

LE MAG DE L'INPH

1^{er} INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

N° 14

**MARS
2019**

**QUADRIMESTRIEL
GRATUIT**

**2019 ANNÉE ÉTATIQUE
STATUT DES PH : OÙ NOUS MÈNE
LA TRANSFORMATION ?**

**CHRONIQUE D'HÔPITAL :
JE SUIS VENU VOUS DIRE QUE JE M'EN VAIS**

**DOSSIER : REQUIEM POUR UN SON
TRANSFORMATION, INNOVATION,
RESPONSABILISATION... CONFUSION !!!**

WWW.INPH.ORG



1^{er} INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

BUREAU

Présidente
Dr Rachel BOCHER
(CHU de Nantes)

Délégué général
Dr Alain JACOB
(SNHG - Corbeil Essonnes)

Délégué général adjoint
Dr Patrick LEGLISE
(SYNPREFH - Draveil)

Secrétaire Général
Dr Slim BRAMLI
(FPS - Avignon)

Secrétaire Général Adjoint
Dr Patricio TRUJILLO
(FPS - Etampes)

Membre du bureau chargé des CHU
Dr Jean-Michel BADET
(SNPH - CHU - Besançon)

Trésorier
Dr Olivier DOUAY
(SNPH - CHU - Angers)

Vice-Présidente Chargée Pharmacie
Dr Mireille JOUANNET
(SYNPREFH - Clermont-Ferrand)

Trésorier adjoint
Dr Bernard SARRY
(SNOHP - Limoges)

Vice-Président chargé de la Pédiatrie et de la Néonatalogie
Dr Emmanuel CIXOUS
(SNPEH - Roubaix)

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

Vice-Présidente chargée des Urgences
Dr Ouzna KERRAD
(Poissy-Saint-Germain)

Vice-Président chargé des temps partiels
Dr Alexandre ORGIBET
(SYNPPAR - Paris)

2^{ème} Vice-Présidente Chargée de la Chirurgie
Dr Maud CHABAUD
(SCPF -Paris)

Vice-Présidente chargée de l'Université Recherche
Pr Bertrand DIQUET
(SNHU - Angers)

Vice-Président chargé Psychiatrie
Dr Michel TRIANTAFYLLOU
(SPEP - Nanterre)

17 SYNDICATS POUR VOUS DÉFENDRE

SNPH-CHU Syndicat National des PH de CHU Président : Dr Jean-Michel BADET	SNPEH Syndicat National des Pédiatres Des Etablissements Hospitaliers Président : Dr Emmanuel CIXOUS
SYNPPAR Syndicat National des Praticiens Hospitaliers à Temps Partiel Président : Dr A. ORGIBET	FPS Fédération des Praticiens de Santé Président : Dr Slim BRAMLI
SPEEP Syndicat des Médecins Exerçant en Milieu Pénitentiaire Président : Dr Emeline CHAIGNE	SYNPREFH Syndicat National des Pharmaciens Des Etablissements Publics de Santé Présidente : Dr Mireille JOUANNET
CNAH Confédération Nationale des Assistants des Hôpitaux Président : Dr Jean-Marie FARNOS	SNHG Syndicat National Des Hôpitaux Généraux Président : Dr Alain JACOB
SNMInf Syndicat National des Maladies Infectieuses Président : Dr Hugues AUMAÏTRE	SNHU Syndicat National Des Hospitalo-Universitaires Président : Dr Bertrand DIQUET
SPEP Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public Président : Dr Michel TRIANTAFYLLOU	SNOHP Syndicat National des Odontologistes Des Hôpitaux Publics Président : Dr Patrick LARRAS
SPHPF Syndicat des Praticiens Hospitaliers de Polynésie Française Président : Dr Marc LEVY	SCPF Syndicat des Chirurgiens Pédiatres Français Président : Dr Hélène LE HORS
SPH Syndicat du Service Public Hospitalier Président : Dr Erica MANCEL SALINO	SNPHU Syndicat National des Professeurs Hospitalo-Universitaires Président : Pr P. GOUDOT

SYNDIF
Syndicat National Des Internistes Français
Président : Pr Pascal ROBLOT

17 SYNDICATS QUI VOUS ATTENDENT

SOMMAIRE N°14



04 ÉDITORIAL

INFORMATION

06 Les News / Les Views

2019 année étatique

Statut des PH : où nous mène la transformation ?

09 Un pas de côté

Aux armes et cætera

Du préjudice subi par un praticien hospitalier illégalement suspendu à titre conservatoire par le directeur d'un centre hospitalier

RÉFLEXION

12 Chroniques d'hôpital

Je suis venu vous dire que je m'en vais
Chef de pôle : lettre de démission après
9 ans de bons et loyaux services

17 Dossier

Requiem pour un son
Transformation, Innovation,
Responsabilisation... Confusion !!!

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

Maquette & Mise en page

We Atipik - www.weatipik.com

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.

CONSTRUCTION

30 Interview

Je voudrais tant que tu te souviennes
Rencontre avec le Pr Patrick GOUDOT et
le Dr Maud WILLIAMSON

ANNONCES

33 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

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 EMMANUEL CIXOUS
D^r MICHEL TRYANTAFILLOU
D^r ALEXANDRE ORGIBET
D^r MAUD WILLIAMSON
D^r PATRICK LEGLISE
D^r ANNIE SERFATY
D^r ERICA MANCEL-SALINO

LE SILENCE PAR ORDONNANCE

Ce numéro 14 de votre magazine arrive dans l'actualité d'un dossier qui aurait dû nous mobiliser tout entier depuis des mois.

Car - semble-t-il - c'est une transformation du système de santé qui est proposée à l'assemblée Nationale en cette fin d'hiver : une nouvelle loi de santé.

Une occasion de nous saisir de notre avenir, au travers de négociations, de propositions, d'interpellations, ou de communications ?

Hélas pas tout à fait.

Comme à sa mauvaise habitude, le Ministère de la Santé n'a pas souhaité prendre un temps de réelle concertation.

Pourtant, dans l'exposé des motifs du projet de future loi on trouve ces mots : « *il convient de partir des besoins des patients et des professionnels de santé qui sont les meilleurs experts* ». Que dire de plus ?

Après avoir maintes fois repoussé cet engagement, c'est donc discrètement, presque subrepticement, qu'un texte arrive devant la représentation nationale.

Les professionnels devront donc appliquer une réforme annoncée comme profonde et majeure, sans n'avoir jamais été co-acteurs de son élaboration.

Du jamais vu.

Sommes nous surpris ?

Viendra le temps de l'application.

Rendez-vous est pris.

Entre temps il nous revient d'agir en faveur d'un hôpital attractif, mais avec au cœur un doute : la santé est-elle réformable ?

Quelques témoins de notre temps ou patients célèbres ne manquent pas une occasion de témoignages qui nous interpellent tant leurs constats recouvrent nos difficultés d'exercice dans les hôpitaux publics.

Sources d'inspiration il est cependant à craindre que les pouvoirs publics ne se soient également privés de ces éclairages, pourtant largement revendiqués « par une écoute permanente des expériences des malades ».

Donc une nouvelle loi.

Une de plus.

Ce numéro 14 permettra de rassembler les réponses aux légitimes attentes, de décrire minutieusement les incidences sur notre quotidien de demain : DIM, gouvernance, DPC, etc., mais aussi, avec une audace gourmande, de tracer en creux les plans de l'hôpital de nos rêves. (cf. l'article du Pr Patrice GOUDOT et du Dr Maud CHABAUD).

Notre statut ne sera pas épargné non plus.

Remanié voire réécrit, il convoque notre vigilance à temps plein.

Car la loi et les ordonnances à venir comportent un chapitre sur l'adaptation du statut notamment

EDITO

L'INPH défend sans relâche un statut national unique de PH

Rappelons que l'INPH défend sans relâche un **statut national unique de PH** et une nomination nationale à partir d'une liste d'aptitude nationale établie par une commission nationale de pairs générée par le CNG.

Toutefois, et ce n'est guère rassurant, l'article 6 de la loi fixe pour objectif de « fluidifier les carrières entre la ville et l'hôpital ».

Immédiatement cela suscite nos inquiétudes car **des ordonnances vont être prises pour « adapter les conditions d'exercices » ce qui laisse la porte ouverte au démantèlement voire à la contractualisation du statut.**

C'est dans ce contexte qu'interviendront les élections professionnelles des praticiens hospitaliers et des PUPH entre **le 25 juin et le 2 juillet 2019** prochains, par votes électroniques.

Comme lors de chaque scrutin, l'INPH a produit une plateforme de propositions concrètes et en prise avec nos difficultés.

Notre plateforme a été mise en ligne sur notre site INPH.ORG

On pourra s'y reporter aussi dans le prochain numéro de votre MAG INPH, et vos commentaires et propositions sont en permanence les bienvenus pour parfaire notre préparation en vue de ces élections qui auront lieu sur deux plans : les commissions paritaires, et le conseil supérieur des Hôpitaux.

L'INPH s'est mobilisée autour de ces prochaines échéances pour contribuer à en décrypter les enjeux car ces élections professionnelles sont un moment important pour l'avenir de nos métiers et de notre statut.

Chacun pourra choisir ses représentants aux commissions paritaires nationales (commission statutaire nationale et conseil de discipline) ainsi que pour le Conseil Supérieur des Hôpitaux. Notre prochain magazine entrera davantage dans les détails de la composition et missions de ces commissions statutaires comme du Conseil Supérieur des Hôpitaux.

Votez en juin !

Cela renforcera notre légitimité face aux Pouvoirs Publics car la prise en compte de nos revendications passent par une action syndicale forte.

Nous devons pouvoir compter sur votre engagement.

Ces élections et la réforme « Ma santé 2022 » interviendront dans un contexte national tendu, samedi après samedi ; les débats organisés en urgence et sous la contrainte des événements font craindre un malaise durablement enkysté, qui n'épargnera pas le monde de la santé.

C'est déjà ce que l'INPH dénonçait en juillet dernier, craignant que la consternation succède au désarroi.

Et aujourd'hui, rien.

La Ministre a tranché : ce sera une loi, une de plus.

Par ordonnance.

Et en silence.

Assourdissant.

Présidente de l'INPH
Dr Rachel BOCHER



2019 ANNÉE ÉTATIQUE

STATUT DES PH : OÙ NOUS MÈNE LA TRANSFORMATION ?



Parmi les mesures proposées dans ce projet, certaines feront l'objet d'ordonnances. L'ordonnance du législateur est bien éloignée de celle du juge ou du médecin.

« Il convient de partir des besoins des patients et des professionnels de santé, qui sont les meilleurs experts de leur situation »



Dr Jean-Michel Badet
Président du SNPH-CHU
Membre du Bureau de l'INPH



Et c'est dans le même texte ?

Le projet de Loi de santé intitulé « Ma Santé 2022 » devrait être présenté au vote des députés et sénateurs au premier trimestre 2019. Le texte fera l'objet de 2 modes de saisine des législateurs.

Parmi les mesures proposées dans ce projet, certaines feront l'objet d'ordonnances. L'ordonnance du législateur est bien éloignée de celle du juge ou du médecin.

Elle repose sur l'article 38 de notre Constitution qui « permet au Gouvernement de demander au Parlement l'autorisation de prendre, pendant un délai limité, des mesures normalement du domaine de la Loi ».

Le Parlement va donc voter 2 fois, une première pour approuver la Loi d'habilitation (celle qui permettra la mise en œuvre de l'Ordonnance) l'autre, pour voter la Loi de ratification. Entre les deux, le Gouvernement prépare et émet l'Ordonnance, qui doit être signée par le Président de la République.

Ce procédé, qui, on le comprend a peu l'assentiment de la représentation nationale, fait débattre ces derniers sur la forme et non sur le fond tel que cela se passerait si le texte suivait le chemin habituel (navette Assemblée Sénat Commission Paritaire), chemin pouvant se terminer sans accord entre les 2 chambres et aboutir au passage en force avec le fameux article 49.3 de la même Constitution.

L'ordonnance, se veut donc un procédé plus rapide plus efficace en particulier dans les situations urgentes. Mais si le projet de Loi cible 2022, est-ce vraiment une urgence ?

Pour terminer sur la connaissance de l'usage de l'Ordonnance pour légiférer, on retiendra bien sûr, l'Ordonnance de 1958 qui crée le CHU et la triple mission des hospitalo-universitaires, la réforme de la Sécurité Sociale avec les Ordonnances Juppé de 1995, mais aussi celles de Pierre Mauroy pour la 5^e semaine de congés et la retraite à 60 ans.

Au-delà du contournement de la représentation nationale, c'est aussi une façon d'enlever aux organisations syndicales toute possibilité de négociation des textes préparés par le Gouvernement. Dommage à un moment où le débat public est la règle, et où dans l'exposé des motifs du projet de Loi on retrouve cette phrase : « Il convient de partir des besoins des patients et des professionnels de santé, qui sont les meilleurs experts de leur situation » (sic).

Qu'est-ce qui nous concerne dans cette Ordonnance ?

L'adaptation du statut d'une part, la suppression du concours de PH d'autre part.

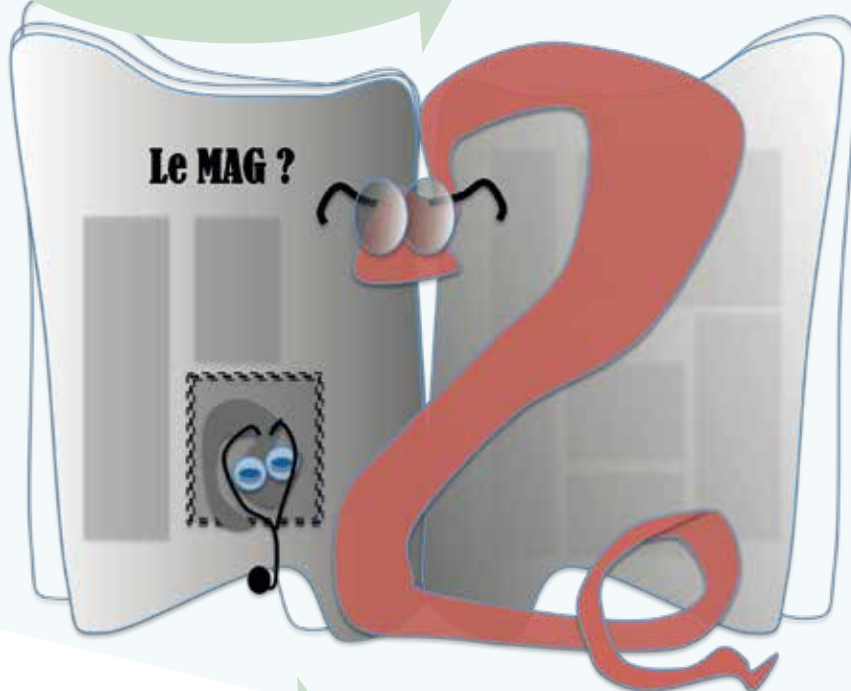
L'adaptation du statut propose de supprimer l'ensemble des statuts de praticiens contractuels pour ne garder que 2 statuts celui de titulaire et celui de contractuel. Il est certain que les années durant,

la contractualisation de l'exercice médical hospitalier a fait l'objet d'un empilage de mesures plus ou moins bien mises en œuvre. **Ce n'est que grâce au travail des organisations syndicales ces dernières années, et en particulier de l'INPH,** qu'une certaine unification du socle statutaire de ces praticiens a pu aboutir essentiellement sur le plan social, les rapprochant ainsi des PH titulaires.

De façon complémentaire, l'article réforme les conditions de recours à l'emploi médical contractuel dans le cadre d'un nouveau contrat, se substituant à plusieurs formes existantes qui seront supprimées, afin de permettre aux établissements de disposer de modalités plus adaptées à leurs besoins de recrutement.

Alors... puisque nous sommes experts de notre situation... ben franchement non, la contractualisation ce n'est pas ce qui est bon, ni pour les PH... ni pour les patients... alors pour qui (quoi ?) est-ce bon ?

IEWS



Sans faire de mauvais esprit... il n'y aurait pas des effets secondaires supérieurs à la prescription ?

Il faudra cependant rester attentif au contenu de l'Ordonnance sur le recours futur à ce type d'exercice contractuel. Là encore, citons l'une des phrases de l'exposé des motifs : « De façon complémentaire, l'article réforme les conditions de recours à l'emploi médical contractuel dans le cadre d'un nouveau contrat, se substituant à plusieurs formes existantes qui seront supprimées, afin de permettre aux établissements de disposer de modalités plus adaptées à leurs besoins de recrutement. ».

Ces quelques lignes affichent clairement que les besoins de recrutement de praticien hospitalier passe d'abord par la contractualisation. Espérons que ce nouveau contrat ne sera que la première marche vers un emploi titulaire, ne serait-ce que pour la pérennité des équipes médicales dans les établissements.

Pour le second point de la Loi, la suppression du concours de PH questionne.

Dans la Fonction publique, le concours, qu'il soit interne ou externe représente l'égalité des chances, la recherche d'un certain niveau de compétences, la sélection des meilleurs éléments et conduit à une véritable identité d'appartenance à un corps. Seul le 1^o niveau peut être accessible sans concours.

Pour être PH, il faut être inscrit sur une liste d'aptitude faisant suite à la réussite à un concours national,

Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.



organisé par le CNG (Centre National de Gestion) inscription valable 4 ans et publiée au Journal Officiel.

Bien entendu, si l'on fait comparaison entre ce concours et ceux de la Fonction Publique, la différence réside dans le fait que pour la fonction publique, il y a moins de places que de candidats, ce qui n'est pas le cas des PH. De plus, ce sont les mécanismes de nomination du PH par le CNG et les règles statutaires qui régulent l'occupation des postes en particulier dans les spécialités ou les établissements non déficitaires.

Aussi, il pourrait être considéré comme une perte de temps et une entrave à embrasser la carrière hospitalière.

Supprimer le concours, aboutira-t-il à fragiliser cette notion de corps unique des PH ? Sans doute pas, à condition que la réforme du statut ne soit pas là uniquement que pour ouvrir plus largement la voie contractuelle.

Citons là encore l'exposé des motifs : « ...un article 6, qui habilite le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnances les mesures de création d'un statut unique de praticien hospitalier, associée à la suppression du concours. L'objectif poursuivi est de renforcer l'attractivité de l'exercice sous statut hospitalier. ».

Est-ce que ce sont de telles mesures que les praticiens attendent pour renforcer l'attractivité des carrières hospitalières ? Sans doute pas !

D'autant qu'apparaît dans le même projet de Loi, une mesure qui propose la mutualisation des ressources au sein du GHT sous responsabilité de l'établissement support et en accord avec le projet médical du GHT. **Un premier pas vers la territorialisation du statut qu'il faut combattre** car non attractive et en contradiction avec l'essence de notre exercice rappelé par l'article 5 du Code de Déontologie : « Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit ».



AUX ARMES ET CÆTERA

DU PRÉJUDICE SUBI PAR UN PRATICIEN HOSPITALIER ILLÉGALEMENT SUSPENDU À TITRE CONSERVATOIRE PAR LE DIRECTEUR D'UN CENTRE HOSPITALIER

Le directeur d'un groupement ou d'un centre hospitalier dispose du pouvoir de suspendre les activités cliniques et thérapeutiques d'un praticien hospitalier voire uniquement des gardes qu'il assure. Ce pouvoir n'est pourtant prévu expressément par aucun texte.

