneumologues, addictologues et généralistes. L'établissement dispose d'un plateau technique et de rééducation d'exception, sur une surface de plus de 600 m². Il accueille également 90 lits de SSR polyvalents appartenant à l'Ugecam, qui fonctionnent avec une équipe de 4 médecins généralistes.

Vous pourrez vous investir dans une équipe dynamique et performante tout en partageant les valeurs de la Fondation : innovation et progrès, réponse aux besoins de santé, promotion de la recherche, respect de l'autre.

Date de prise de fonction : dès que possible

Personne à contacter : Mme Claire MARGARIT - Directrice - daire.margarit@legregore.fr - 06 22 92 29 41

Pour en savoir plus sur la Fondation Audavie : site internet www.audavie.fr



Le Centre hospitalier de réadaptation de Maubreuil, 59 lits et 41 places de soins de suite spécialisés (affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux, orl), situé à Saint-Herblain, proximité

immédiate de Nantes, recherche **un médecin généraliste** salarié, thésé ou non, pour remplacement d'une durée minimum de 6 mois à compter du 1^{er} avril 2017 (date à reconfrmer). Poste susceptible d'être renouvelé, participation à la permanence des soins, selon statut.

Personnes à contacter :

Merci d'envoyer votre C.V. et lettre de motivation à M. Jacques DESTHOMAS - Directeur CENTRE HOSPITALIER DE READAPTATION DE MAUBREUIL - Service Ressources Humaines 31 boulevard Salvador Allende - CS 40401 - 44819 SAINT-HERBLAIN cedex
Ou par mail : j.desthomas@ch-maubreuil.fr

Pour tout renseignement : Docteur Nicolas-Chouët - Présidente de la CME - 02 40 68 26 79



**Présentation:**

La clinique Durieux est un établissement de santé privé à but lucratif autorisé à réaliser par l'Agence Régionale de Santé (ARS), les activités de soins suivantes :

- La chirurgie en hospitalisation complète et sous forme d'alternatives en structure d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire.
- Une activité obstétrique au sein d'une maternité périnatale de type I.
- Des activités de traitement du cancer par chirurgie en spécialité ORL ; digestive ; Sein.

Seul Etablissement de Santé privée MCO implanté sur le territoire sud de l'île de la Réunion, depuis 1999 la Clinique prend en charge avec une croissance constante les besoins de soins de la population du sud de l'île.

Pleinement impliqué, l'Etablissement demeure un acteur MCO (Médecine chirurgie Obstétrique) important et dynamique ainsi qu'un offreur de soins pluridisciplinaires reconnu sur son territoire.

Opérateur majeur en chirurgie sur le territoire Sud qui compte environ 300 000 habitants, son offre est complémentaire à celle du CHU Sud.

La Clinique est aussi la seconde maternité du territoire Sud.

Capacité d'accueil :

La Clinique Durieux dispose d'une capacité d'accueil 111 lits et places répartis comme suit :

- 48 lits de chirurgie en hospitalisation complète.
- 42 lits et place de chirurgie ambulatoire.
- 21 lits de maternité.

Plateau technique opératoire :

Le plateau technique a été entièrement rénové mi-2012 et se compose de :

- 8 salles d'opérations dont 2 salles aseptiques.
- 14 postes SSPI.
- Équipement, matériel et instrumentation dédié pour chaque chirurgicale.
- IRM et scanner situés à proximité de la Clinique (dans un périmètre de 1 km de distance).

Plateau technique maternité :

- 3 salles de pré-travail.
- 3 salles d'accouchements dont une salle physiologique.
- 1 bloc césarienne.

La Clinique Durieux recrute pour compléter son équipe médicale :

• Chirurgien ORL

qualifié pour exercer en France souhaitant s'installer en exercice libéral au sein de l'établissement. Bénéficiant d'un bassin de population en très forte demande de par la carence de chirurgien ORL et un plateau technique performant pour l'exercice de la spécialité ORL.

• Gynécologue obstétricien

qualifié pour exercer en France, souhaitant s'investir dans le développement de l'activité obstétricale de la Clinique dans le cadre d'une installation libérale.

• Chirurgien digestif viscéral

qualifié pour exercer en France souhaitant s'installer en exercice libéral dans un bassin de population en très forte demande et un plateau technique performant.