C'est la jurisprudence administrative¹ qui est venue le déduire de l'article L6143-7 alinéa 4 du code de la santé publique lequel dispose que « *Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.* ». **A l'origine, la jurisprudence avait uniquement reconnu au directeur d'un groupement ou d'un centre hospitalier en cas d'urgence** le pouvoir d'exclusion d'un

médecin hospitalier des gardes et des astreintes² qu'il accomplissait dans un établissement jusqu'à ce que la décision de suspension soit prise par l'autorité compétente.

Toutefois, ce pouvoir de suspension d'un praticien hospitalier est encadré puisqu'il ne peut être exercé qu'en cas de circonstances exceptionnelles mettant en péril la continuité du service et la sécurité des patients³. Il y a lieu de préciser que ces conditions s'appliquent également aux décisions de suspension des hospitalo-universitaires⁴ par le directeur d'un groupement ou d'un centre hospitalier.

Sur ce point, et conformément à la jurisprudence relative à la suspension conservatoire d'un agent public suspecté d'avoir commis des manquements graves à ses obligations professionnelles, il suffit que la mise en péril de la continuité du



Par Maître Eric HALPERN
Avocat au Barreau de Paris

service et de la sécurité des patients par les agissements supposés d'un praticien présente un caractère de vraisemblance⁵. **En clair, cela signifie qu'il n'est pas exigé que les griefs émis à l'encontre du praticien soient établis mais soit simplement vraisemblables lorsque la décision de suspension est prise.**

1. Voir, pour une décision récente, Conseil d'Etat, 4 décembre 2017, Centre hospitalier national ophtalmologique des Quinze-Vingts, n°400224, T. Leb. : « Considérant que le directeur d'un centre hospitalier qui, aux termes de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, exerce son autorité sur l'ensemble du personnel de son établissement, peut légalement, dans des circonstances exceptionnelles où sont mises en péril la continuité du service et la sécurité des patients, décider de suspendre les activités cliniques et thérapeutiques d'un praticien hospitalier au sein du centre, sous le contrôle du juge et à condition d'en référer immédiatement aux autorités compétentes pour prononcer la nomination du praticien concerné ».
2. Conseil d'Etat, 4 janvier 1995, Ministre chargé de la santé et Centre hospitalier général de Bagnols-sur-Cèzes, n°128490, n°128616 et n°140933, T. Leb. 879. Cet arrêt a été rendu sous l'empire de l'article 22-2 de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, abrogé le 4 janvier 1992 : « Considérant que ces dispositions donnent au directeur du Centre hospitalier le pouvoir de décider en cas d'urgence et sous le contrôle du juge dans l'attente d'une mesure de suspension de l'intéressé prise par l'autorité compétente, d'exclure un praticien du service des gardes et astreintes de cet établissement ».
3. Voir, pour un arrêt récent, Cour administrative d'appel de Marseille, 11 décembre 2018, n°18MA00643, s'agissant de la suspension jugée légale d'un praticien hospitalier au sein du service gynécologie obstétrique du centre hospitalier d'Ajaccio.
4. Cour administrative d'appel de Paris, 20 octobre 2015, n°13PA03201, s'agissant de la suspension d'un Maître de conférences des universités – praticien hospitalier à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris.
5. Voir, Cour administrative d'appel de Nantes, 21 septembre 2018, n°16NT03375, s'agissant de la suspension d'un praticien hospitalier du service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier de Châteaudun.



Le principe jurisprudentiel selon lequel toute illégalité d'un acte administratif est fautive et engage donc la responsabilité de l'administration...

Ainsi, même si le versement du traitement au praticien suspendu continue à lui être versé durant sa suspension, il n'en demeure pas moins que **la décision de suspension provoque des préjudices à l'encontre du praticien hospitalier**. Cela est d'autant plus vrai que le praticien hospitalier ne perçoit pas l'intégralité des éléments de rémunérations qu'il percevait avant sa suspension. Il en va ainsi des primes. Toutefois, toutes les primes ne sont pas indemnisables. En effet, suite à une évolution récente de la jurisprudence, seules celles liées à l'exercice effectif des fonctions sont susceptibles d'être indemnisées, ce qui implique de distinguer les primes fonctionnelles (liées à l'exercice des fonctions) et les primes personnels, seules les premières étant indemnisables¹⁰.

S'agissant du préjudice moral en cas d'éviction illégale du service, il s'agit d'un préjudice indemnisable¹¹.

L'arrêt de la Cour administrative d'appel du 15 novembre 2018 vient rappeler que ces jurisprudences relatives à la réparation du préjudice lié à l'éviction illégale d'un agent du service s'appliquent aux décisions de suspension des praticiens hospitaliers par le directeur d'un groupement ou d'un centre hospitalier¹².

Pourtant, une différence importante est à souligner entre les décisions de suspension conservatoires des praticiens hospitaliers par le directeur d'un groupement ou d'un centre hospitalier et celles prises par ce dernier à l'encontre des agents relevant de la fonction publique hospitalière.

Il s'agit de la durée de suspension. En effet, si la suspension pour ces derniers est limitée à quatre mois⁶, la décision de suspension conservatoire d'un praticien hospitalier n'est pas légalement limitée dans le temps. Toutefois, il est certain que, dès lors que les griefs apparaissent non établis ou qu'ils aient disparu, le directeur du groupement ou du centre hospitalier est tenu de mettre fin à la décision de suspension et de réintégrer le praticien suspendu.

Mais qu'en est-il lorsque la décision de suspension du praticien était illégale, c'est-à-dire qu'elle avait été prise alors que les faits reprochés n'étaient soit pas vraisemblables soit, s'ils l'étaient, n'étaient pas de nature à affecter la continuité du service et la sécurité des patients ?

En effet, il n'est pas inutile de rappeler que le principe jurisprudentiel selon lequel toute illégalité d'un acte administratif est fautive et engage donc la responsabilité de l'administration⁷ dès lors que le ou les préjudices résultent directement de l'action de l'administration et que ce préjudice est certain⁸.

En particulier, une jurisprudence bien établie précise qu'un agent irrégulièrement évincé a le droit à la réparation intégrale des préjudices qu'il a effectivement subi du fait de la décision illégale⁹.

6. Article 30 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983.

7. Conseil d'Etat, 26 janvier 1973, Ville de Paris c/ Driancourt, n°84768, Leb. p.68

8. Conseil d'Etat, 30 janvier 2013, n°339918, Leb.

9. Conseil d'Etat, Assemblée, 7 avril 1933, Deberles, n°04711, Leb. p.439

10. Arrêt de principe : Conseil d'Etat, Section, 6 janvier 2013, commune d'Ajaccio, n°365155, Leb., A.J.D.A. 2014 p.219; A.J.F.P. 2014 p.177 ; R.F.D.A. 2014 p.276 ; pour un arrêt récent, Conseil d'Etat, 10 octobre 2018, n°393132.

11. Par exemple, Cour administrative d'appel de Bordeaux, 20 février 2007, n°04BX01548.

12. Cour administrative d'appel de Bordeaux, 15 novembre 2018, n°16BX03077.

Dans le cas d'espèce, un praticien hospitalier avait été suspendu par le directeur du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue du 29 janvier 2013 au 9 juin 2013 suite à une violente altercation verbale entre ce praticien et un autre agent et suite à la dégradation de l'entente au sein du service du fait du comportement agressif adopté depuis lors par ce praticien. La Cour avait toutefois estimé que ces circonstances n'avaient pas mis en péril la continuité du service et la sécurité des patients, ce qui ouvrait droit à l'indemnisation du praticien suspendu.

A cette occasion, le juge revient sur les chefs de préjudice indemnifiables.

Tout d'abord, s'agissant du **préjudice financier**, il fait application de la jurisprudence « commune d'Ajaccio » dans son considérant de principe qu'il reprend. **Il retient toutefois que les rémunérations liées aux astreintes opérationnelles non perçues pendant la période de suspension constituent un préjudice indemnifiable dès lors que le praticien avait une chance sérieuse d'obtenir ce complément de rémunération.** Le juge a en effet considéré que les astreintes ne constituaient pas une prime ou une indemnité destinée à compenser des frais, charges ou contraintes liés à l'exercice effectif des fonctions.

Pourtant, la jurisprudence, y compris celle de la Cour de Bordeaux avant cet arrêt, estime que, la rémunération des astreintes et des gardes

étant destinée à compenser des contraintes liées à l'exercice effectif des fonctions, elle ne constituait pas un préjudice indemnifiable¹³. Rappelons qu'avant le revirement de jurisprudence « commune d'Ajaccio » de 2013, le juge administratif estimait parfois qu'il s'agissait de préjudices indemnifiables¹⁴ alors que les chefs de préjudices indemnifiables étaient plus limités. **Il demeure donc une incertitude sur le fait de savoir si la perte de rémunération concernant les gardes et les astreintes constitue un préjudice indemnifiable.** Il reviendra au Conseil d'Etat de trancher cette incertitude s'il est saisi d'un tel litige ou s'il est saisi pour avis par un tribunal administratif ou une cour administrative d'appel¹⁵. Peut-être l'arrêt du 15 novembre 2018 est isolé ? Peut-être marque-t-il une évolution ? La réponse à ces questions demeure importante car ce chef de préjudice est souvent celui dont le montant est le plus élevé.

En outre, l'arrêt de la Cour administrative d'appel de Bordeaux comporte une précision importante sur l'étendue du préjudice indemnifiable en ce qu'il reconnaît que le préjudice constitué par la perte de rémunération résultant de **l'impossibilité d'exercer une activité libérale au sein du centre hospitalier**, laquelle avait été autorisée par contrat, constitue un préjudice indemnifiable.

Dans le cas d'espèce, il constituait le chef de préjudice dont le montant était le plus élevé.

Enfin, la solution de la Cour administrative d'appel de Bordeaux est conforme à la jurisprudence « commune d'Ajaccio » à deux autres égards. Ainsi, il rappelle dans son considérant de principe qu'est déduit du montant du préjudice occasionné au praticien hospitalier le montant des **rémunérations que l'agent aura pu se procurer par son travail au cours de la période d'éviction**. En effet, il convient de rappeler que le praticien n'est suspendu que pour les activités cliniques et thérapeutiques voire uniquement pour des gardes dans le groupement ou le centre hospitalier visé par la décision et non pour les autres groupements ou centres hospitaliers où il serait amené à effectuer légalement des gardes, par exemple, durant sa suspension.

Enfin, classiquement, le juge estime que le **préjudice moral** ainsi que **l'atteinte portée à la réputation** du praticien constituent des préjudices indemnifiables. Malheureusement pour les praticiens hospitaliers, ils sont souvent faiblement indemnisés¹⁶.

13. Cour administrative d'appel de Lyon, 15 mai 2018, n°15LY04132, s'agissant de la suspension d'un praticien à temps partiel, cardiologue, au centre hospitalier de Montceau-les-Mines ; déjà, dans le même sens, Cour administrative d'appel de Bordeaux, 24 mars 2015, n°13BX01121, s'agissant de la suspension d'un praticien hospitalier du service gynécologie obstétrique au centre hospitalier Andrée Rosemont de Cayenne.

14. Cour administrative d'appel de Marseille, 20 avril 2010, n°07MA04796, s'agissant d'une suspension d'un praticien hospitalier, anesthésiste réanimateur, des gardes qu'il effectuait au service de réanimation polyvalente au centre hospitalier de Font-Pré. En sens contraire, Conseil d'Etat, 10 mars 2004, n°240180, T. Leb.

15. En application de l'article L113-1 du code de justice administrative.

16. L'indemnisation de ce chef de préjudice est souvent comprise entre 1.000 euros et 8.000 euros selon la durée d'éviction du service. Une décision exceptionnelle avait accordée 20.000 euros à un praticien cardiologue : voir, Cour administrative d'appel de Lyon, 15 mai 2018, précité.





JE SUIS VENU VOUS DIRE CHEF DE PÔLE : LETTRE DE DÉMISSION APRÈS



Dr Christophe RENAUD
PH
Groupe hospitalier Bretagne Sud

En 2009, il ne nous a pas échappé à sa publication, que l'esprit de la loi HPST tendait vers une verticalisation du pouvoir administratif.

Verticalisation qui, en outre devait cohabiter avec une évolution majeure de la gouvernance médicale via la création des pôles, un affaiblissement du rôle de la CME pendant que son président, voyait ses missions et son pouvoir renforcés jusqu'à devenir un quasi directeur médical, puis avec des rapprochements territoriaux plus ou moins contraints.

A l'époque, chef de service des urgences dans un établissement de taille modeste, je me sentais impliqué dans la vie de l'hôpital, la construction des projets ainsi que la coopération territoriale.

J'en étais tellement convaincu que, bien avant que le cadre législatif n'évolue, je participais déjà à l'activité du CH de référence voisin, y exerçant environ 2 demi-journées par semaine.

Cette stratégie du rapprochement j'y croyais et à ce jour, je n'en ai aucun regret. Elle a selon moi, permis d'assurer la pérennité du SAU, le renforcement d'une offre de consultations avancées spécialisées (dans un bassin où, comme souvent, les départs des médecins spécialistes libéraux sont rarement compensés et où la désertification médicale menace), le dé-

QUE JE M'EN VAIS... 9 ANS DE BONS ET LOYAUX SERVICES

CHRONIQUE
D'HÔPITAL

veloppement d'activités nouvelles cherchant à coller au mieux aux besoins de la population, en lien avec nos partenaires du CHT (puis GHT).

Dans un établissement de la taille de celui où j'exerce, les pôles tels que définis par la loi de 2009 ont eu quelques difficultés à se constituer. Pas tant en raison d'une redoutée lutte de pouvoir mais bel et bien en raison d'une incompréhension profonde nourrie par les PH vis-à-vis de cette nouvelle gouvernance.

Le lien fonctionnel entre services plus ou moins habitués à travailler ensemble pouvait faire sens, mais pas pour tout le monde et puis, déjà, on entendait parler de marginalisation du pouvoir médical et surtout de la « reprise en main » de la chaîne de décision par nos directions. Sans oublier le rôle de nos **PCME, futurs équilibristes du rapport de force entre une CME affaiblie, une contrainte réglementaire forte (garant de la qualité/sécurité des soins) et une direction omnisciente, omnipotente.**

Bref, les candidats à cette nouvelle fonction de chef de pôle (ou responsable de pôle, comme d'aucuns le corrigeait régulièrement, victimes de réaction allergique sévère à la simple prononciation du mot « chef » !) n'étaient pas légion !

On m'a, par la suite, comme à beaucoup de mes homologues d'ailleurs, reproché de ne pas avoir suivi un processus électoral avant d'accéder à cette fonction.

Il ne s'agit pas, et je le répète à l'envie, de l'esprit et des modalités d'application de gouvernance telle que prévus par la loi. Honnêtement les candidats étaient indétectables et on assistait même en interne à un intéressant exercice d'autodépréciation. Propos saisis à l'époque : aucune compétence managériale, aucun sens de ce qu'est un budget, une organisation en filière territoriale, aucune appétence pour aller frayer avec les directeurs **et surtout l'argument massue, véritable leitmotiv « pas de temps à consacrer à ça ».** Quand on soigne les patients, on n'a pas de temps à perdre en vaines discussions institutionnelles !

Je ne pensais pas à l'époque et je ne crois toujours pas que le fait de s'impliquer dans la vie de son établissement constitue une forme de reniement et fasse de nous de piètres cliniciens.

Clairement, à l'époque, j'entretenais des relations que je qualifierais de cordiales avec ma direction. Même si les pôles en tant que tels, ne me semblaient pas forcément constituer une entité « naturelle », je voyais à travers eux un intérêt à développer des projets, travailler en filières et parcours, améliorer la qualité des organisations et donc des soins délivrés aux patients. Bref, un vrai levier pour donner du sens médical aux décisions prises dans l'établissement.

Plutôt que de devoir « trier » parmi des candidatures spontanées, notre PCME a plutôt dû prendre son bâton de pèlerin et tenter de convaincre 3 ou 4 d'entre nous d'accepter d'être nommés sur cette nouvelle fonction. **Cette absence d'enthousiasme (à tout le moins) affaiblit selon moi l'argument porté par certains, qui voulait que nous ne saurions être légitimes puisque non portés par des suffrages.** L'inquiétude ne se nichait pas dans une course électorale fratricide mais bel et bien dans une menace avérée de la chaise vide.

Pour moi, durant ces années-là, et c'est encore mon avis aujourd'hui, il n'était pas envisageable que le corps médical ne tente pas d'imposer une forme de contre-pouvoir face au monolithe du pouvoir administratif. **On ne peut se plaindre régulièrement (et souvent légitimement) de la dégradation de la qualité de l'exercice à l'hôpital public et parallèlement fuir toute forme d'implication institutionnelle.**

Les années ont passé, les directeurs aussi... **A un rythme effréné, il a fallu absorber :**

- ☒ La loi de modernisation du système de santé.
- ☒ Les CHT puis les GHT puis parfois, pour les plus « chanceux » une fusion.
- ☒ La course à l'activité.
- ☒ La baisse des tarifs.
- ☒ Le virage ambulatoire.
- ☒ La « requalification » de certains actes (le fer IV etc.).
- ☒ La RAAC.
- ☒ La (désespérée) tentative d'équilibre des comptes.
- ☒ Le vieillissement populationnel.
- ☒ L'inadéquation des moyens aux contraintes croissantes et parfois nouvelles.
- ☒ Avec pour conséquence, une « taylorisation » du soin devenu une quasi norme.
- ☒ « Ma santé 2022 » dont on connaît encore peu la teneur hormis quelques grandes lignes.
- ☒ ...

Comme Camus l'imaginait pour son Sisyphe, on pousse les pierres jusqu'à l'absurde !

Dans ce contexte tendu, quels outils pour le chef de Pôle ? Quelle délégation de gestion ? Quel rôle dans les instances locales ? Quel accompagnement ? Quelle considération ?

Nous le soupçonnions mais la mise à l'épreuve du temps nous l'a confirmé : Les légitimités et les limites sont différentes.

Aux directeurs, la nécessité d'une vision à long terme, le positionnement sur des secteurs concurrentiels, l'assujettissement aux autorités de tutelle, la limite d'une hiérarchie encombrante, peut être une part de carriérisme, une cohabitation plus ou moins fructueuse avec le PCME.

A nous médecins, un savoir médical et une responsabilité de tous les jours auprès de nos patients mais aussi une réelle méconnaissance du système de santé, de son financement, des contraintes de chacun, peut être une part de carriérisme, une faible dimension managériale.

HPST gageait probablement dans une perspective un peu naïve, que nous pourrions communiquer, travailler en équipe, faire le pas nécessaire les uns vers les autres, bref, créer les conditions d'une nouvelle dynamique et proposer un nouvel équilibre dans nos établissements.

Plus prosaïquement, pour ma part, j'ai cru au partage des valeurs de l'hôpital public, à l'exercice collectif, à un « 2^{ème} métier » qui ne me dispensait pas d'exercer le premier (!), à la richesse d'échanges et confrontations d'idées au sein d'une équipe polaire.

Le manichéisme ne saurait être de mise et même si l'histoire ne finit pas si bien, cet exercice de presque une décennie conduit à un bilan que je souhaite le plus impartial possible.

A mon échelle et au regard de l'expérience acquise au sein de mon établissement, on peut, je crois, sans réserve, citer les avancées suivantes :

- ☒ Une vision partagée des enjeux.
- ☒ Une émulation.
- ☒ Un effet de pédagogie et de communication intensifiée.
- ☒ Un développement du sens de la diplomatie (fondamental !!).
- ☒ Une sensibilisation aux contraintes médico-économiques.
- ☒ Une implication dans le directoire.
- ☒ Une réflexion en filière.
- ☒ Une implication dans le projet médical partagé dès lors que le GHT puis la fusion ont été d'actualité.
- ☒ Etc.

Sur un plan plus personnel, j'ajouterais que cette fonction m'a apporté :

- ☒ Une sensation parfois grisante d'être « au cœur de la chaudière » ou à minima au courant de tout et surtout de tous les sujets « chauds » du moment.
- ☒ Une sorte de félicité dans un rôle de chef d'orchestre que j'ai trouvé à maintes reprises, palpitant.
- ☒ Une vision moins égocentrée.
- ☒ Un apprentissage constant des enjeux.
- ☒ Un souci permanent du devoir de relayer l'information.
- ☒ Des progrès que nos erreurs nous poussent à faire afin de se corriger.
- ☒ Un élargissement de mon horizon et de mon champ de compétence.
- ☒ Parfois un début (timide !) de reconnaissance par nos pairs.
- ☒ Une rigueur de tous les instants afin de tenter de ne pas se faire totalement submerger.
- ☒ Des coups reçus (et aussi des coups donnés !) qui obligent à se remettre en cause perpétuellement.

Malgré, ou à cause de tout cela, depuis quelques mois, le doute s'installe.

Tout d'abord responsable d'un pôle médico-technique (dont le Service d'accueil des urgences), je suis, comme les autres, soumis à cette course sans fin à l'activité. Comme au dogme du virage ambulatoire et de la baisse des recettes qui inéluctablement l'accompagnent. Baisse des recettes qui conduisent à se questionner toujours plus durement au sujet des moyens alloués à nos services.

Qui dit questionnement dit doute et finalement ce que je perçois le plus clairement, c'est la flagrante inadéquation entre ce que l'on attend de nous et les moyens toujours plus mutualisés et resserrés qui doivent nous aider à y parvenir.



Qui dit questionnement dit doute et finalement ce que je perçois le plus clairement, c'est la flagrante inadéquation entre ce que l'on attend de nous et les moyens toujours plus mutualisés et resserrés qui doivent nous aider à y parvenir.

réponse ! Et je n'évoque pas la problématique du manque récurrent de lits de médecine !

J'ai pris cet exemple ciblé urgences afin d'illustrer le fait que, chefs de pôle, nous servons, finalement, dans ce contexte, d'amortisseur entre le marteau de nos tutelles et l'enclume, que représenteraient nos patients, nos équipes et bien sûr nos collègues.

À cela s'ajoute un positionnement du PCME perçu comme trop « directeur-like », un certain niveau d'amnésie des décideurs institutionnels dans le suivi des projets, les services rendus sans aucune forme de reconnaissance. On pourrait même y ajouter : la sensation que nos équipes de direction n'ont pas su évoluer dans cette vision restrictive du chef de pôle (simple interface entre elles et les PH sans qu'elles ne se sentent prêtes à lâcher un peu de pouvoir pour favoriser l'opérationnel et rendre le poste attractif), une forme de discrimination dans les sujets que portent les pôles (pôles « bénéficiaires » VS pôles « déficitaires »), des menaces quand à des organisations construites avec patience mais restant fragiles, un mépris à peine déguisé mis en lumière par des circuits de communication internes aberrants, etc.

J'entends déjà les critiques maintes fois émises : oui, tout n'est pas question de moyens, oui on peut sans peine travailler nos organisations afin d'optimiser la prise en charge de nos patients, oui la pertinence des soins est un enjeu majeur de notre quotidien, oui la formation continue des personnels doit être un axe fort du projet social...

Mais combien de fois avons-nous entendu parler de ces temps théoriques (du 0.1 secrétaire au 0.05 PH en passant par le 0.2 AS) que l'on pouvait déplacer comme des pions sur un échiquier d'un secteur à l'autre !

Toujours dans le cadre de mon périmètre le plus typique, prenons l'exemple du Service d'Accueil des Urgences dont je m'occupe : la pression y est, comme quasi partout, je crois, très forte dès lors qu'il s'agit de le « désengorger ».

La question n'est pas pourquoi mais plutôt comment quand la démographie médicale dans certaines régions et dans certaines

spécialités, la sous médicalisation des EHPAD, la permanence et la continuité des soins en ville, le vieillissement et la paupérisation de la population ne sont en aucun cas pris en compte dans les multiples réformes que nous subissons.

Nous sommes, il me semble, les premiers d'accord quand nous entendons parler dans le cadre de « ma santé 2022 » de la pertinence et qualité des soins, de parcours patients, de filières, de lien ville-hôpital...

Mais ne nous leurrions pas, nos SAU ne sont pas (quoi que certains en pensent) encombrés de patients se présentant pour de la « bobologie » (quel horrible terme !) et qui n'auraient rien à faire là ! Ce n'est pas vrai et le penser voire le propager contribue à s'aveugler pour ne surtout pas faire le diagnostic !

La pénibilité, pour tous, dans nos SAU (du patient aux secrétaires, aux soignants, aux médecins), c'est bien la prise en compte d'une population vieillissante, aux pathologies chroniques de plus en plus lourdes et fréquentes et pour laquelle tout le monde semble croire que l'hôpital est la meilleure, voire souvent la seule

Une seule solution s'impose : jeter l'éponge ! Et faire exactement l'inverse de ce que l'on s'était promis : ne pas lâcher prise, assurer proprement sa succession, intéresser les collègues aux fonctions managériales, éviter à tout prix la politique de la chaise vide...

L'engagement je l'avais souscrit en moi-même et pour moi-même et pourtant quasi du jour au lendemain j'ai dit stop.

Un stop qui, bien sûr, n'a pas été forcément compris et sur lequel courent encore aujourd'hui bien des rumeurs et des interprétations mais je m'éloigne du sujet.

Après avoir brossé un rapide bilan de ce que ces mandats avaient pu m'apporter, je me dois, également de faire un tour d'horizon des limites de cette fonction ou devrais-je dire de ce « métier » ?

L'exercice est définitivement isolé et exposé.

La dualité des activités médicales et managériales est délicate à mener et surtout difficile à percevoir par nos propres collègues.

Une fois en poste, quelle est notre capacité à déléguer ? Et comment, par notre positionnement, faire en sorte de ne pas déresponsabiliser les chefs de service, qui pour le coup ont, eux, toute légitimité dans l'esprit des praticiens de l'établissement ? Comment faire comprendre à nos équipes de direction que nous ne sommes pas des enfants capricieux, que nous maîtrisons quotidiennement le sens des responsabilités et que même si le directeur est comptable de son bilan financier, la délégation de gestion fait partie du cadre de la loi ? **Comment faire comprendre que notre légitimité sur ces fonctions est parfois fragile et que le court-circuitage quasi systématique dans la chaîne de décision nous est extrêmement délétère ?**

Sur la fonction en elle-même, on pourrait dire qu'elle est bien jeune, que nous sommes formés au mieux à posteriori voire dans certains établissements (pas le mien) jamais, que nous sommes choisis et non élus, sur des critères qui finalement peuvent paraître biaisés d'entrée :

- ☑ Par défaut.
- ☑ Par nécessité.
- ☑ Par réputation.
- ☑ Par profil de caractère.
- ☑ Par stratégie.
- ☑ ...

Nous ne sommes jamais évalués et à aucun moment, pour ma part, on ne m'a demandé de présenter un bilan de compétence, de me confronter aux collègues de mon pôle, de réaliser un vrai bilan semestriel, annuel avec au minimum le PCME, le DG et qui sais-je encore.

Je ne parlerai pas du sujet de l'éventuelle reconnaissance qu'au moins notre investissement pourrait nous valoir ! Hormis la généreuse prime de 200 euros bruts mensuels, il n'y en a aucune.

Alors, pour conclure, que souhaiter ?

Dans le cadre de la loi santé 2022, le législateur est censé s'emparer du sujet du malaise dans les hôpitaux. C'est, du moins, ce qui a été annoncé par notre ministre de tutelle.

A venir, moins de T2A, une réflexion plus qualitative sur les soins prodigués aux patients, une gouvernance recentrée avec une CME réinvestie d'un rôle dont HPST l'a dépouillée ?

Il sera temps au printemps lorsque la loi sera débattue de se pencher sur ces évolutions.

En attendant, sur le sujet des chefs de pôle que l'on m'a demandé de traiter ici, il me pa-

Si nous voulons que nos jeunes collègues, qui sont l'avenir de l'hôpital public, s'empare de ces sujets, alors il faut d'urgence, proposer une vision de ce que doit être l'hôpital de demain...

rait clair que cette fonction reste peu attractive. **Si nous voulons que nos jeunes collègues, qui sont l'avenir de l'hôpital public, s'emparent de ces sujets, alors il faut d'urgence, proposer une vision de ce que doit être l'hôpital de demain** et comment il doit nécessairement évoluer tout en conservant sa mission prioritaire, à savoir, accueillir tous les patients et proposer la meilleure prise en charge en lien avec les meilleures données de la science et de la technique.

La gouvernance équilibrée dans nos établissements constitue une des pierres de cet édifice.

Un hôpital ne fonctionne sans doute pas sans directeur compétent et efficace mais avant toute chose, il ne fonctionne pas sans médecins, indissociables de leurs patients.

Pour ma part, j'ai repris mon travail de médecin à temps plein !



DOSSIER

REQUIEM POUR UN SON

TRANSFORMATION, INNOVATION,
RESPONSABILISATION...
CONFUSION !!!

Fermez les yeux, imaginez que vous êtes dans une réunion, peu importe laquelle : CME, Commission, Ministère, quels sont les mots qui reviennent le plus souvent ? Vous n'avez pas à chercher longtemps, ils sont faciles à identifier, tant leur densité est élevée dans les divers discours : nous avons les incontournables : « innovation », « responsabilisation », « transformation », le subliminal « culpabilisation », le décomplexé « parts de marché » et bien sûr le cultissime quoique passablement éventé « effcience »...

Ces mots ont une particularité : ce sont des mutants lexicaux.

Initialement MOTS, porteurs d'information, ils sont devenus, via leur répétition dans les groupes homogènes de gestionnaires et de managers, des EDL (éléments de langage)¹, support de communication. Ce n'est plus tant l'information portée par les mots qui prime mais plutôt leur son et leur répétition.

Les EDL ont cette particularité que ce sont des mots inconnus à consonance connue. Un subtil glissement du sémantique vers le phonétique. Prenons le premier et le plus « populaire » d'entre eux : « efficacité »². Combien d'entre nous, lors de ses premières apparitions, à l'aube de l'ère HPST, y entendaient

« Efficacité » ? C'est-à-dire bons résultats dans la prise en charge du malade ? Or ceux qui le prononçaient y entendaient « bons résultats financiers » modulés au départ, soyons honnêtes, par la nécessité de « bons résultats médicaux ».

Ce hiatus entre ce qui est dit et ce qui est entendu est subtilement comblé par l'argumentaire qui doit accompagner chaque EDL, argumentaire dont l'une des fonctions majeures est de diffuser, par injections répétées, une nouvelle organisation des valeurs. Et de progressivement nous amener à la faire nôtre. Avec comme porte d'entrée un mot qui, lui, est vraiment conforme à nos valeurs. Peu à peu s'opère une érosion de nos

défenses, s'installe une confusion qui toutes deux concourent à une évanescence de notre capacité à défendre nos valeurs.

Une théorie délirante ? Vraiment ? Regardons nos actes : Lequel d'entre nous aujourd'hui, corrige encore, lors des échanges, chaque « rendement » prononcé par un « service rendu » re-affirmé ? Lequel d'entre nous s'insurge sur l'amalgame fait entre : « attententes », « demande », et « besoins » ?³ Alors que le discours officiel n'invoque que les demandes et qu'il n'évoque même plus les besoins ? (on laisse les attentes aux rêveurs, qui, étant non efficaces, sont de facto exclus).

1. **Un élément de langage (EDL)**, souvent utilisé au pluriel, est un message ou une formule pré-établis utilisés dans le domaine de la communication politique, de la vente et de la communication commerciale ou publicitaire. Il s'agit donc d'une forme de communication qui se caractérise par le fait qu'elle est coordonnée a priori afin de demeurer à peu près invariable quels que soient les intervenants amenés à la porter dans les médias... Souvent élaborés par ou avec l'aide de conseillers en communication, les éléments de langage présentent l'avantage d'assurer une cohérence entre les différents discours qui émanent d'un même mouvement, au-delà de son porte-parole officiel. En outre, ils permettent une répétition qui augmente peut-être l'efficacité des arguments soutenus par effet de simple exposition. Ils peuvent en revanche être repérés comme des constructions purement tactiques ou sembler participer d'une forme de langue de bois lénifiante. Apparu avec l'essor du marketing en politique dès les années 1970. (wikipedia).

2. Plusieurs concepts de l'efficacité, tous articulés autour du Lean management.

a. **L'efficacité** c'est l'efficacité au moindre coût. L'efficacité a un impact direct sur les coûts de production (coût des ressources pour faire tourner le processus) et donc sur la marge. C'est donc beaucoup plus qu'une simple différence sémantique. C'est une question de rentabilité de l'entreprise. L'équilibre entre les attentes du Client (efficacité) et les coûts de production (efficacité) n'est pas évident à trouver et parfois les deux points de vue peuvent se révéler antagonistes. S'il ne tenait qu'au Client, l'idéal serait un produit de très bonne qualité à un prix dérisoire. Il y a donc de la part de l'entreprise un savant dosage à effectuer, un fin positionnement du curseur entre efficacité et efficacité, ne pas faire de la sur qualité par exemple qui ne serait pas remarquée du Client, corriger juste le bon nombre de bugs pour être compliant avec les attentes contractuels...

b. **L'efficacité** est une mesure synthétique des résultats obtenus (potentiels ou réels), au regard des moyens mis en œuvre (coûts, ressources, temps). Il s'agit donc là d'un concept proche du rendement des investissements économiques. L'efficacité ajoute à l'efficacité une notion de bonne organisation et d'économie. Améliorer l'efficacité ne préjuge pas de l'amélioration de l'efficacité. Cela revient à diminuer le coût à résultat égal. C'est la capacité à produire au moindre coût. L'efficacité n'implique pas l'efficacité. Un programme peut être plus efficace qu'un autre, mais moins efficace. Pour faire simple : l'efficacité rapporte les résultats aux objectifs ; l'efficacité rapporte les moyens aux résultats.

<https://www.excellence-operationnelle.tv/pourquoi-il-ne-faut-pas-faire-lamalgame-entre-lefficiency-et-lefficacite.php/>

3. **Les attentes** sont un ressenti, elles disent l'espoir en quelqu'un ou quelque chose, elles relèvent de la subjectivité.

Le besoin fait référence à une nécessité vitale, objective.

La demande est le désir d'obtenir quelque chose. L'attente a une dimension de matérialité, de possession, de compétition, bref, une réponse aux lois du marché.

In fine, par un mécanisme proche du conditionnement pavlovien, l'EDL, sous couvert de renouveler notre vocabulaire, nous fait changer de champ lexical.

Bien plus encore : écoutons les discours, annonces, synthèses : les MOTS occupent toute la place y compris celle du sens, y compris celle de l'action. Ils se suffisent à eux mêmes : d'EDL, ils sont devenus INCANTATION : ils n'ont plus besoin d'argumentation, ils n'ont plus besoin d'action : « dire » c'est

« faire ». Peu importe si le dire n'est justifié par aucune réalité, si le faire n'est validé par aucun acte.

Situation surréaliste, inconcevable d'un point de vue rationnel, mais bien réelle : c'est le côté magique des incantations. Mais à y bien réfléchir, quelle est la plus grande magie : celle de croire qu'il en est vraiment ainsi (croyance des disants que nous préférons imaginer crédules plutôt que cyniques... mais peut-être avons-nous tort) ou celle qui nous fait accepter

cet état de faits (sidération des pseudo-interlocuteurs réduits à l'état d' « informés ») ?

Or tous ces mots, tous les mots, ont leur importance : pourquoi « Qualité de vie au travail »⁴ plutôt que « Conditions de travail »⁵ ? Pourquoi « Responsabilisation »⁶ plutôt que « Responsabilités »^{7,8} ? Pourquoi « Innovation »⁹ plutôt que « progrès »¹⁰ ? Pourquoi « Transformation »¹¹ plutôt que « Evolution »¹² ?

4. **La qualité de vie au travail** désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier amélioration des conditions de travail pour les salariés et performance globale des établissements de santé. Elle s'appuie sur l'expertise des professionnels quant à leur propre travail et à leur capacité à identifier des marges de manœuvres et des moyens d'améliorer les organisations. Cette démarche est d'autant plus nécessaire quand les organisations se transforment. Elle appelle à des modifications managériales pour sortir d'un système hiérarchique descendant et aller vers une organisation plus transversale et plus souple qui permet des prises de décision nourries également des expériences de terrain. Elle n'est pas limitée à certaines personnes désignées, elle est l'affaire de tous.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail/article/la-qualite-de-vie-au-travail>

5. L'expression "**conditions de travail**" désigne un "ensemble de faits dont dépend le travail". Sans ces "faits", le travail n'est pas possible. Plus que des faits, il s'agit des conditions dans lesquelles le travail peut être réalisé. On peut les classer en 4 grandes familles : 1- L'organisation, les moyens et le cadre du travail, 2- Les exigences des salariés, 3-L'environnement de l'entreprise et du travail, 4- Les relations professionnelles... La combinaison de ces éléments détermine les conditions de travail.

6. **Responsabilisation** : rendre quelqu'un conscient de ses responsabilités

7. **Responsabilités** : Obligation ou nécessité morale de répondre, de se porter garant de ses actions ou de celles des autres ; Fonction, position qui donne des pouvoirs de décision, mais implique que l'on en rende compte (surtout pluriel) ; Fait pour quelque chose d'être la cause, l'origine d'un dommage.

8. **Responsabilité des agents publics**

Responsabilité administrative : L'État est reconnu responsable lorsqu'une faute de service, à l'origine d'un préjudice envers une personne est prouvée. Une faute de service correspond à un fait ou à un agissement résultant d'une "mauvaise organisation ou fonctionnement défectueux du service public". C'est-à-dire une faute inéluctable, anonyme, que n'importe quel fonctionnaire aurait commise, dans les mêmes conditions

Responsabilité civile : Dans le cas de la responsabilité civile, l'agent est reconnu responsable lorsque sa faute personnelle, à l'origine d'un préjudice est prouvée. La faute personnelle correspond au fait ou agissement dommageable commis à l'occasion du service, mais qui peut se détacher de la fonction. La faute résulte non pas du dysfonctionnement du service, mais du comportement individuel de l'agent public, de son humeur ou de sa volonté de sorte qu'un autre agent dans les mêmes circonstances aurait pu agir autrement http://www.esen.education.fr/fileadmin/user_upload/Modules/Ressources/Outils/mot_juriste/6-04_responsabilite_agents_etat.pdf

9. **Innovation** : Introduire quelque chose de nouveau pour remplacer quelque chose d'ancien dans un domaine quelconque : Processus d'influence qui conduit au changement social et dont l'effet consiste à rejeter les normes sociales existantes et à en proposer de nouvelles.