**CLINIQUE DURIEUX**

Monsieur Stéphane de Lamothe

stephane.delamothe@cliniquedurieux.fr

100, rue de France ZAC Paul Badré - 97430 Tampon | Tél. : 02 62 59 61 61 - Fax : 02 62 91 48 21



Les Nouvelles
EAUX VIVES
GROUPE

La qualité se construit au quotidien

Etablissement de santé privée en Guadeloupe

Activités dispensées sur deux sites :

- › Soins de suite polyvalents et de spécialités (86 lits)
 - › Psychiatrie (30 lits)
 - › Dialyse (24 postes)
- › Programme d'Education thérapeutique (Diabète-Obésité et IRC)
- › Activité de balnéothérapie

RECHERCHE, pour un temps plein ayant un statut libéral ou salarié (débutant ou expérimenté)

Un Médecin Coordonnateur des soins en SSR

Un Médecin Psychiatre

Un Médecin Généraliste en SSR

Un Médecin DIM

Un Médecin MPR (Médecine Physique et de Réadaptation)

Un Médecin Endocrinologue Diabétologue

Un Ingénieur Biomédical

Pour :

- › Prise en charge des patients en SSR
- › Consultations externes

Contact :

- › M. Robert RAMASSAMY - RRRH - 05 90 80 53 02 - Mail : r.ramassamy@cliniquenev.com
- › Mme Florence NAGERA - Sec. de Direction - 0590 32 85 05 - Mail : f.nagera@cliniquenev.com



Le Centre de Rééducation Ylang Ylang

Recrute pour son Centre de rééducation à l'ILE de la REUNION (Mention spécialisée en neurologie, appareil Locomoteur, personnes âgées, cardiologie et respiratoire)

UN MÉDECIN CARDIOLOGUE H/F

Pour compléter son équipe médicale - CDI temps complet

Le CRF Ylang Ylang dispose d'une unité de réadaptation cardiaque et respiratoire, ouverte en novembre 2013. Celle-ci est orientée vers de l'hospitalisation de jour.

Le service reçoit actuellement du lundi au vendredi de 8h à 16h33 patients avec présence d'un cardiologue à temps plein et d'un cardiologue à temps partiel.

Augmentation de l'activité attendue avec l'arrivée d'un nouveau cardiologue.

L'activité médicale pratiquée :

Test d'effort VO2 max, échographie cœur, ECG, consultation cardio et consultation IC.

L'unité de réadaptation cardiaque dispose d'une équipe pluridisciplinaire composée de 14 professionnels de santé. (1 cadre de santé, 2 IDE, 1 AS, 2 MKDE, 2 PROFS APA, 1 ergo, 1 psy, 1 Assistante sociale, 1 diététicienne).

Possibilité d'intégrer une activité libérale avec un cabinet partenaire de proximité.

PROFIL

H/F – Vous êtes inscrit ou inscriptible à l'Ordre des Médecins Français.

Vous êtes titulaire d'un DES en cardiologie ou diplômé de spécialité équivalent, délivré par un pays de l'union européenne.

Rémunérations attractives/Différentes aides à l'installation.

LE CENTRE

Situé à l'Ouest de l'île, dans la ville du Port. Structure à taille humaine, dynamique. Activité sur 25 lits d'hospitalisation complète 70 patients en hospitalisation de jour MPR et 33 patients en hospitalisation de jour SSR Cardiologie et Respiratoire. Equipe pluridisciplinaire complète.

Dispose d'un service EVC/EPR de 9 lits.

CONTACT :