10. **Progrès** : Fait d'avancer, mouvement en avant, progression ; Fait d'aller vers un degré supérieur, de s'étendre, de s'accroître par étapes.

11. **Transformation** : Rendre quelque chose différent, le faire changer de forme, modifier ses caractères généraux ; Modifier de façon spectaculaire l'état physique, moral, psychologique de quelqu'un.

12. **Evolution** : passage progressif d'un état à l'autre ; stade atteint dans ce processus considéré comme un progrès ; transformation au cours du temps. Évolution régulière de l'humanité, de la civilisation vers un but idéal : Transformation vers le mieux dans un domaine particulier, évolution vers un résultat satisfaisant, favorable.



En clair, à quel changement de champ lexical nous amènent ces mots ? A des injonctions contradictoires classiques :

- ☒ Celle d'introduire l'obligation morale d'assumer les conséquences de décisions prises par d'autres (responsabilisation versus responsabilité) ;
- ☒ Celle d'intégrer la réussite de l'entreprise dans le concept de bien-être personnel (qualité de vie au travail versus conditions de travail) ;
- ☒ Celle de balayer brutalement tout le passé y compris ce qu'il a de positif (transformation versus évolution) ;
- ☒ Celle de construire un avenir dont la principale qualité sera non pas d'être meilleur (progrès) mais d'être nouveau (innovation). Des injonctions contradictoires qui fragilisent encore d'avantage chacun de nous et « optimisent » ainsi notre perméabilité au glissement de champ lexical.

Un montage très efficace : il donne des moyens (confusion des valeurs) à ses objectifs (véritable « pacte de l'oubli » social avec destruction des avancées sociales).

Encore une fois, une théorie délirante ? Vraiment ? Regardons les transformations en cours de l'hôpital :

Bienvenue dans l'hôpital de l'avenir, celui où le patient opéré quitte sa chambre à J3 sans que sa famille n'ait pu rencontrer le chirurgien. Parce que le chirurgien est seul et qu'il assure les urgences en plus du reste et que, finalement, l'important n'est-il pas que la durée du séjour soit la plus courte possible ?

Bienvenue dans l'hôpital de l'avenir où en cas de complications aucun médecin du service ne peut nous recevoir (car leur planning est saturé) et où la seule solution est d'aller se poster aux urgences et voir, après de nombreuses heures, un interne épuisé qui nous

renvoie... sur le service. Oui l'acte finira par être fait mais au prix de combien d'heures d'angoisse, de temps écoulé, de perte de chances pour le patient ? et tous les patients, tous les accompagnants peuvent-ils gérer ou même accéder à cette organisation centrée, non pas sur le soin porté au patient, mais sur la prise en charge de la pathologie (dans le meilleur des cas, car l'absence de suivi personnalisé aboutit souvent au suivi du seul symptôme) ?

Bienvenue dans l'hôpital de l'avenir où on propose des « pauses coiffure » aux agents, des « conciergeries » ou des cours de Tai-quelque chose pour leur « bien-être », voire leur « bonheur » alors que les restructurations (et les suppressions de postes inhérentes) se font au pas de charge sans prendre la peine de les concerter... tout en pronant leur « responsabilisation » ! Où les soignants malheureux le sont finalement par choix puisqu'ils ont à disposition tous les ingrédients pour ne pas l'être.

Bienvenue dans l'hôpital de l'avenir où le « food-truck » apparaît dans la cour de l'hôpital après la fermeture de l'internat : oui certes nous mangeons (quoi ?) mais quand nous rencontrons-nous ? Quand pouvons nous partager ? Nos questions, nos angoisses, nos peines ? Ce n'est pas la fonction de l'hôpital que de permettre cela ? Pourtant c'est bien l'essence même de l'hôpital qui traite de la maladie et de la mort que de générer ces sentiments.

Bienvenue dans l'hôpital de l'avenir où les discussions en CME ne concernent plus depuis longtemps les organisations médicales en vue d'améliorer la prise en charge des patients mais sont aujourd'hui vampirisées, neutralisées, stérilisées par des comptes éternellement négatifs, et des incantations répétées en boucle...

Reconsidérons à présent toutes ces situations avec deux paramètres : « vieillissement de la population » et « précarité ». Voyons si elles permettent de répondre aux 4 piliers du service public : « adaptabilité, continuité, accessibilité et meilleur coût » : objectivement, non...

Interrogeons-nous à présent : la cure des « tions » prescrite par « ma santé 2022 », dont L'INNOVATION DE LA NUMÉRISATION (soit un « tion » au carré), va-t-elle y remédier ?

Au-delà, et à la vue de la densité au millimètre carré des EDL, peut-on considérer qu'il s'agit là de son objectif ?

A l'INPH nous avons voulu rompre ce cercle vicieux d'aliénation de nos valeurs en proposant non pas des mots mais des projets, de ceux qui se nourrissent d'expérience et qui se construisent par des actes. Nous avons donné la parole à des acteurs de la vraie vie.

A l'INPH nous avons voulu rompre ce cercle vicieux d'aliénation de nos valeurs en proposant non pas des mots mais des projets, de ceux qui se nourrissent d'expérience et qui se construisent par des actes.

Nous avons donné la parole à ceux qui sont compétents pour le faire : praticiens hospitaliers bien sûr mais également usagers, directeur d'hôpital, économistes. Nous avons recueilli leur analyse de l'état des lieux (complétée par la rubrique « chronique d'hôpital » ainsi leurs propositions (complétées par le chapitre III (interview).

Lisez bien, et étonnez vous : il n'y a pas d'élément de langage... et nos valeurs sont présentes. Cela s'appelle un travail syndical.

TRANSFORMATION / ÉTAT DES LIEUX



Point de vue du PH

Dr Emmanuel CIXOUS
PH SNPEH-INPH

UNE TRANSFORMATION DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

1) Une évolution dans les connaissances des patients

Les patients se sont modifiés : grands consommateurs d'Internet et de sites d'information de santé (pas toujours pertinents), ils sont devenus plus exigeants, plus méfiants : ils posent plus de questions et tentent de comparer leurs « connaissances » à l'information apportée par le soignant ; ils peuvent remettre en question les prises en charge proposées : le soignant est obligé de se justifier de plus en plus souvent et apporter des arguments pas toujours simples à expliquer à des patients « profanes ». Les patients peuvent être tentés par la théorie du complot : en témoignent les problèmes liés aux vaccins et il est plus difficile de créer un climat de confiance dans ces cas.

2) Une tendance au consumérisme et une exigence parfois démesurée

Les patients vont de plus en plus « consommer du soin » et il devient également plus complexe d'expliquer la non pertinence de certains examens complémentaires dans certaines situations.

A l'extrême, de plus en plus de patients ou de familles sont agressifs, voire violents ; de même, de

plus en plus de plaintes sont portées contre des soignants pour ce que les patients considèrent comme des erreurs.

La relation de confiance entre patient et soignant s'est fortement amenuisée.

3) Une charge plus lourde pour les soignants

Outre l'augmentation de la technicité, nous sommes obligés de suivre les recommandations fournies par la Haute Autorité de Santé même si elles remettent quelques fois en cause nos convictions.

Il est dorénavant nécessaire de transmettre très régulièrement des informations aux patients, de les écrire et les tracer. Nous devons aussi décrire l'examen clinique le plus exhaustif possible dans nos dossiers. Nous devons également régulièrement réévaluer nos prises en charge de façon protocolaire dans les dossiers.

Des revues de morbi-mortalité doivent être régulièrement réalisées.

Toutes ces évolutions sont chronophages et augmentent le temps de prise en charge de chaque patient, à l'heure où les directions demandent de la rentabilité.

4) Des situations nouvelles dans la relation patient-soignant

La mise en place de la personne de confiance et de l'émancipation possible des mineurs les plus âgés a modifié les relations avec les patients, les complexifiant souvent.

Les directives anticipées et le refus de soin occasionnent des difficultés grandissantes éthiques et morales pour les soignants qui restent, par culture, dans une démarche de soins curatifs optimaux tant que le patient n'est pas reconnu comme relevant des simples soins palliatifs.

En conclusion, la prise en charge des patients s'est nettement complexifiée et est devenue plus exigeante, contraignante pour les soignants. **Il nous faut nous adapter à cette évolution mais les effectifs des équipes ne suivent pas et les organisations de service ne sont pas faciles à modifier car l'évolution des moyens ne suit pas voire est aggravée par la logique comptable.** Une meilleure organisation des campagnes d'information serait bienvenue.



Point de vue du DH

Frederic SPINHIRNY

Directeur des Ressources Humaines de l'hôpital Necker-Enfants Malades et auteur de plusieurs essais dont *Hôpital et Modernité*, *Comprendre les nouvelles conditions de travail*, paru en juillet 2018 aux Editions Sens&Tonka.

CE QUE TRANSFORMATION VEUT DIRE

Il est impossible d'échapper au mot « transformation » lorsque l'on évolue dans une organisation de travail. Celui-ci appartient au registre du passage plastique d'une forme à une autre, sur le modèle de la mutation observable dans la nature. Parler de transformation, c'est assimiler l'organisation à l'organisme biologique, pour reprendre la distinction de Canguilhem, qui précisait par ailleurs les limites de ce type d'analogie.

Car le mot transformation est le dernier-né d'une famille de mots semblables, abandonnés au gré des modes ou, plus subtile, dès que son intention est démasquée. Nous avons donc connu « révision », « modernisation », « réforme », « changement », « projet », et le toujours usité « innovation ». La logique qui sous-tend l'emploi de ce vocabulaire est souvent binaire : le mouvement, le progrès, le dynamisme est bon par essence car il évoque l'agilité et la souplesse qui sont des capacités physiques positives dans une économie comparée à une épreuve sportive. Par contre, ce qui est statique, l'immobilisme, l'arrêt, la pause, sont vus comme mauvais en soi car contraire à la physique naturelle des choses. **Il en découle régulièrement ce par-**

ti pris : c'est l'entreprise qui est agile, et l'institution (l'administration) qui est immobile, incapable de se transformer. Aujourd'hui, c'est la valeur d'adaptabilité du service public qui est mise en avant pour se conformer à la logique de la transformation. Mais l'analogie avec la nature est-elle correcte ? Peut-on se transformer en tout ? Cette manie du « trans » ne relève-t-elle pas d'un fantasme inadapté à la vie concrète ?

Car la méfiance qui entoure le vocabulaire du changement est bien connue : contrairement à la loi physique qui veut que « rien ne se perd, rien ne se crée, tout se transforme », **toute transformation adoptée dans une organisation est souvent synonyme de réduction d'effectif ou de substitution de travail vivant par des automatismes techniques.** C'est la raison pour laquelle « révision » et « réforme » ont été délaissées car rapidement interprétées comme « mise au rebut ». Celle de changement est suspectée désormais de réduire ce qui demeure identique dans tout projet en « résistance au changement », à la réaction, au conservatisme. **Pourtant, il s'agit de comprendre que les échecs des transformations sont souvent due à la méconnais-**

sance des mécanismes associés à l'identité culturelle d'une structure, c'est-à-dire à ce qui reste le même dans le changement. C'est principalement la force des institutions publiques que de demeurer fidèles à des valeurs partagées et identifiées par tous, même dans une transformation.

Pour bien transformer, il est donc primordial de sortir du couple « projet=progrès=bon » versus « refus=résistance=mauvais » ou même souvent « questionnement=refus=résistance=mauvais ». Il n'est pas bon en soi de s'adapter au monde extérieur ou à la contrainte économique, ni au désir du citoyen-consommateur, ni au numérique. Comme il n'est pas mauvais en soi d'affirmer que certaines choses ne doivent pas changer. C'est un choix délibéré et stratégique. Il suffit de faire un test simple : proposer un projet de transformation à vocation collective bénéfique, sans gain à la clef, avec un coût important. Le management doit ainsi retrouver une dimension plus anthropologique, voire politique, en considérant qu'il existe un rythme propre des transformations conduites théoriquement entre experts, et un temps plus long, d'assimilation par les agents opérationnels.

Ce temps d'échange peut précisément faire correspondre le projet avec les aspirations plus intimes du personnel.

Répondre par exemple plus précisément aux nécessités de la transformation, à l'origine de son idée, à son objectif (est-ce une urgence ? Répond-t-on à un besoin de santé publique ? Est-ce pour répondre formellement à une tutelle ? Une obligation réglementaire ? Est-ce un but économique ? Favorise-t-elle les conditions de travail ?).

Les transformations doivent nous interroger car elles semblent s'accélérer précisément au moment où les individus exigent plus de stabilité, de permanence, d'ancrage. Le stratège reconnu de tous est justement celui qui dépasse le clivage superficiel « accélération/modernité » et « lenteur/archaïsme ». Notre service public est une institution, mot qui tire son origine de « debout », « droit » et donc « statique », comme l'Etat. Il est donc naturel qu'il demeure au yeux des hospitaliers une stature de l'hôpital, liée à la noblesse de ses valeurs profondes qui doivent rester identiques au gré des modes

et des mouvements de tous bords. La logique des transformations se heurte à la loi de l'entropie, qui voit une certaine quantité d'énergie se dissiper du mouvement.

Alors pour éviter qu'à la fin, quelque chose se perde, qu'il ne reste plus rien comme masse, mieux vaut faire en sorte que toute transformation soit plutôt orientée vers un meilleur service rendu au patient tout en améliorant les conditions d'exercice des hospitaliers. Non pas l'un au détriment de l'autre, non pas ni l'un ni l'autre. Les deux. Le reste en découlera.



Point de vue du médecin DIM

Dr Jérôme FRENKIEL
Médecin de santé publique SNPHCHU

PERSPECTIVES ÉCONOMIQUES DE L'HÔPITAL PUBLIC

La tarification à l'activité (T2A) a permis de mettre en place une répartition équitable du financement national au vu de l'activité et de la complexité médicale de chaque patient. Par effet de bord, elle a rendu indispensable une démarche de gestion, au sens classique du terme, qui n'existait pas auparavant.

La T2A rencontre cependant ses limites :

- ☒ Un financement devenant insuffisant au regard des missions des hôpitaux, dans les conditions de qualité et de sécurité requises ;

- ☒ Un financement qui n'apporte pas de réponse à la sous-médicalisation géographique (financement non populationnel) ;
- ☒ Un financement qui ne pose pas la question de la pertinence du soin pris isolément, ou de son efficacité dans le cadre d'un parcours ;
- ☒ Un financement excluant la prévention. **On note également au registre des effets pervers : une course à l'activité, et une tentation de sélection des activités selon leur rentabilité.** Sur un autre plan, les hôpitaux souffrent d'une absence de visibilité à terme sur leur place dans l'offre de soins, d'un

temps et d'un accompagnement insuffisants pour gérer les transitions structurelles, d'une injonction contradictoire entre diminution de la masse salariale et paix sociale, d'un pilotage bureaucratique et directement dépendant des tutelles, tout cela favorisant la dégradation de la qualité des soins, la perte de sens, le découragement et les violences psychosociales.

Pour sa part, le projet Ma Santé 2022, largement inspiré du rapport Aubert (DREES), prévoit un ensemble de réformes en 54 mesures et 10 « chantiers ». **Ce projet affiche des intentions difficilement**

Le service public est l'un des piliers de la démocratie. Ne le bradons pas, consolidons-le. Telle est l'engagement de l'INPH.

contestables : « coopération, qualité, pertinence, prévention, efficacité ». Mais l'analyse des mesures suscite nombre de questions et non moins de réserves.

Pour nous limiter aux aspects économiques, on notera en premier lieu que le chantier « régulation » propose quelques ajustements à la marge, mais ne remet pas en cause le principe selon lequel les hôpitaux doivent s'adapter à l'ONDAM, et non l'inverse. Bercy et Bruxelles y trouveront certainement leur compte, mais pour les patients et les professionnels de santé, c'est beaucoup moins sûr. En fait, ce programme ambitionne de résoudre l'équation par une amélioration de l'efficacité sur différents registres :

- ☒ Financement « à la pertinence », réduite semble-t-il à la pratique moyenne ;
- ☒ Financement au forfait pour les maladies chroniques, sans garantie que ce financement soit suffisant ;
- ☒ Coordination des parcours de soins, dans un silence assourdissant sur la question du superviseur de ces parcours et des règles de supervision ;
- ☒ Incitation à la réorientation des patients « les plus légers » se présentant aux Urgences des hôpitaux.

La santé mentale semble s'inscrire dans une logique différente, par une évolution (enfin !) vers un financement populationnel. **Sur un autre plan, compte-tenu de la nécessité de faire contrepoids à l'efficacité, le programme prévoit d'intensifier le financement « à la qualité », mais dans une logique de récompense / sanction qui a peu de chances d'aider les établissements en difficulté.** Signalons enfin qu'il n'apparaît pas clairement de stratégie forte en matière de prévention.

Au total, ce programme s'inscrit sans surprise dans une logique libérale, où la dépense sociale est vue avant tout comme un poids qu'il convient de contenir voire de réduire, où la régulation fait largement appel à la concurrence, et où la place de l'opérateur public apparaît de moins en moins clairement.

Néanmoins, en dépit de ses faiblesses et de ses ambiguïtés, il a le mérite d'aborder des sujets légitimes, qu'il s'agisse de la réforme de la T2A, de la coordination des soins, de l'évolution des pratiques, du financement de la santé mentale ou de celui des pathologies chroniques.

S'agissant de l'hôpital et de sa place future dans le système de soins, le débat est ouvert. Mais ce qui ne peut être discuté est que ses missions d'aujourd'hui exigent un financement adapté, que son avenir doit être clarifié, et que le changement doit être accompagné, politiquement et financièrement. Sur cette base, les positions de l'INPH sont les suivantes :

- ☒ **La place de l'hôpital public en tant qu'opérateur majeur du service public doit être réaffirmée et consolidée.** C'est à cette condition que pourront être garanties l'universalité, l'excellence,

la qualité et la sécurité des soins, face aux risques de dérive marchande et de disparition du principe d'universalité. Et ceci implique la consolidation de son statut, de celui de ses personnels, et de son financement.

- ☒ **Le financement doit être adapté à son activité réelle, dans des conditions d'efficacité raisonnable et de qualité et de sécurité sans concession.** La T2A en l'état peut constituer un point de départ acceptable pour les nécessaires évolutions du modèle. Mais à condition que l'ONDAM soit en cohérence avec ces principes élémentaires, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui.
- ☒ **L'efficacité, sur la base de tarifs cohérents, doit être consolidée.** Ceci implique de remettre en cause l'actuelle gestion technocratique et tutélaire du binôme administration / ARS, en remédicalisant la gestion, en professionnalisant celle-ci, et en assurant à cette gestion médicalisée les moyens et l'indépendance de son expertise. Ceci implique également de redéfinir les modalités du dialogue social, afin d'assurer un équilibre productivité / qualité de vie au travail responsable et équitable, dans le respect des valeurs humanistes de l'hôpital public.
- ☒ **La pertinence de la prise en charge, intimement liée au coût de la santé, doit s'adapter en continu au progrès médical et à l'évolution des pratiques.** L'hôpital, acteur majeur de l'innovation, doit nécessairement être un interlocuteur privilégié dans la détermination de l'évolution des pratiques comme dans la réflexion économique sous-jacente.

Le service public est l'un des piliers de la démocratie. Ne le bradons pas, consolidons-le. Telle est l'engagement de l'INPH.

TRANSFORMATION / PROPOSITIONS



Point de vue des usagers

Marie CITRINI

Représentante des usagers des hôpitaux de Paris

ENSEMBLE, NOUS DEVONS TRANSFORMER L'HÔPITAL DE DEMAIN

L'état des lieux de l'hôpital en 2018 est inquiétant : organisation obsolète, personnel sous tension, management de l'efficacité économique, patients-objets, corporatisme et individualisme, rendent parfois maltraitants le système et les personnes qui le font vivre. La transformation de l'hôpital devient donc une obligation !

La transformation ne va pas se faire sans douleur mais elle doit construire ou recréer un système de santé accueillant et sûr pour les personnels soignants et pour ceux pour qui le système existe : les patients et leurs proches.

La transformation managériale doit redonner une place primordiale aux dialogues avec les équipes, avec les différents professionnels et créer des lieux de dialogues et de réflexion sur les besoins de l'équipe. Pour cela, des lieux existent déjà, d'autres se créent. Les pôles doivent avoir cette fonction de management au plus près des personnels, leur permettant ainsi de mieux construire le parcours du patient. Ce n'est pas toujours le cas et pour certaines structures comme l'Assistance Publique, une nouvelle organisation voit le jour au travers des Département Médico-Universitaires (DMU). Ces DMU doivent se construire en partant de la filière d'un parcours du patient,

en partant de ses attentes, de ses besoins, pour assurer la continuité des soins, quel que soit le lieu où se trouve le patient. Ces DMU vont aussi apprendre à gérer leurs liens avec l'Université, créant ainsi un lien encore plus puissant entre la recherche fondamentale et la recherche appliquée.

La transformation doit également se faire dans la relation du personnel envers le patient. Devant souvent un hôpital à la pointe de l'innovation, on en oublie la grande majorité des personnes qui viennent à l'hôpital et qui n'ont pas obligatoirement besoin de l'intervention avec un robot extraordinaire. Elles viennent parce qu'elles souffrent, parce qu'elles sont malades depuis des années, parce que l'hôpital reste le lieu du savoir médical.

La transformation devra porter sur l'accompagnement de ce savoir vers un savoir-être : savoir-être en capacité d'accueillir, savoir-être en capacité de soulager, savoir-être en capacité d'expliquer, savoir-être en capacité d'écouter et de prendre l'information donnée par le patient, comme une source d'information utile à la prise en charge.

Cette transformation permet de construire conjointement un parcours de soins qui diminuera les passages à l'hôpital et donnera la

possibilité, par le biais d'outils numériques comme les applications de données de santé ou les dossiers patients, qu'ils soient AP-HP ou DMP, de créer le lien avec la ville, permettant de diminuer les ruptures de soins.

Enfin, la transformation de la connaissance des professionnels doit se faire dès leurs études, en associant des patients à la formation. Ils permettent aux futurs professionnels de toujours garder en mémoire celui pour qui ils font ces études : l'autre qui a un problème de santé, l'autre qui vit avec une maladie et non pas la maladie en elle-même.

Souvent, quand je regarde les professionnels bienveillants qui mettent tant de choses en place pour les patients, pensant pour eux, préjugant de leurs besoins, il me revient en mémoire un texte de Socrate et l'analyse qu'en fait Chantal Amiot :

« Le dialogue mené en vérité a pour critère qu'on puisse interroger et répondre, qu'on échange en se demandant « ce que peut bien être... », et qu'on tente de se donner une réponse qu'on expose à l'autre. Et la parole extérieure est toujours soutenue par ce qu'on se dit à soi-même. ».



Point de vue des économistes

Philippe BATIFOULIER

Nicolas DA SILVA

CEPN, Université Paris 13-Sorbonne Paris Cité

Jean-Paul DOMIN

REGARDS, Université de Reims Champagne-Ardenne

POUR EN FINIR AVEC LA LOGIQUE DE RENTABILITÉ À L'HÔPITAL : DÉVELOPPER LA DÉMOCRATIE

À la Libération, le Conseil National de la Résistance a profondément redéfini les principes de fonctionnement de la société française notamment en complétant la démocratie politique par la démocratie sociale. Ce programme appelé les jours heureux a profondément façonné le système de santé en général et l'hôpital en particulier. Le délitement progressif des différentes formes démocratiques a conduit dans les années 1980 au développement de la logique de rentabilité à l'hôpital, rendant les établissements particulièrement inhospitaliers (1). Aujourd'hui, l'issue à la crise repose sur la démocratisation du système de santé, seule garantie permettant de subvertir la logique de rentabilité à l'hôpital comme ailleurs (2).

1. De l'hospitalo-centrisme à la logique de rentabilité

À la Libération, la France est en retard par rapport aux autres pays européens en matière d'équipement hospitalier. **Bien que la Sécurité sociale soit dirigée par les intéressés eux-mêmes (3/4 des sièges au Conseil d'administration des caisses pour les salariés)**, les résistances à l'institution sont nombreuses et l'Etat choisit de limiter la progression du taux de cotisation, ce qui empêche la modernisation du système hospitalier. Ce n'est qu'avec la centralisation du pouvoir en 1958 (5^{ème} République) que la transformation va s'opérer. Les ordonnances de décembre donnent plus de poids au ministère de la Santé et font de l'hôpital un instrument de soins intensifs, de formation des étudiants et de recherche clinique. Cette volonté politique nécessite de se donner les moyens et est appuyée par l'augmentation du taux de cotisation.

La confiscation du pouvoir sur la Sécurité sociale s'accroît peu à peu si bien qu'aujourd'hui l'institution est dirigée par l'Etat.

Or, cette concentration du pouvoir n'est pas sans risque pour la politique de santé puisqu'elle s'expose à un retournement des agendas de la part de la démocratie parlementaire. C'est ce que l'on observe à partir des années 1980 où l'hôpital devient une cible.

Il représente à l'époque plus de la moitié des dépenses de santé et les pouvoirs publics entendent y remédier. **La politique mise en œuvre s'articule autour d'un double mouvement d'étatisation et de marchandisation.** Les pouvoirs publics renforcent le rôle du ministère de la Santé dans la prise de décision d'abord en augmentant le pouvoir du directeur de l'hôpital et ensuite en mettant en place des agences ad hoc (ARH en 1996 et

Côté soignant, la T2A produit de la souffrance du fait de contraintes de rythme croissantes qui exacerbent la pression temporelle et qui participent à un sentiment de qualité empêchée.

ARS en 2009). Les réformes favorisent en outre la mise en œuvre de méthodes issues du secteur privé à but lucratif. Les pôles, la contractualisation et le développement de la tarification à l'activité (T2A) obéissent à cette logique.

Comme chacun sait, l'hôpital est désormais inhospitalier pour les patients et les soignants. Côté pa-



tient, la qualité se détériore parce que la T2A incite à sélectionner les patients en fonction de ce qu'ils rapportent, à les renvoyer chez eux au plus tôt et à conserver de préférence les services les plus rentables. Côté soignant, la T2A produit de la souffrance du fait de contraintes

de rythme croissantes qui exacerbent la pression temporelle et qui participent à un sentiment de qualité empêchée. Bien sûr, la T2A n'est que la manifestation la plus aigüe des conséquences de la logique de rentabilité à l'hôpital. Notons enfin que cette situation

n'est pas la même pour tous car les conditions d'accueil à l'hôpital peuvent varier grandement en fonction de la disposition à payer du patient. **L'hôpital n'échappe pas à la tendance générale à l'explosion des inégalités.**

2. La démocratie, rempart à la logique de rentabilité, chemin des jours heureux

Toute la question est dorénavant de savoir comment sortir de l'impasse dans laquelle se trouve l'hôpital. Comment accéder aux jours heureux ? Trois objectifs peuvent dessiner un chemin praticable : sortir de la logique de rentabilité, augmenter le financement de l'hôpital, et démocratiser le système de santé.

Le premier objectif est d'en finir définitivement avec la logique de rentabilité à l'hôpital. L'hôpital n'est pas une entreprise à but lucratif dont l'objectif prioritaire serait de soigner des indicateurs.

L'injonction à se conformer à des méthodes de travail industrielles se heurte à la réalité du travail de soin. Les patients sont singuliers et le respect du protocole ne peut pas se substituer à l'ineffable dans la relation de soin, à ce qui compte le plus parce qu'il n'est pas possible de le compter : l'attention, l'écoute, la reconnaissance de la souffrance de l'autre, etc. Il paraît donc important d'améliorer les conditions de travail de façon à redonner du sens à l'activité. Ceci ne conduit pas à abandonner tout principe de gestion mais simplement à subordonner la

gestion aux exigences du travail et non l'inverse. Par exemple, des modes de financement non liés à des indicateurs de productivité (comme l'enveloppe globale) permettraient aux hôpitaux d'organiser leur activité comme ils l'entendent en fonction des caractéristiques locales de la population et des travailleurs de l'hôpital.

La question du financement est bien entendue centrale et définit le deuxième objectif. Si le tout T2A et la logique de rentabilité constituent un véritable handicap pour l'hôpital, il ne faut pas



oublier que le principal responsable de la crise hospitalière est la faiblesse de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie. Sa progression reste marginale, elle est de 2,5 % entre 2018 et 2019 contre 2,3 % en 2017. Cette évolution est bien entendu insuffisante. S'agit-il ici d'appeler au déficit et à la dette, c'est-à-dire à la banqueroute généralisée pour les générations futures si on en croit les idées à la mode ? Le retournement des années 1980 prend pour point d'appui le thème de l'insoutenabilité de la dépense publique.

Il faut dire et redire à quel point toute l'argumentation sur le « trou de la sécu » est fautive.

D'abord, l'essentiel de la dette publique ne relève pas de la Sécurité sociale mais de l'Etat (12 % contre 78 % ; 10 % pour les collectivités territoriales). Ensuite, la dette n'est pas une question de génération mais de classe sociale : s'il y a aujourd'hui des endettés, c'est qu'il y a quelque part des personnes en capacité de prêter.

Or, ces capacités excédentaires proviennent de la contre-révolution fiscale des plus riches datant des années 1980 (la suppression récente de l'ISF n'étant que la pointe émergée de l'iceberg). En

outre, la financiarisation de l'économie a conduit à ce que l'accès à la monnaie coûte plus cher **si bien qu'aujourd'hui l'ampleur de la dette ne s'explique pas par des investissements ou une masse salariale excessifs mais par... le crédit et le remboursement des intérêts de la dette.** Ainsi, en 2015, la Caisse d'amortissement de la dette sociale, créée en 1996 a amorti 84 milliards de déficit tout en versant 41 milliards d'intérêts. Enfin, l'argument massue concernant la compétitivité des entreprises est problématique à plus d'un titre : d'une part, les secteurs exportateurs ne sont pas ceux où le prix du travail est le plus bas et, d'autre part, la mondialisation n'est pas tombée du ciel, elle est le produit d'un choix délibéré (accords de libre-échange) qui nuit non seulement à ce qui perdent leur travail ici mais aussi à ce qui sont exploités dans des conditions inhumaines là-bas. **Au total, du point de vue du financement, il est possible, par exemple, de ne pas payer la dette (au moins celle qui peut être considérée comme illégitime) et de préférer l'augmentation du taux de cotisation au recours au crédit (qu'il soit cher ou non).**

Il est évident que ce qui précède ne peut pas faire l'objet d'un consensus politique car les intérêts en jeu sont trop importants. Ces questions ne sont pas neuves et déjà dans les débats parlementaires de la deuxième moitié des années 1940, l'épouvantail de la dette et de la compétitivité est mobilisé pour nuire à la Sécurité sociale. Ce n'est donc pas un grand débat national qui pourra trancher ces questions. Les questions de santé (et plus largement les questions économiques) ne sont pas des questions d'experts. **Qui pense qu'en 1945, après une guerre dévastatrice, la Sécurité sociale aurait été mise sur pied si l'on avait eu recours à une analyse coût-efficacité ? Qu'est-ce qui explique alors la réalisation de cette institution ? La volonté du plus grand nombre et la lutte déterminée.**

C'est pourquoi nous pensons que l'objectif principal pour guérir l'hôpital, celui qui détermine tous les autres, est la démocratisation de l'économie en général et du système de santé en particulier.





INTERVIEW

PR PATRICK GOUDOT DR MAUD WILLIAMSON

Bonjour Maud, bonjour Patrick.

Maud tu es chirurgien pédiatrique et tu exerces à la fois à l'hôpital et en secteur libéral.

Patrick tu es également chirurgien (maxillo-facial), tu viens de quitter ta chefferie de service en CHU après 17 ans (8 au CHU de Montpellier et 9 à la Pitié Salpêtrière) de bons et loyaux services. Tu as actuellement une activité exclusivement hospitalière mais ton parcours professionnel comporte un passage par le secteur libéral pendant 9 ans.

Maud, tu as débuté ton exercice à l'hôpital en novembre 2007 (à la fin de mon clinicat... mais bien avant si on tient compte de l'externat !) et toi Patrick... un peu plus tôt !

Vous avez accepté tous deux de livrer votre vision de l'hôpital via le même questionnaire. En voici les réponses.

Donnez moi 5 mots qui définissent l'hôpital dont vous, futurs médecins, vous rêviez ? L'hôpital actuel où vous, médecins hospitaliers, vous exercez ?

5 mots pour définir l'hôpital dont je rêvais :

MAUD : Ouvert à tous, accueillant, du plus haut niveau, à la pointe de la recherche, formateur.

PATRICK : Excellence, collégialité, dynamisme, recherche, évolution.

5 mots pour définir l'hôpital tel que je le vis :

MAUD : Ouvert... à peu près à tous, Administratif, Lourd, Pesant, tellement Difficile à faire évoluer..., Maltraitant pour son

personnel (médical, paramédical, non soignant), Triste, Déprimé, Déprimant (Bon, ok, ça fait plus de 5 mots...).

PATRICK : Eh bien les mêmes plus la Lourdeur et la Suffisance.

Je ne vais pas jouer les « vieux » moralisateurs et amers mais quand je me remémore mes débuts dans l'hôpital, ce qui me vient à l'esprit ce sont la confraternité et l'entraide, tant entre les aînés et les jeunes qu'entre la ville et l'hôpital. Ma carrière hos-

pitalière a débuté à Châteaudun, en tant que FFI. Dans cet hôpital local, les chefs de service étaient aussi des praticiens libéraux et ils partageaient leur activité entre la Ville et l'Hôpital. Nous, les jeunes de l'hôpital, allions assurer leurs remplacements en ville et eux, les aînés assuraient notre formation avec confraternité et exigence. Les relations entre la ville et l'hôpital étaient fluides... mais il est vrai, la ville participait alors à la permanence des soins.

Dans l'absolu, l'hôpital tel qu'il devrait être, c'est quoi pour vous médecins hospitaliers ?

MAUD : Un lieu où l'on peut trouver les meilleures compétences et technologies, mais où l'on a aussi le temps d'écouter, de prendre en charge, de former, de réfléchir à d'autres façons de faire, d'inventer... Un lieu d'accueil, où il soit facile de se rendre, de consulter ; un lieu ouvert, communiquant avec les médecins de ville, facilitant les échanges (et non jaloux de SES dossiers, de SES patients)...

Enfin, un lieu accueillant et formateur pour les étudiants et non maltraitant comme il l'est trop souvent.

PATRICK : On doit pouvoir avoir les moyens d'assurer la même qualité d'attention aux soins quel que soit l'hôpital.

Et ces moyens humains, matériels nous devons pouvoir en disposer quelles que soient les

circonstances : l'hôpital a besoin de souplesse pour répondre à ses missions et actuellement nous n'avons que rigidité du fait de l'insuffisance de moyens. Les circonstances dont je parle ne sont pas des circonstances exceptionnelles mais celles de la vie de tous les jours ; les urgences, les imprévus font partie de la vie de tous les jours dans les hôpitaux.

JE VOUDRAIS TANT QUE TU TE SOUVIENNES

Dans la réalité, quels sont à votre avis les 3 principales raisons qui empêchent que l'hôpital atteigne ses objectifs ?

MAUD :

Le manque de temps : Par manque de moyen et de personnel, on n'a plus le temps d'écouter les patients, de se poser pour réfléchir, de prendre du recul ; plus le temps d'accueillir les étudiant et de les former correctement.

La surcharge administrative :

Une nouvelle façon de procéder, ne peut être mise en place sans passer devant 10 commissions successives ; les codages, cotations, et autres comptes-rendus, prennent beaucoup de temps ; les secrétaires médicales étant petit à petit supprimées, le courrier ou les comptes-rendus sont fait par les médecins... a cela s'ajoute un frein de l'administration : le directeur de l'hôpital gère un bud-

get et ne connaît pas toujours les implications de ses décisions (ou non-décisions).

Tout cela entraîne une inquiétude généralisée qui pousse au repli sur soi, empêche d'accueillir comme il le faudrait, les patients, les accompagnants, les étudiants...

PATRICK :

D'abord les choix politiques avec des injonctions paradoxales : on nous demande d'être rentables, d'augmenter l'attractivité et l'activité, sans investissement en regard : voyez nos locaux, les conditions d'accueil des patients. Où est la considération pour les patients et les équipes ?

Ensuite un dialogue insuffisant entre tous les acteurs de l'hôpital : médicaux/para-médicaux/administratifs et il faut disposer de temps pour permettre l'échange et du temps, nous n'en avons plus.

Cela a commencé lors de l'instauration des 35 heures : l'hôpital a choisi de faire autant sans embaucher, et depuis, cela continue.

Par manque de moyen et de personnel, on n'a plus le temps d'écouter les patients, de se poser pour réfléchir, de prendre du recul ; plus le temps d'accueillir les étudiant et de les former correctement.





Dans la réalité, pensons à 3 choses que nous, médecins hospitaliers, pourrions faire afin de nous rapprocher de ces objectifs ?

MAUD :

Prendre le temps, imposer son rythme à l'hôpital, refuser la course contre la montre imposée par les directions.

Voir ce qui se fait ailleurs : à l'étranger où en France, dans d'autres départements, d'autres structures...

Discuter, échanger de façon formelle et informelle, entre médecins et non médecins, soignants et non soignants, pour trouver, ensemble, des voies d'amélioration...

PATRICK :

Essayer d'élever nos exigences scientifiques...

Renverser les « baronnies » : « mon » bloc, « mes » lits, « mes » étudiants, mais que sont ces notions de possession ? Partageons les moyens, acceptons d'exercer au sein d'équipes suffisamment importantes pour que chacun de nous puisse trouver de l'intérêt à son exercice, partager, collaborer...

Accepter la remise en cause, instaurer un fonctionnement participatif avec l'ensemble de l'équipe.



Si vous deviez défendre l'hôpital au tribunal international des droits de l'homme, vous diriez quoi ?

MAUD : L'hôpital peut permettre d'assurer à chacun, le droit d'être soigné, dans les meilleurs conditions, quel que soit son origine ou ses conditions économiques. Il permet de regrouper, autour du patients, tous les spécialistes et les moyens techniques dont il a besoin. Il faut lui donner les moyens d'assurer cette belle mission !

PATRICK : D'abord, la gloire de l'hôpital public c'est de traiter et d'accueillir tout le monde. Soyons sérieux : notre système de santé le permet.