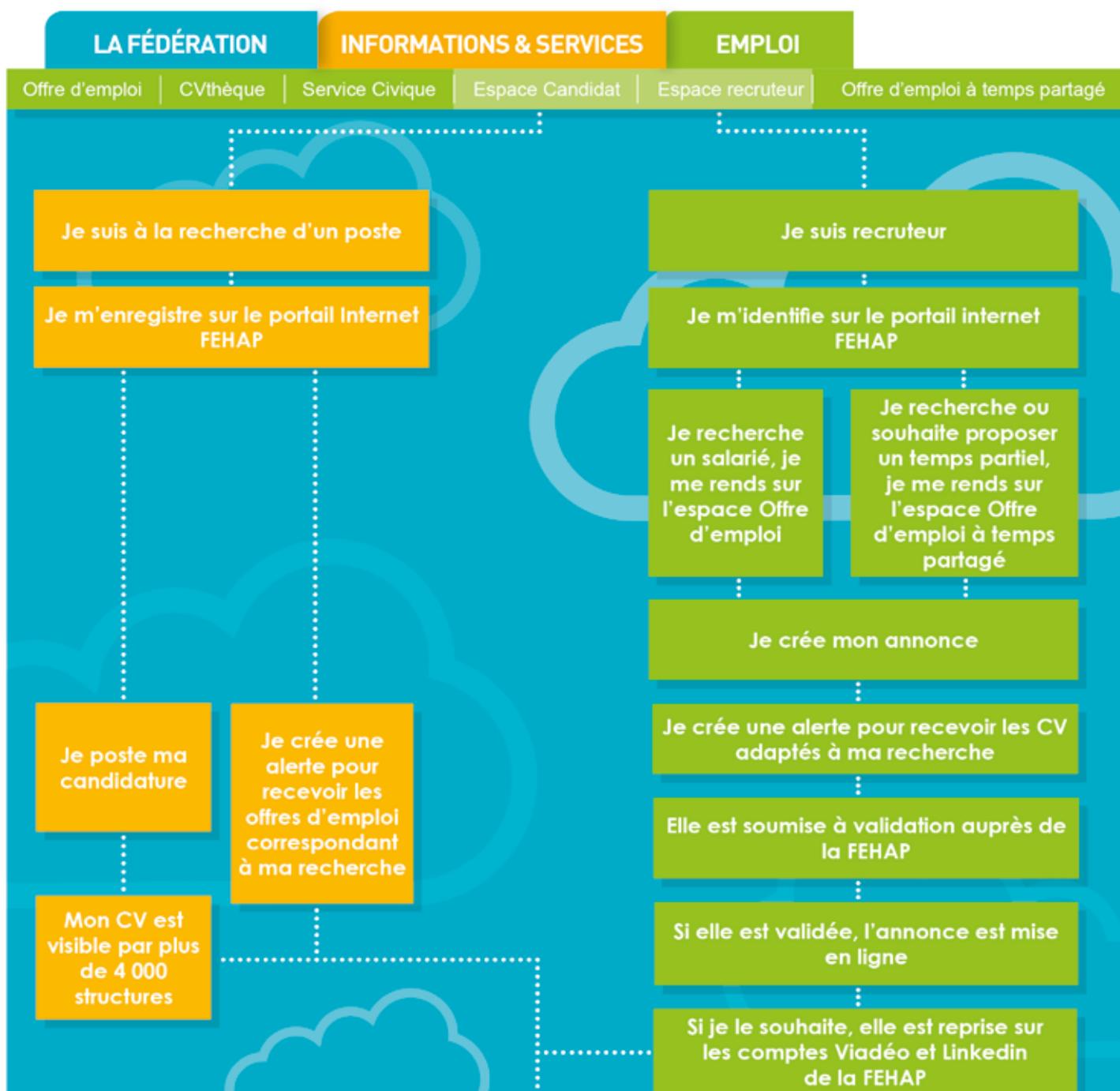
M. ANTETOMASO Franck

Tél. : 02 62 54 99 81 ou 02 62 54 99 49 - Mail : fantetomaso@crfylang.com



RECRUTEZ EN QUELQUES CLICS

sur notre portail internet www.fehap.fr



MATCHING !

Rejoignez la communauté des Praticiens Hospitaliers

Réseau
PRO
Santé

Sur
Reseauprosante.fr



www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode



Pour tous renseignements, 01 53 09 90 05 - contact@reseauprosante.fr

Professionnels de santé hospitaliers...

...l'application **VIDAL Mobile** est **gratuite** pour vous* !

* L'application VIDAL Mobile est téléchargeable gratuitement pour tous les praticiens hospitaliers dont l'établissement dispose de la solution VIDAL Hoptimal.

Comment bénéficier de l'application ?

Vous disposez d'un email professionnel

1 Téléchargez
et installez l'application
VIDAL Mobile
sur votre smartphone
depuis votre store.

Scannez le QR Code ci-contre
pour accéder directement à l'application.



3 Validez votre compte
en activant le lien contenu dans l'email
de confirmation.

4 Retournez dans l'application
et saisissez vos identifiants
de compte VIDAL (email professionnel
et mot de passe), afin d'accéder
à l'application.

2 Créez votre compte
VIDAL
dans l'application
en saisissant votre email
professionnel.

Vous ne disposez pas d'email professionnel
ou vous rencontrez un problème particulier ?

Rendez-vous sur

www.vidalfrance.com/hospitaliers

L'intelligence médicale
au service du soin





CENTRE
HOSPITALIER
DE **BLIGNY**

Le Centre Hospitalier de Bligny
Convention FEHAP du
31/10/1951 – Situé dans un
parc boisé de 85 ha, à 30 km
Sud de Paris – 15 mn des Ulis,
à proximité des axes A10
N20 et N118 - RER B. (Massy
Palaiseau) + Bus.