En deuxième lieu, la fonction de l'hôpital public c'est aussi une fonction de formation (du personnel médical et paramédical) ; l'hôpital public participe à la construction de l'avenir de la médecine par la transmission. A l'hôpital, tous les professionnels apprennent, progressent, évoluent. Ne nous leurrions pas : la formation n'est pas une option, c'est un enjeu majeur d'attractivité... d'ailleurs le secteur privé s'y implique, preuve qu'il y a de plus une rentabilité économique !

Enfin, l'hôpital a un rôle social indéniable. Il est souvent le premier employeur du département. Il doit rester dans la ville, cela procède de l'accès aux soins.

Finalement : bien sûr, tout n'est pas rose mais, nous disposons en France d'un réseau hospitalier assez exceptionnel... raison de plus pour le préserver !



Les Annonces de Recrutement





« Soigner et prendre soin », telle est la mission qui anime chaque jour les **6 000 collaborateurs** et **900 professionnels** de santé libéraux des établissements LNA Santé (EHPAD, SSR, HAD...).

Rejoindre LNA Santé, c'est intégrer **un groupe familial**, qui conjugue dynamisme et humanisme, place les femmes et les hommes de ses équipes au cœur de ses préoccupations, et offre à chacun l'opportunité de s'épanouir tout en contribuant aux évolutions de l'entreprise.

Si les compétences sont évidemment essentielles, la capacité et l'envie de travailler en équipes pluridisciplinaires comptent tout autant ! Ainsi que la volonté de se mettre au service du projet d'entreprise, centré sur la personne accueillie, **en s'appuyant sur des valeurs fortes** : le respect, la confiance, le sens du service, l'engagement et l'esprit d'initiative. **Vous vous reconnaissez ? ... Rejoignez LNA Santé !**

**REJOIGNEZ
LNA SANTÉ !**



ABORDEZ LE SOIN AUTREMENT

Venez **travailler avec des professionnels d'autres disciplines** (soins, rééducation) au sein d'établissements récents ou récemment rénovés et à l'architecture innovante. Une attention particulière est portée aux plateaux techniques qui permettent une prise en charge de haute qualité à la fois en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour. Au sein de certaines cliniques se trouvent également des Centres de Santé dans lesquels vous pourrez réaliser des consultations externes.

Dans nos Centres de Réadaptation, vous découvrirez une autre manière d'aborder les soins, ou le prendre soin du patient. Comment ? **En alliant les valeurs humanistes du personnel à la performance de nos programmes de réadaptation** (pluridisciplinarité, plateaux techniques adaptés, robotisation...)

Au sein de LNA Santé, vous pourrez également participer à des projets de recherche et des études grâce à notre **Pôle Recherche Clinique et Programmes Thérapeutiques**, ainsi qu'à de nombreux projets innovants.

Médecins MPR, pour ses Instituts de Réadaptation de Romainville (93), d'Achères (78), de Breteuil (60) et du Cap Horn Landerneau (29)

Médecins Cardiologues, pour la Clinique de Réadaptation du Moulin Vert à proximité de Poitiers (86) et l'Institut Médical de Sologne à Lamotte Beuvron (41)

Médecins Pneumologues pour ses établissements de Sologne à Lamotte-Beuvron (41) et d'Achères (78)

Médecins Gériatres pour ses établissements d'Ennery (95), de Serris (77), de Landerneau (29) et pour l'Institut Médical de Mar Vivo à Toulon (83)

Médecins spécialisés dans la prise en charge de l'Obésité pour son Centre d'Accueil de Jeunes Obèses des Oiseaux à Sanary-sur-Mer (83)

Pour accompagner le développement de son activité, le Groupe recrute également des **Médecins Coordonnateurs en Hospitalisation à Domicile** pour l'HAD Loir-et-Cher à Blois (41), l'HAD de Montargis (45) et l'HAD Nord Seine et Marne de Serris (77).

A pourvoir à temps plein ou en temps partiel en complément d'une activité salariée ou libérale en fonction des postes.

NOUS RECRUTONS



**Une politique
Groupe ambitieuse**
pour construire votre
carrière avec nous



Vous souhaitez orienter votre future carrière au sein du Groupe ORPEA, un acteur de référence dans la prise en charge de la dépendance présent sur tout le territoire français.



Nous vous offrons de nombreuses opportunités au sein de nos cliniques de Soins de Suite et Réadaptation et Psychiatriques.

Nos différents établissements vous proposent des postes de :

- Pharmaciens Gérants H/F (habilités à exercer en PUI, selon le Décret N° 2017-883 du 9 mai 2017) et inscrits au Conseil de l'Ordre
- Préparateurs en Pharmacie H/F

En CDI ou CDD, à temps complet et à temps partiel



REJOIGNEZ-NOUS

Le Groupe propose des carrières motivantes dans lesquelles chacun peut s'épanouir.

pharmacie.recrutement@orpea.net  www.linkedin.com/company/orpea
www.orpea.com

Recrutement Médecin en CDI à Garches
SAMSAH 92 et Antenne UEROS
Services d'accompagnement et Antenne UEROS
Dédiés aux adultes cérébrolésés
Groupe UGECAM à Garches, Hauts-de-Seine, Île-de-France.

Offre d'emploi **MÉDECIN GÉNÉRALISTE**
ou **MÉDECIN DE MÉDECINE PHYSIQUE**
et de **RÉADAPTATION**
SAMSAH 92 et Antenne UEROS du Groupe UGECAM
à Garches - Hauts-de-Seine

Le poste sera partagé entre deux structures du groupe UGECAM, intégrées au réseau de prise en charge de la personne cérébrolésée et situées à l'hôpital R. Poincaré.

L'UGECAM Île-de-France, organisme de l'assurance maladie, est un important acteur régional de santé publique qui gère 13 établissements sanitaires et médico-sociaux.

Établissements : SAMSAH92 et Antenne UEROS.

Lieu d'exercice : Hôpital Raymond Poincaré GARCHES et domiciles (département des Hauts-de-Seine).

Poste à pourvoir pour : Immédiatement.

Dans le cadre de sa politique en faveur de l'égalité des chances, de la non-discrimination et de la diversité, le Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés des Hauts-de-Seine (SAMSAH 92-UEROS) et l'Antenne UEROS recherchent :

1 Médecin généraliste ou spécialiste MPR (H/F) 14h/semaine
(réparties sur deux jours), EN CDI

Diplôme et expérience requis :

Doctorat en médecine / ou spécialiste en médecine physique et de réadaptation.

Compétences requises :

- Intérêt pour le handicap et l'accompagnement en équipe pluridisciplinaire.
- Rigueur et précision dans les courriers à usage externe.
- Bonnes capacités d'écoute des bénéficiaires.
- Permis de conduire (B).

Rémunération : Niveau : 10E – coefficient 605 de la CCN.
(rémunération sur 14 mois).
24 420€ - 29 100€ brut annuel.

Missions :

Placé(e) sous la responsabilité hiérarchique des deux directeurs des établissements et sous la responsabilité fonctionnelle des deux coordinatrices (du SAMSAH et de l'Antenne UEROS), il aura pour mission, au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Au SAMSAH 92 : Intervention à domicile, dans le cadre de la prise en charge globale de la personne accueillie et dans le respect de la réglementation :

- Coordonner le suivi médical des bénéficiaires durant leur période d'accompagnement.
- Consultations de pré admissions avec la coordinatrice.
- Participer aux réunions de synthèse.
- Coordonner les interventions des différents membres de l'équipe pluridisciplinaire.
- Assurer des contacts et suivre les relations avec les acteurs externes de l'établissement.

À l'Antenne UEROS :

- En collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire :
- Evaluation des déficiences, limitation d'activité et restriction de participation de personnes adultes cérébrolésées.
- Orientation et accompagnement médico-social de personnes cérébrolésées.
- Participer aux réunions de synthèse.
- Assurer le relais avec les partenaires médicaux extérieurs.



Contact : **Madame Maïwen PERRUSSEL**, Coordinatrice SAMSAH 92
Tél. : 07 64 16 91 74

Madame VALLAT-AZOUVI, Coordinatrice Antenne UEROS
Tél. : 01 47 10 76 47



L'EHPAD Émile GÉRARD (93) - 246 lits et places

RECRUTE

UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE
(H/F – CDI- temps plein)

Poste à pourvoir à compter du 1^{er} février 2019

Envoyer lettre de candidature et CV :

EHPAD Émile GÉRARD - Mme **OMBALA** (Directrice)

30 allée de Joinville - 93190 LIVRY GARGAN

Tél. : 01 41 70 11 15 - Courriel : l.foucher@ehpadegerard.com





LE COSEM, PLUS GRAND GROUPE MÉDICAL ET DENTAIRE DE PARIS

RECHERCHE DES MÉDECINS SUR L'ENSEMBLE DE SES SIX CENTRES MULTIDISCIPLINAIRES

**ALLERGOLOGIE - CARDIOLOGIE - DERMATOLOGIE - PETITE CHIRURGIE - ÉCHOGRAPHIE et IRM - ENDOCRINOLOGIE
GASTRO-ENTEROLOGIE - GYNÉCOLOGIE - MÉDECINE GÉNÉRALE - NEUROLOGIE - OPHTALMOLOGIE - ORL
PNEUMOLOGIE - PHLÉBOLOGIE - PSYCHIATRIE - RHUMATOLOGIE - SURGEON PLASTIC - URGENTISTE**



Vous êtes à la recherche de vacances dans des structures modernes, rejoignez les centres COSEM et exercez en tant que cadre salarié en gardant votre liberté de pratique mais déchargé des principales tâches administratives gérées par des services dédiés.

Nos centres bénéficient d'un plateau technique de qualité comprenant des cabinets de soins, blocs chirurgicaux (office Surgery), IRM, table de radiologie et salle d'échographie.

La tradition et la réputation médicale de qualité du Cosem reposent sur les valeurs professionnelles et humaines de nos praticiens.

Consultations et examens complémentaires :
ECG, Holter, EMG, EEG, Cabine EFR ...

NOUS VOUS PROPOSONS

- Contrat à durée indéterminé (temps plein ou partiel).
- Horaires flexibles (même les week-ends et les jours fériés).
- Rémunération sous forme de rétrocession du chiffre d'affaires. De 35 à 40 % (montant des consultations et soins facturés).
- Avantages : Assurance professionnelle, Retraite, Prévoyance, Mutuelle, Tickets restaurants 7/jour (selon législation en vigueur), Comité d'Entreprise (Chèques cadeaux, Voyages...).
- Des formations régulières et staff de travail pluridisciplinaires.



SI VOUS ÊTES INTÉRESSÉ,
MERCİ DE CONTACTER :
Sonia KOVELMANN
(Coordinatrice du Pôle Médical):
(+33) 6 89 03 33 20
skovelmann@cosem.fr



L'EMP DE LA RÉSIDENCE SOCIALE DE LEVALLOIS

L'Externat Médico-Pédagogique de Levallois-Perret est un établissement médico-social créé en 1956, qui accueille 70 enfants de 3 à 16 ans déficients intellectuels et/ou TSA.

RECHERCHE

**PÉDOPSYCHIATRE OU NEUROPÉDIATRE
0.30 ETP**

- Assurer les consultations médicales d'accueil ou de suivi en présence des parents ou représentants légaux.
- Orienter vers les consultations spécialisées en fonction des besoins repérés de l'enfant.
- Assurer un travail de réseau avec les partenaires et réseaux de soins.
- Assurer un travail de guidance des familles dans la prise en charge des difficultés de leur enfant.
- Participer à la réflexion, l'analyse et la dynamique de l'Établissement.
- Travail en lien avec le cadre paramédical.
- Inscription à l'Ordre des Médecins exigé.



**CHEF DE SERVICE
PARAMÉDICAL**

Temps plein en CDI

- Connaissance des profils TSA souhaitée.
- Travail en lien avec le cadre paramédical.
- Diplôme Cadre de Santé exigé.

Convention Collective Nationale de 1966.

Adresser les candidatures à
Madame LOISAY, Directrice : b.loisay@emp-levallois.com
Pour tout renseignements : **01 41 05 99 32**



L'ASSOCIATION DU CENTRE ETIENNE MARCEL
Recrute pour son E.M.P. (92600 Asnières/Seine)

1 Médecin Psychiatre / Pédopsychiatre (F/H)

Mission :

- › Participation au processus d'admission des enfants et adolescents
- › Accompagnement de l'équipe dans l'élaboration du projet individualisé des enfants et adolescents
- › Participation aux réunions de synthèse et autres instances institutionnelles
- › Tenue du dossier médical en lien avec l'infirmière, avis médical, dossier MDPH

CDI de 0.20 à 0,32

Présence requise le mardi et/ou jeudi

Rémunération selon Profil et Ancienneté – CCNT 66

Merci d'adresser votre candidature (Cv + lettre de motivation) à Madame LÉVÉQUE-GALA (Directrice) :

emp-direction@asso-cem.org

EMP - 57, Rue de la Concorde - 92600 ASNIÈRES SUR SEINE





**L'ÉTABLISSEMENT
DE PONTOISE
RECRUTE
POUR LE PÔLE DE SANTÉ
MENTALE 3 PSYCHIATRES**

CONTACT

Madame V. HUMBERT,
Directrice des Affaires Médicales
viviane.humbert@ght-novo.fr
Docteur X. FARGEAS, Chef de Pôle.
xavier.fargeas@ght-novo.fr



Hôpital de Pontoise recrute pour le pôle de Santé Mentale 3 psychiatres (Assistants, Praticiens Hospitaliers Contractuels ou Praticien Hospitaliers) pour compléter les équipes médicales sur trois unités d'hospitalisation :

- Une unité d'hospitalisation de 25 lits dédiée aux troubles psychotiques aigus (pathologies schizophréniques, troubles thymiques).
- Une unité d'hospitalisation de 18 lits dédiée aux pathologies anxio-dépressives et troubles de la personnalité.
- Une unité d'hospitalisation de 10 lits de psychopathologie de l'adolescent et de l'adulte jeune (12-18 ans).

Recherche Un Médecin Sénior À TEMPS PLEIN EN CDI Pour le service de pédiatrie spécialisée.
Poste à pourvoir dès maintenant

● **Spécialité, activité, type de pathologies traitées, origine du recrutement :** Hôpital de la Croix Rouge Française de 106 lits, exclusivement pédiatrique, de type ESPIC accueille des enfants de la naissance à 18 ans pour des soins de suite et réadaptation de haute technicité.

● **Deux pôles d'activité :** Un pôle d'oncohématologie pédiatrique de 31 lits et un pôle de pédiatrie spécialisée de 75 lits. Les patients de pédiatrie spécialisée sont adressés essentiellement par les services de réanimation, de gastro-entérologie, de pneumologie, de néphrologie, d'endocrinologie de Robert Debré, Trousseau, Necker. 45 lits de « petits » (0 à 3 ans) atteints de pathologies respiratoires avec VNI, trachéotomie, ventilation, de pathologies digestives avec stomies, NEDC, KTC pour nutrition parentérale au long cours, de pathologies métaboliques complexes, diabète avec pompes à insuline, etc... 15 lits de « grands » (10 à 18 ans) et 15 lits de « moyens » (3 à 10 ans) de pédiatrie polyvalente avec des patients atteints de mucoviscidose, drépanocytose, diabète, pré ou post-greffe rénale, maladie infectieuses, etc.

● **Organisation du service :** L'équipe médicale est composée de 12 postes de médecins seniors, tous pédiatres plus un assistant partagé avec l'hôpital Robert Debré et 2 postes d'internes DES de pédiatrie.

● **Formation requise :** DES de pédiatrie ou internat en médecine générale orienté « pédiatrie » avec une formation aux urgences et à la réanimation pédiatrique.

● **Gardes et astreintes :** Environ 3 gardes par mois : les gardes sont des gardes d'intérieur. Pas d'astreinte.

● **Rémunération :** Rémunération selon la convention collective de la Croix Rouge Française en fonction de l'ancienneté de l'internat et/ou du clinat.

Merci d'envoyer votre candidature à : **Dr Graziella RAIMONDO Médecin - Chef de service**
Tél. : 01 34 27 41 37 - Mail : graziella.raimondo@croix-rouge.fr
Mme Sophie PAYET - Responsable Ressources Humaines
Tél. : 01 34 27 42 28 - Mail : sophie.payet@croix-rouge.fr
HOPITAL D'ENFANTS MARGENCY
18 rue Roger Salengro - 95580 Margency



IMPORTANT CENTRE MÉDICAL À PARIS 9^e

RECHERCHE D'URGENCE

- 1 ÉCHOGRAPHISTE
- 1 GASTRO-ENTÉROLOGUE
- 1 GÉNÉRALISTE
- 1 GYNÉCOLOGUE OU 1 SAGE-FEMME



▶ Inscription obligatoire au conseil de l'Ordre

▶ Validation des spécialités présentées

▶ Médecins retraités possibles

Adresser votre candidature au journal qui transmettra
Email : j.figeac@reseauprosante.fr



GEORGES DAUMÉZON

Établissement Public de Santé Mentale du Loiret

Ces postes sont ouverts à des praticiens hospitaliers, des praticiens contractuels, des assistants spécialistes qualifiés ou spécialistes en psychiatrie et inscrits au conseil de l'Ordre.

Le praticien exerce avec un ou plusieurs confrères au sein de l'unité.

MODALITÉS SALARIALES

Pour les Praticiens Hospitaliers : indemnité mensuelle d'engagement de service public de 493,35 euros brut ou 700 euros brut (si 15 années antérieures de service public exclusif) ; Indemnité d'activité sectorielle et de liaison de 420,86 euros brut.

Pour les Praticiens Hospitaliers Contractuels : recrutement à l'échelon 4 + 10% (maximum de la grille réglementaire) ; Prime d'engagement à la carrière hospitalière de 20 000 euros.

Pour les PH et praticiens contractuels : Prime d'Exercice Territorial dans le cadre d'une activité partagée avec un CMP distant de plus de 20 km du site principal (CMP de Gien, Sully, Châteauneuf-sur-Loire, Pithiviers, Meung-sur-Loire) : 250 euros brut pour une demi-journée, 450 euros bruts pour 2 à 3 demi-journées, 1 000 euros bruts pour plus de 4 demi-journées.

AVANTAGES MATÉRIELS

Possibilité de logement sur site ou sur la commune de Fleury-Les-Aubrais, en partenariat avec la municipalité.

Accès à la crèche de l'établissement.

Accès aux ressources du Centre Documentaire médical.

Accès facilité à la formation médicale.

L'EPSM Georges Daumézon est situé à Fleury-les-Aubrais dans l'Agglomération d'Orléans métropole et capitale de la région Centre-Val de Loire à 1h de Paris et de Tours.

Établissement de référence départementale du Loiret en Santé Mentale, il gère sur le site de Fleury-les-Aubrais 259 lits d'hospitalisation temps complet et 246 places, 14 CMP adultes et 8 CMP enfants et adolescents répartis sur l'ensemble du territoire du Loiret. L'établissement porte le projet de santé mentale partagé du Groupement Hospitalier de Territoire avec le développement de projets innovants.

L'EPSM renforce son équipe de 51 médecins psychiatres et 7 internes, ouvert à la pluralité des pratiques médicales et orientations théoriques de chacun tourné vers l'insertion, 95 % de la file active (16 000 patients) fait l'objet d'un suivi en ambulatoire.