Etablissement Spécialisé 385 lits
et places : Court Séjour et Soins
de Suite et de Réadaptation,
5 pôles : Cardiologie-vasculaire,
Pneumologie, Hémato-Cancé-
rologie, Médecine Interne et
Maladies Infectieuses, Activités
transversales dont 12 lits en
Unité de Soins Intensifs.

RECHERCHE CARDIOLOGUE H/F CDI à temps plein

LE POLE DE CARDIOLOGIE :

Equipe médicale composée de 10 Cardiologues et 3 Diabétologues.

30 lits de court séjour avec une activité de diabétologie et de cardiologie médicale non invasive, assorti d'un plateau technique complet : échographie (y compris de stress et d'effort), hollers, tests d'effort, examens Doppler vasculaires.

34 lits de réadaptation cardiaque + 10 place d'hôpital de jour (autorisation : SSR spécialisé pour affections cardiologiques) recevant des patients en post-accident coronaire, post-opératoire de chirurgie cardiaque, après greffe ou assistance circulatoire. Plateau technique autonome comportant échographie et TE avec mesure de la VO2.

PROFIL RECHERCHE :

Médecin spécialiste en Cardiologie. Le Praticien recherché participera à la prise en charge des patients hospitalisés, effectuera des vacations au plateau technique et en consultations.

STATUT ET REMUNERATION :

Rémunération CCN51 avec reprise d'ancienneté.

AVANTAGES SOCIAUX :

- Mutuelle Employeur.
- Retraite supplémentaire.
- Avantage Comité d'Entreprise.

Adresser votre candidature de préférence par mail CV + lettre motivation à :
Madame Madeleine ROUSSEAU - Directrice des Ressources Humaines - drh@chbligny.fr - 01 69 26 30 10
Dr Jean-Baptiste MERIC - Directeur Médical - jb.meric@chbligny.fr - 01 69 26 30 02



CENTRE
HOSPITALIER
DE **BLIGNY**

Le Centre Hospitalier de Bligny
Convention FEHAP du
31/10/1951 – Situé dans un
parc boisé de 85 ha, à 30 km
Sud de Paris – 15 mn des Ulis,
à proximité des axes A10
N20 et N118 - RER B. (Massy
Palaiseau) + Bus.

Etablissement Spécialisé 385 lits
et places : Court Séjour et Soins
de Suite et de Réadaptation,
5 pôles : Cardiologie-vasculaire,
Pneumologie, Hémato-Cancé-
rologie, Médecine Interne et
Maladies Infectieuses, Activités
transversales dont 12 lits en
Unité de Soins Intensifs.

RECHERCHE CARDIOLOGUE H/F Pour son Service de Réadaptation Cardiaque CDI à temps plein à compter de Mai 2017

LE POLE DE CARDIOLOGIE :

Equipe médicale composée de 10 Cardiologues et 3 Diabétologues.

30 lits de court séjour avec une activité de diabétologie et de cardiologie médicale non invasive, assorti d'un plateau technique complet : échographie (y compris de stress et d'effort), hollers, tests d'effort, examens Doppler vasculaires.

34 lits de réadaptation cardiaque + 10 place d'hôpital de jour (autorisation : SSR spécialisé pour affections cardiologiques) recevant des patients en post-accident coronaire, post-opératoire de chirurgie cardiaque, après greffe ou assistance circulatoire.

Le service de réadaptation cardiaque est dévolu à l'accompagnement de ces patients, âgés de 63 ans en moyenne, dans leur parcours de prévention secondaire : évaluations fonctionnelles, adaptations médicamenteuses, réentraînement à l'effort, motivation à la poursuite de l'exercice, éducation thérapeutique, préparation du retour au domicile.

Plateau technique autonome comportant échographie et TE avec mesure de la VO2.

PROFIL RECHERCHE :

Médecin spécialiste en cardiologie. Une expérience des spécificités de la réadaptation cardiaque et de l'éducation thérapeutique serait appréciée mais non indispensable.

STATUT ET REMUNERATION :

Rémunération CCN51 avec reprise d'ancienneté.

AVANTAGES SOCIAUX :

- Mutuelle Employeur.
- Retraite supplémentaire.
- Avantage Comité d'Entreprise.

Adresser votre candidature de préférence par mail CV+ lettre motivation à :
Madame Madeleine ROUSSEAU - Directrice des Ressources Humaines - drh@chbligny.fr - 01 69 26 30 10
Dr Jean-Baptiste MERIC - Directeur Médical - jb.meric@chbligny.fr - 01 69 26 30 02
Informations : Dr Sonia CORONE - Chef de service, s.corone@chbligny.fr (01 69 26 31 60)