L'EPSM recherche

- 1 **médecin psychiatre à temps plein en unité d'hospitalisation (80 %) avec une activité partagée de consultation en CMP (20 %)**
- 1 **médecin psychiatre à temps plein en CMP de psychiatrie adulte sur l'agglomération Orléanaise**
- 1 **médecin psychiatre à temps plein en CMP de l'agglomération Orléanaise et un CMP situé à 20 km d'Orléans**
- 1 **médecin psychiatre à temps plein en CMP de l'agglomération Orléanaise et un CMP situé à 40 km d'Orléans**
- 1 **médecin psychiatre à temps plein pour le Centre Psychiatrique d'Accueil d'Urgence (CPAU) et le futur Centre d'Accueil et de Crise (CAC)**
- 1 **médecin pédopsychiatre à temps plein pour l'Equipe Mobile d'Intervention de Crise en faveur de l'Enfant et de l'Adolescent (EMICEA)**
- 1 **médecin pédopsychiatre à temps plein en CMP et hôpital de jour pour enfants (agglomération Orléanaise)**
- 1 **médecin pédopsychiatre à temps plein en CMP (agglomération d'Orléans) et au Centre de Diagnostic et d'Accompagnement de l'Autisme (Orléans)**

Consultez les fiches détaillées des postes sur
www.epsm-loiret.fr

Pour plus de renseignements, contactez :
Mme le Docteur RESTELLI
(Présidente de la CME) - Tél. : 02 38 60 57 54
srestelli@ch-daumezon45.fr

CV et lettre de motivation à adresser à :
Mme BILLET (Directrice adjointe aux Affaires Médicales) - Tél. : 02 38 60 79 01
affairesmedicales@ch-daumezon45.fr



Centre Hospitalier
du Chinonais

LE CENTRE HOSPITALIER DU CHINONNAIS (INDRE ET LOIRE – 37),
établissement public de santé proposant une offre de soins
et de prise en charge sanitaire et médico-sociale de proximité

recrute :

UN PSYCHIATRE, suite à un départ en retraite,
et **UN ASSISTANT SPECIALISTE** pour rejoindre l'équipe médicale
du service de Psychothérapie Adulte composée de six psychiatres à temps
plein.

Activités : hospitalisation complète, hôpital de jour, CATT et C.M.P. - lieu
d'exercice à Chinon (40 km de Tours).

Renseignements : Dr Marion BAUDRY - Responsable du service
Tél. : 02 47 93 75 53 - Courriel : m.baudry@ch-chinon.fr

UN PSYCHIATRE, suite à une mutation, pour rejoindre l'équipe
médicale du service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent composée
de cinq psychiatres à temps plein.

Activité : C.M.P. & C.A.T.T.P. - lieu d'exercice à Chambray les Tours et à Chinon.

Renseignements : Dr Géraldine LEDORZE - Responsable du service
Tél. : 02 47 67 42 24 - Courriel : g.ledorze@ch-chinon.fr

UN PÉDIATRE pour une activité partagée entre le service de Pédopsy-
chiatry pour les Maladies Neurodéveloppementales et le service de la
Maternité Niveau 1 (550 accouchements/an ; label IHAB).

Possibilité de consultations spécialisées de pédiatrie et possibilité
d'activités transversales (CLUD, Qualité ...).

En Pédopsychiatrie : accueil d'enfants de 3 à 16 ans, pour trouble du
spectre de l'autisme complexe, avec déficience intellectuelle, et d'enfants
avec polyhandicap au sein du SSR (hosp. jour/hosp. complète) dont le
pédiatre est le coordinateur responsable médical. Possibilité de se former
aux pathologies du sommeil.

A la Maternité : participation à la continuité des soins (9h-18h du L au V et
samedi matin) avec 2 autres pédiatres : intervention en salle de naissance,
visite post-natale.

Travail en étroite collaboration par conventions avec le CHRU de Tours
(SMUR/Néonatalogie et Neuropédiatrie-Handicap).

Renseignements :
Dr Julie BALESTRA - Coordinateur-Responsable Médical
Tél. : 06 14 06 55 69 - Courriel : j.balestra@ch-chinon.fr



Adresser candidature et CV à :

Monsieur le Directeur - CENTRE HOSPITALIER DU CHINONNAIS - B.P. 248 - 37502 CHINON CEDEX
Tél. : 02 47 93 76 46 - Courriel : v.laurain@ch-chinon.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE BOURGES

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

NOUS RECHERCHONS H/F

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

Pour la structure des Urgences-Samu-Smur

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



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

www.ch-bourges.fr

AKAL



LA COMMUNE DE MESQUER

Mesquer, commune littorale, reconnue pour ses plages, ses marais salants, sa douceur de vivre recherche un médecin généraliste.

Mesquer, proche de Guérande, de la Baule et de Saint-Nazaire, compte actuellement 2 000 habitants et la population augmente pendant les vacances scolaires (jusqu'à 20 000 habitants en juillet et août).

Mesquer accueille déjà des professionnels de santé (5 infirmières, 1 dentiste, 1 podologue, 1 orthophoniste), dispose de nombreux

RECHERCHE UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE

commerces ouverts à l'année, dont une pharmacie, une école primaire et maternelle ainsi qu'un accueil de loisirs et, a un tissu associatif très dense (plus de 70 associations). Des lycées et des collègues se trouvent à proximité.

Suite au décès du docteur, la commune recherche un docteur généraliste (potentiel de deux médecins).

En cas de besoin, la commune pourra proposer un logement.



Contact : M. Jean-Pierre BERNARD (Maire, Conseiller Départemental)
02 40 42 51 15 • 06 11 80 64 08



LES HÔPITAUX DU BASSIN DE THAU à Sète (dans l'Hérault)

RECHERCHENT

- 1 **RADIOLOGUE**
à temps plein
- 1 **CARDIOLOGUE**
à temps plein
- 1 **ANESTHÉSISTE**
à temps plein
- 1 **PÉDIATRE**
à temps plein
- 1 **PRATICIEN EN MÉDECINE POLYVALENTE**
à temps plein
- 1 **URGENTISTE**
à temps plein



La ville de Sète est située dans l'Hérault, entre la mer Méditerranée et l'étang de Thau, à proximité des plages et de nombreux complexes sportifs. Ville très attractive et touristique.

Établissement situé à proximité immédiate de Montpellier. Le site est facile d'accès par le train ou la route depuis Montpellier.

L'Hôpital Saint-Clair est le siège administratif et le site le plus important. Il offre un plateau technique complet (bloc opératoire, imagerie, laboratoire, pharmacie...).

L'ensemble des spécialités de médecine et de chirurgie sont présentes y compris les spécialités de recours (réanimation, soins intensifs de cardiologie, néonatalogie...). Une maternité, un service d'urgences et des unités de psychiatrie complètent l'offre du site.

L'établissement est organisé en pôles d'activité clinique et médico-technique afin d'assurer une gestion déconcentrée au plus près des professionnels :

► PÔLE ANESTHÉSIE – CHIRURGIE – RÉANIMATION

Intègre les différentes spécialités chirurgicales, la réanimation-surveillance continue, ainsi que les blocs opératoires et l'anesthésie.

► PÔLE MÉDECINE

Comprend la filière cardiologique, de l'unité de soins intensifs aux soins de suite cardiologiques en passant par la cardiologie médicale et rythmologique. Le pôle rassemble les spécialités médicales d'addictologie, endocrino-diabétologie, gastro-entérologie, hématologie, médecine polyvalente, nutrition, pneumologie, soins palliatifs. L'unité d'hospitalisation à domicile (HAD) et l'hôpital de jour de médecine au sein duquel sont réalisées les activités de chimiothérapie.

► PÔLE FEMME – MÈRE – ENFANT

Rassemble la gynécologie-obstétrique, la pédiatrie et la néonatalogie.

► PÔLE URGENCES

Regroupe le service d'accueil des Urgences de Sète, l'accueil médicalisé de jour (AMJ) d'Agde, les services mobiles d'urgence (SMUR) de Sète et Agde, l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

► PÔLE DIAGNOSTIC

Comprend l'imagerie médicale, le laboratoire, les transports à caractère sanitaire intra hospitaliers et la chambre mortuaire.

Comme tout établissement public de santé, sa conduite générale est assurée par un directeur qui travaille en étroite collaboration avec le président de la commission médicale d'établissement, les équipes de direction et les chefs de pôle.

STATUT

- Praticien hospitalier titulaire
- ou Praticien hospitalier contractuel

CONDITIONS POUR POSTULER À CETTE OFFRE

- Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins
- Titulaire du diplôme de Docteur en médecine
- Titulaire du DES de spécialité le cas échéant



RENSEIGNEMENTS

Madame ALBA

(Directeur des Ressources Humaines et des Affaires Médicales)

Secr. : ☎ 04 67 46 57 08

✉ secdrham@ch-bassindethau.fr



OFFRE D'EMPLOI

MÉDECIN PÉDIATRE SPÉCIALISÉ EN DIABÉTOLOGIE ET ENDOCRINOLOGIE
 (À compter du mois d'avril 2019)


RENSEIGNEMENTS

AFFAIRES MÉDICALES

Guillaume BRAULT

Directeur

03 94 35 60 02

guillaume.brault@hopitaux-jura.fr

Céline GIGANON

Responsable

03 94 35 60 02

celine.giganon@hopitaux-jura.fr

PÔLE FEMME-PARENT-ENFANT

Bernard GUILLON

Chef de Pôle

bernard.guillon@hopitaux-jura.fr

Sophie MORLE

Responsable de service

sophie.morle@hopitaux-jura.fr

03 94 35 60 00

MISSIONS PRINCIPALES

Le service de pédiatrie comporte 24 lits d'hospitalisation répartis en 14 lits de pédiatrie et 10 lits de néonatalogie.

Les activités sont les suivantes :

- Médecine périnatale ;
- Médecine pédiatrique avec une forte implication dans les réseaux régionaux et dans le fonctionnement du CAMSP du Jura ;
- Médecine de l'adolescent avec une collaboration étroite avec le CHS du Jura.

MISSIONS DE SPÉCIALITÉ

- Endocrinologie pédiatrique : activité de consultations externes, bilans programmés, explorations endocriniennes.

- Diabétologie pédiatrique :

- Consultations externe : équipe en place d'éducation thérapeutique (2 IDE, 1 diététicienne). File active actuelle de 32 patients ;
- Prise en charge des découvertes de diabète en hospitalisation ;
- Travail en réseau avec le CHU de Besançon.

APTITUDES REQUISES

Diplômes et qualifications en Pédiatrie et néonatalogie. Spécialisation en diabète et endocrinologie pédiatrique. Sens du relationnel et travail en équipe.

Maîtrise de l'outil informatique et des logiciels.

Respect du livret du médicament et des bonnes pratiques. Discretion professionnelle.

HORAIRES DE TRAVAIL

Horaires de jour, de 5 à 10 demi-journées par semaine.

CARACTÉRISTIQUES DU POSTE

Poste ouvert aux Praticiens Hospitaliers ou aux praticiens sous contrat (Assistant, Attaché, PHC).

Inscription à l'Ordre des médecins indispensable.

Participation à la permanence des soins (astreintes forfaitisées).

Rémunération annuelle brut de 48 à 96 k€ salaire de base + paiement des astreintes + primes éventuelles : PET, IESPE...).

Poste basé au sein du Centre Hospitalier Jura Sud, siège de GHT, sur le site de Lons le Saunier (<http://hopitaux-jura.fr>)

Pour plus d'informations sur la ville : <http://www.lonslesauvier.fr>


LE CENTRE HOSPITALIER LA CHARTREUSE
à DIJON

situé dans un environnement privilégié à Dijon, cité historique et touristique réputée pour sa qualité de vie, à 5 minutes de la gare TGV (1h35 de Paris).

recrute

2 PSYCHIATRES À TEMPS PLEIN

praticiens hospitaliers, qui exerceront au sein du pôle B, regroupant les secteurs 4, 6 et 7, en périphérie Dijon et au Sud Côte d'Or.

Disciplines pratiquées dans le pôle : Psychiatrie générale et de liaison, Psychiatrie communautaire, Addictologie, Neurosciences, Equipe mobile, Recherche en santé mentale.

L'établissement est organisé en cinq secteurs de psychiatrie adulte (secteurs 2, 4, 5, 6 et 7) et un secteur de pédopsychiatrie (ISCO), il dispose de 352 lits et de 195 places au sein des CMP, CATTP et hôpitaux de jour. Les structures hospitalières sont implantées en zone urbaine et rurale. Une plateforme médico-sociale regroupe un EHPAD/USLD, ainsi que les structures consacrées au handicap psychique et à l'addictologie. Il fait partie du Groupement Hospitalier de Territoire Côte d'Or et Haute-Marne (GHT 21-52).

Site internet : www.ch-lachartreuse-dijon-cotedor.fr

Renseignements :

Docteur MILLERET Président de CME

Secrétariat : 03 80 42 48 71 ou 72

Bureau des Personnels Médicaux 03 80 42 48 12

bureauespersonnelsmedicaux@chlcdijon.fr

Candidatures à adresser à :

Monsieur le Directeur Centre Hospitalier La Chartreuse

1, boulevard Chanoine Kir 21000 DIJON

direction@chlcdijon.fr





Depuis 1957, la Sauvegarde du Nord accueille et accompagne des enfants, des adolescents, des jeunes en difficultés psychiques, psychologiques, scolaires, familiales ou sociales, des adultes éloignés de l'emploi, des familles et des personnes en grande précarité.

La Sauvegarde du Nord, c'est aujourd'hui :

- 86 services implantés sur les Hauts-de-France.
- 170 bénévoles dans les établissements.
- 1 500 professionnels.
- 38 000 personnes accueillies ou accompagnées chaque année.

LA SAUVEGARDE DU NORD RECHERCHE **7 MÉDECINS SPÉCIALISTES, PSYCHIATRES OU PÉDOPSYCHIATRES** POUR SES ITEP, SON IME ET SES CMPP

Les dispositifs ITEP (Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique) accueillent des enfants et des adolescents affectés de troubles psychologiques avérés perturbant leur scolarisation, les relations familiales, la vie sociale. Malgré des potentialités intellectuelles préservées, ces jeunes se trouvent engagés dans un processus handicapant qui nécessite le recours à des actions conjuguées et à un accompagnement personnalisé. Ils sont orientés par la MDPH.

- **L'ITEP de Roubaix recherche un médecin spécialiste à 0,12 Etp.**
- **L'ITEP de La Madeleine (banlieue de Lille) recherche un médecin spécialiste à 0,10 Etp.**
- **L'ITEP du Douaisis recherche un médecin spécialiste à 0,15 Etp.**
- **L'ITEP de Tressin (banlieue de Lille) recherche un médecin spécialiste à 0,15 Etp.**
- **L'ITEP de Lambersart (banlieue de Lille) recherche un médecin spécialiste à 1 Etp.**

L'IME (Institut Médico Educatif) Lino Ventura assure l'accueil et l'accompagnement en semi-internat et en Sessad d'enfants présentant des déficiences intellectuelles, des déficiences motrices ou des polyhandicaps. Il dispense une éducation spécialisée, ainsi que des soins infirmiers et de rééducation.

- **L'IME recherche un médecin spécialiste à 0,20 Etp.**

Les CMPP (Centres Médico-Psycho-Pédagogiques) assurent la prévention, le dépistage et le traitement des troubles d'adaptation familiale, sociale, scolaire, voire professionnelle, et des difficultés intellectuelles, affectives ou caractérielles.

- **Les CMPP Binet et Espace Claude Chassigny basés à Lille, recherchent un médecin-directeur commun (0.75 ou 1 ETP).**





Centre
Hospitalier
de DOUAI

FOCUS CH DOUAI

Rejoignez les équipes du Centre Hospitalier de Douai

Le Centre Hospitalier de Douai fait le pari de son territoire, en travaillant en étroite relation avec la Mission locale du Douaisis et l'ensemble des acteurs de l'emploi de son secteur. L'établissement s'est de plus engagé dans une politique d'emploi des jeunes au travers des missions de service public qui peuvent être proposées.

Notre politique d'attractivité permet à chaque futur nouveau professionnel d'être considéré de façon singulière et personnalisée. Les nouveaux arrivants sont intégrés dans le cadre d'une politique d'accueil renouvelée, afin de permettre à tous d'être pleinement associés aux nombreux projets participatifs de l'établissement.

Les perspectives professionnelles au sein du Centre Hospitalier de Douai sont ouvertes et permettent à chacun de mettre en œuvre son projet professionnel et d'évoluer au sein des équipes de l'hôpital, via les politiques d'évaluation, de formation, d'études promotionnelles et de vivre notamment.

RECRUTE

— **GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN**

— **URGENTISTES**

— **NEUROLOGUE**

— **CARDIOLOGUE**

— **GÉRIATRE**

— **PSYCHIATRES**

— **NUTRITIONISTE**



Statuts proposés :

Assistants, Praticiens Contractuels, Praticiens Hospitaliers

CV et Lettre de motivation à adresser :

Soit par voie Postale :

Centre Hospitalier de DOUAI

Direction des Affaires Médicales

Route de Cambrai – BP 10740 – 59507 DOUAI CEDEX

Soit par Courriel : diram@ch-douai.fr

**Pour tout renseignement,
vous pouvez contacter :**

Madame Pascaline BULCKE

Responsable des Affaires Médicales

Au 03 27 94 73 95

Ou par email : diram@ch-douai.fr

Le CHMS, c'est :

- 89 276 passages aux urgences (adultes, pédiatriques et gynécologiques).
- 23 665 interventions chirurgicales, dont 49% réalisées en ambulatoire.
- 3 250 accouchements.

Le budget annuel d'investissement est de 12,8 millions €, dont 3 millions € pour les équipements biomédicaux.

Le plateau technique est particulièrement complet, dont :

Imagerie médicale :

- 11 salles de bloc central et 2 blocs ambulatoires (6 salles à Chambéry et 4 à Aix-les-Bains).
- 1 robot chirurgical DA VINCI XI de dernière génération.
- 2 IRM (1,5Tesla à large ouverture et 3Tesla) et 2 scanners.
- 4 salles d'imagerie numérisée capteur plan.
- 1 mammographe numérique capteur plan avec option tomosynthèse et système de stéréotaxie automatisé couplé avec un échographe dédié.
- 1 salle de radiologie interventionnelle avec capteur plan et acquisition rotationnelle installée au bloc opératoire central.
- Radiofréquence pour traiter l'insuffisance veineuse superficielle.
- 2 appareils dédiés radiographie au lit capteur plan.
- 1 TEP.
- Radiothérapie : 3 accélérateurs de particules, 1 scanner de simulation.
- Laboratoire de biologie médicale : cytogénétique, biochimie et hémostase.
- Service d'anatomie et cytologie pathologiques.

Le centre hospitalier Métropole Savoie recherche

3^e CHIRURGIEN VASCULAIRE

Le service de chirurgie vasculaire et thoracique dispose de l'ensemble des techniques : chirurgie conventionnelle (pontage) et endovasculaire (pose de stent - endoprothèse aortique - dilatation). Il dispose de 23 lits d'hospitalisation, avec la présence d'un médecin polyvalent.

Le CHMS dispose de l'ensemble des spécialités permettant d'assurer une prise en charge multidisciplinaire optimale (diabétologie, néphrologie, neurologie, cardiologie, infectiologie, soins intensifs).

Des consultations spécialisées avancées et des interventions en ambulatoire sont organisées aux centres hospitaliers de Belley et d'Albertville-Moutiers.

L'équipe de chirurgie vasculaire et thoracique est constituée de 3 praticiens.

- Possibilité d'une activité libérale.
- Permanence des soins : astreinte.

Le centre hospitalier Métropole Savoie (site de Chambéry) recherche

UN RADIOLOGUE INTERVENTIONNEL

L'activité de radiologie interventionnelle couvre actuellement :

- Une consultation spécialisée hebdomadaire.
- Un panel complet d'actes de radiologie interventionnelle en coopération avec l'ensemble des services de l'établissement :
 - Oncologie : ponction-biopsie diagnostique trans-pariétale, ablation tumorale par radio-fréquence, pose de chambre implantable et Picc line, angioplastie + stent cave supérieur.
 - Gastro-entérologie : ponction biopsie trans-jugulaire, gastrostomie, embolisation portale, chimio-embolisation artérielle hépatique, drainage biliaire +/- pose endoprothèse.
 - Ostéo-articulaire : infiltrations, aspirations de calcifications, biopsie.
 - Soins palliatifs et douloureux : infiltration nerveuse et cimentoplastie.
 - Urologie : néphrostomie, sonde JJ, dilatation de sténose urétérale (Bricker) embolisation d'angiomyolipome, sclérose kyste rénal, embolisation varicocèle, angioplastie + stent artère rénale.
 - Chirurgie vasculaire : embolisation d'anévrisme hypogastrique en collaboration.
 - Gynéco-obstétrique : embolisation du post-partum et de fibromes, phlébographie pelvienne.
 - Urgences : embolisation hémorragiques (bassin, rate...), drainage de collection profonde.
 - Absence d'agrément pour la neuroradiologie interventionnelle.
- RCP d'oncologie pluri-hebdomadaire, colloques neuro/digestif/douleur mensuels et RMM multi-spécialités (réanimation/gynéco...) régulières.

Le praticien recruté contribuera à l'élaboration du projet de service, axe fort du nouveau projet médical de l'établissement. Actuellement, deux radiologues interventionnels (praticiens).

- Possibilité aménagement temps plein sur 4 jours.
- Possibilité d'une activité partagée en radiologie diagnostique et activité libérale.
- Astreintes diagnostique et thérapeutique.

Le centre hospitalier Métropole Savoie

UN RADIOLOGUE

L'équipe de radiologues est actuellement constituée de 17 radiologues (14,8 ETP) et 40 manipulateurs.

- Possibilité aménagement temps plein sur 4 jours.
- Possibilité d'une activité libérale.
- Permanence des soins : astreinte diagnostique et astreinte interventionnelle.



Merci d'adresser votre candidature à :
romain.percot@ch-metropole-savoie.fr

Le Centre Hospitalier de Moulins-Yzeure (ALLIER)

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

OFFRE DE SOINS COMPLÈTE ET DE QUALITÉ :

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

RECHERCHE :

UN ANESTHÉSISTE POUR COMPLÉTER SON ÉQUIPE DE 6 PRATICIENS
UN PSYCHIATRE
UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE
UN GÉRIATRE
ET
LE SAMU 03 (ALLIER) RECHERCHE UN URGENTISTE

CV et MOTIVATIONS sont à adresser à : M. Fabien AMENGUAL-SERRA
Directeur de la Stratégie Médicale - C.H. de MOULINS-YZEURE
10, avenue du Général de Gaulle - BP 609 03006 MOULINS CEDEX
Tél. : 04 70 35 79 7 - Email : affaires-medicales@ch-moulins-yezeure.fr
Zone contenant les pièces jointes

Sites Internet :

www.ch-moulins-yezeure.fr et www.ville-moulins.fr



Centre hospitalier
MOULINS YZEURE



LA CLINIQUE BELLEDONNE

LA CLINIQUE BELLEDONNE à Saint Martin d'Hères appartient au Groupe Alpes-Belledonne. Elle constitue un acteur majeur de la santé sur l'agglomération. Le Groupe Alpes-Belledonne est membre de Santé Cité, un réseau d'établissements hospitaliers privés unis par une volonté commune de progrès permanent en santé. L'implantation sur le site de la clinique Belledonne d'un plateau technique complet associant l'Assistance Médicale à la Procréation, la chirurgie gynécologique, la maternité et l'unité de néonatalogie, répond à la volonté de proposer une offre de soins globale autour de la périnatalité.

Nous recherchons 2 pédiatres pour compléter notre équipe dans une maternité et Néonatalogie privée.

LA MATERNITÉ

La structure dispose d'une maternité de niveau 2A, 2 000 accouchements sont pratiqués chaque année, labélisée IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébé). Le bloc obstétrical est composé de :

- 5 salles d'accouchements.
- 3 salles de pré-travail.
- 2 salles de chirurgie obstétricale.

LA NÉONATOLOGIE

Cette unité de 6 berceaux assure 24h/24 les soins spécialisés des nouveau-nés prématurés ou dont l'état de santé ne permet pas la surveillance en maternité. L'unité de néonatalogie est sous la responsabilité d'un pédiatre présent sur place le jour et en astreinte la nuit.

- Des compétences en néonatalogie sont appréciées.
- Exercice libéral ou salarié à définir.

La clinique est située dans une métropole agréable et proche d'une très bonne université.

LES CANDIDATURES SONT À ADRESSER AU
Dr Isabelle GOTHIE (Pédiatre) - Tél. : 06 78 62 23 11
Email : I.gothie@gmail.com - <https://www.youtube.com/watch?v=cP0izWTQ6c4>



CLINIQUE DE VAUGNERAY



Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC), situé dans l'ouest lyonnais à une demi-heure du centre de Lyon.

À but non lucratif, il exerce une mission de service public au travers de deux pôles d'activité : la psychiatrie (2 unités de court séjour, 2 unités de long séjour, des appartements thérapeutiques, un hôpital de jour, une unité de jeunes adultes ; équipe de 8 psychiatres), la gériatrie (30 lits d'USLD, 90 lits d'EHPAD avec un pôle d'activités de soins adaptés de 14 places, une unité d'accompagnement pour personnes âgées avec troubles psychiatriques stabilisés de 15 lits et un service d'accueil de jour de 12 places).

MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Description du poste

La clinique de Vaugneray recherche un médecin généraliste à temps partiel.

Le médecin généraliste interviendra à titre principal sur le secteur psychiatrique à raison de 0,65 ETP et de 0,10 ETP sur l'unité d'accompagnement en gériatrie.

Il assurera son service en étroite collaboration avec les médecins généraliste et addictologue en charge des patients des unités de psychiatrie.

Après un temps d'adaptation, il constituera un renfort dans l'équipe de 3 somaticiens sur les unités de psychiatrie et de gériatrie. Il devra assurer des astreintes médicales regroupées sur une semaine en alternance avec ses confrères salariés et médecins de ville (5 confrères).

Profil

Titulaire d'un doctorat d'État en médecine avec une expérience requise.

Rémunération selon les dispositions de la CC FEHAP CCN 51 – Reprise de l'ancienneté acquise sous statut actuel.

Demande de renseignements complémentaires auprès de la Directrice, Chantal FONTUGNE (04 78 16 80 80), et/ou pour les questions sur l'organisation auprès du Dr Serge BIANCHETTI, médecin généraliste positionné sur la psychiatrie (sbianchetti@clinique-vaugneray.fr) et/ou auprès du Dr Jacques BERIA, chef du pôle de gériatrie (04 78 16 80 36).

Envoyer courrier de candidature et CV à l'adresse mail suivante :

c.fontugne@clinique-vaugneray.fr

Type de contrat

CDI

Temps partiel

Niveau d'études atteint

BAC+8 Doctorat

Coordonnées pour répondre à l'offre

Mme FONTUGNE Chantal

Directrice

c.fontugne@clinique-vaugneray.fr

Candidat recherché

MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Niveau d'expérience requis confirmé

Raison sociale

CLINIQUE DE VAUGNERAY
Place de l'église
69670 VAUGNERAY
04 78 16 80 80



LE CENTRE PSYCHOTHÉRAPIQUE DE L'AIN HÔPITAL PSYCHIATRIQUE Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

MÉDECINS PSYCHIATRES / PÉDOSYCHIATRES

RECRUTE

(C.D.I temps plein / temps partiel)

Offre de soins en intra-hospitalier et extra-hospitalier

Le CPA, porté par son projet d'établissement 2018-2022, déploie ses prises en charge autour des notions d'empowerment et de rétablissement.

Dans le cadre de l'émergence d'un projet de pôle de thérapie brève et de traitement des pathologies résistantes, l'établissement sera bientôt doté d'un Deep Tms.



Conditions

- Poste à pourvoir dès que possible,
- Rémunération selon Convention Collective 51 – Statut Cadre,
- Possibilité détachement P.H.,
- Mutuelle et Prévoyance,
- Retraite Complémentaire,
- Aide au déménagement et à l'installation.

Situation géographique intéressante :

À proximité de Lyon et Genève TGV direct Paris, qualité de vie.

Candidatures à adresser auprès de :

Monsieur le Directeur du Centre Psychothérapique de l'Ain

Renseignements auprès :

Du Directeur Monsieur BLOCH-LEMOINE au 04 74 52 27 37

Ou de Madame le Docteur VARICLIER (Présidente de la C.M.E à l'adresse) : sophie.variclier@cpa01.fr





GRUPEMENT
HOSPITALIER
MONTÉLIMAR - DRÔME
PORTES DE
PROVENCE



GRUPEMENT HOSPITALIER PORTES DE PROVENCE (Site de Montélimar - Drôme Provençale) - Situé à 1h30 de Lyon, de Montpellier et de Marseille

RECHERCHE

2 GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS

Temps Plein

Pour compléter l'équipe de 9 gynécologues.
Une large offre de prise en charge.

Maternité de niveau 2a : 1773 naissances en 2016.

Ces postes sont à pourvoir immédiatement par mutation ou contrat.

Profil recherché :

- 1 praticien aguerri en chirurgie gynécologique et cancérologie pelvienne et mammaire. Bloc opératoire récent avec une salle quotidienne dédiée à la gynécologie. Etablissement ayant toutes les autorisations en chirurgie cancérologique. Secteur de cancérologie organisé (3C) - RCP hebdomadaire. Service de Radiothérapie, Oncologie, Imagerie Médicale, Réanimation Médicale et chirurgicale au sein de l'établissement.
- 1 praticien orienté Obstétrique et Infertilité.

2 GÉRIATRES À TEMPS PLEIN

Pour compléter l'équipe actuelle de 8 praticiens, un poste sur le Court Séjour Gériatrique et un poste sur les lits d'hébergement et de Soins de Suite et de Réadaptation.

Polyvalence souhaitée dans le cadre d'astreintes sur l'ensemble de la filière gériatrique qui comporte :

- 30 lits de Court Séjour Gériatrique,
- 46 lits de soins de suite dont 10 d'UCC (Unité cognitive-comportementale) et 6 EVC,
- 40 lits d'USLD,
- 114 lits d'EHPAD (dont 10 d'Unité Sécurisée) répartis sur 2 sites,
- Équipes mobiles de Gériatrie Intra et Extra Hospitalière,
- Des consultations (mémoire, gériatrique et onco-gériatrique).

Ce poste est à pourvoir par mutation ou contrat (statut en fonction du candidat).
Compétences gériatriques souhaitées : capacité de gériatrie, DESC ou qualification ordinaire.

2 PNEUMOLOGUES

Pour compléter son équipe actuelle.

Le service est constitué de 16 lits d'hospitalisation complète avec une unité sommeil (polygraphie et polysomnographie) en cours de développement. Le centre hospitalier dispose d'un plateau technique de qualité avec

EFR complètes, VO2 max, polygraphie, polysomnographie, vidéo endoscopie, écho endoscopie, thoracoscopie, échographie pleurale, scanner, IRM et radiothérapie.

Toute demande de formation et/ou projet personnel seront soutenus et encouragés par l'établissement : nouvelles compétences, une formation médicale continue ou le développement de projet : écho endoscopie, éducation thérapeutique, allergologie, sommeil, oncologie pneumologique.

La réhabilitation cardiaque et respiratoire est extrêmement bien développée dans la région et doit s'implanter prochainement sur le site.

2 MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Service de Médecine Polyvalente post-urgences de 14 à 20 lits.

Le Service d'Accueil des Urgences = 50000 premiers passages / an dont 21% d'hospitalisations.

Les praticiens en charge de l'Unité Médicale travailleront en étroite collaboration avec les médecins urgentistes et bénéficieront des avis spécialisés nécessaires.

L'Unité Médicale nouvellement créée accueillera des patients pouvant relever de toutes disciplines médicales à l'exclusion des personnes âgées orientées préférentiellement au Court Séjour Gériatrique.

CARDIOLOGUE(S)

Suite à la parution du PRS en région Auvergne-Rhône-Alpes, le centre hospitalier de Montélimar souhaite démarrer une activité de **coronarographie** au cours de l'année 2019. Ce projet permettra d'améliorer la prise en charge d'un bassin de population de 300 000 habitants avec un objectif de 800 angioplasties par an.

Dans cette perspective, le service de cardiologie étoffe son équipe avec la création de plusieurs postes. Le Groupe Hospitalier Portes de Provence recrute donc des cardiologues de tous profils, notamment **angioplasticiens, rythmologues, intensivistes, et échographistes**, afin d'atteindre un objectif de 10 ETP.

Les statuts envisageables sont : assistant hospitalier, praticien contractuel, praticien hospitalier temps plein et temps partiel. Possibilité d'activité libérale.

Possibilité de formation en imagerie non invasive.

RENSEIGNEMENTS

Mme MAGNETTE (Direction des Affaires Médicales) :

04 75 53 41 29 - sandrine.magnette@gh-portesdeprovence.fr

Fondation

VSHA

RECHERCHE

SON MÉDECIN
GÉRIATRE
H/F

OU AYANT
UNE EXPÉRIENCE
EN GÉRIATRIE

Temps plein ou temps partiel
Pour le Centre gériatrique
du Val d'Arve (à SALLANCHES).

Fondation reconnue d'utilité publique, de statut ESPIC, 6 établissements, 366 lits et places : court séjour, soins palliatifs, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, EPHAD, SSIAD.

Dans la perspective du remplacement du départ du titulaire actuel du poste, de la mise en place de projets nouveaux (extension de la capacité de l'EHPAD, ouverture d'une unité d'hébergement renforcé, ouverture de la plateforme d'aide et de répit aux aidants...).

Le médecin exercera son activité au sein du Centre gériatrique « le Val d'Arve » intégré lui-même au sein du Pôle cancérologie-soins palliatifs et gériatrie.

Le pôle est composé d'une équipe médicale de 9 médecins.

À l'ouverture du nouvel établissement à Sallanches, les capacités s'établiront comme suit :

- 8 places d'hôpital de jour
- 17 lits de médecine oncologique

PROFIL RECHERCHÉ

Gériatre ou ayant une compétence en gériatrie.

Fort appétence en travail d'équipe et à la mise en place de projets.

- 12 lits d'unité de soins palliatifs
- Présence d'une équipe mobile de soins palliatifs
- 84 lit d'USLD/EHPAD dont 12 lits d'unité d'hébergement renforcé, 1 lit de crise, 1 plateforme d'aide et de répit aux aidants
- Pui et URCC sur site réalisant 5 000 préparations par an

Le médecin gériatre du Val d'Arve exercera son activité en collaboration étroite avec les Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc ainsi qu'avec le pôle SSR/handicap de la Fondation (situé à Bonneville) disposant de 128 lits et places SSR (dont 20 lits de SSR orientation cancérologique).



LE CONTACT

Louise MARGOLLIET - 04 50 07 30 09

D.R.H. - direction.rh@vsha.fr



FONDATION
BON SAUVEUR
DE LA MANCHE

RECRUTE

UN PSYCHIATRE H/F
UN PEDOPSYCHIATRE H/F
UN MEDECIN ADDICTOLOGUE H/F

Postes en CDI ou CDD temps plein (204 jours de travail/an) ou temps partiel basés à CHERBOURG, PICAUVILLE ou SAINT-LO selon mobilité géographique du médecin

Située sur un territoire couvrant le centre et le nord du département de la Manche, la Fondation Bon Sauveur regroupe une douzaine d'établissements sanitaires et médico-sociaux œuvrant dans les domaines de la psychiatrie, de l'addictologie, du handicap, de l'insertion, de l'accueil des personnes âgées et de la formation.



Acteur majeur sur le plan clinique au niveau régional, la Fondation emploie plus de 1600 salariés, dont 60 médecins, et dispose de 1 157 lits et places, dont 519 en médico-social.

Depuis 2016, elle adhère au Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) qui agit pour la recherche, la formation en santé mentale, la promotion des échanges professionnels et la mise en œuvre d'actions visant le développement de dispositifs de santé mentale intégrés dans la communauté.

Celui-ci relaie par ailleurs les recommandations de l'OMS au niveau national et local.

AVANTAGES

- 32 jours de congés payés (env. 6 semaines) + 14 jours de repos annuels
- Fort investissement de l'établissement en matière de formation continue
- Comité d'entreprise
- Accès au self à tarif attractif
- Mutuelle familiale avantageuse
- Prévoyance

www.fbs50.fr

RÉMUNÉRATION

- Rémunération à définir suivant statut
- Reprise d'ancienneté
- Prime d'embauche
- Prise en charge des frais de déménagement

RENSEIGNEMENTS :

M. Vincent GERVAISE, Directeur du Centre Hospitalier (02.33.77.77.78)
Mme Laetitia MOISANT, Directrice des Ressources Humaines (02.33.77.56.26)

Candidatures à adresser :
Par voie postale à :
FONDATION BON SAUVEUR DE LA MANCHE
M. Alexis CHAUVEAU, Chargé du recrutement
65 rue de Baltimore - 50 000 SAINT-LO
Par mail à : service.recrutement@fbs50.fr



Centre Hospitalier
de Proximité
Carentan-les-Marais

Le Centre Hospitalier de Proximité de Carentan-les-Marais (50)

RECRUTE
UN PRATICIEN HOSPITALIER
À TEMPS PLEIN EN CDI



Poste à pourvoir immédiatement

- Le Centre Hospitalier est une structure qui regroupe :
- 54 lits de Médecine / SSR gériatrique et polyvalent
 - 229 lits d'EHPAD
 - Expérimentation de consultations de soins

RECRUTE
un PH TEMPS
PLEIN pour
rejoindre une
Équipe de
4 PH.

POUR TOUT RENSEIGNEMENT, CONTACTER :

Dr Yvon BAILLEUL (Président de CME) • Ligne directe : 02 33 42 50 14 • Mail : yvon.bailleul@hopital-carentan.fr
Mme Laurence POSTEL (Directrice) • Secrétariat : 02 33 42 50 68 • Mail : secretariat-direction@hopital-carentan.fr

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Centre hospitalier de 349 lits et places
Secteur M.C.O. – Soins de suite et de réadaptation
U.S.L.D. – E.H.P.A.D.

Bloc opératoire – Surveillance continue polyvalente

Surveillance continue cardiologique – Urgences /SMUR – Imagerie (IRM, Scanner).

Établissement de taille humaine avec équipe médicale à l'ambiance conviviale.

Établissement dynamique avec de nombreux projets ayant le soutien de l'A.R.S.

À proximité immédiate de l'autoroute A 89 Clermont-Ferrand/Bordeaux (à 1h30 de Limoges et 1 h de Clermont-Ferrand).



DESCRIPTION DES POSTES

RECHERCHE

- 1 médecin qualifié en médecine polyvalente (spécialité oncologie et soins palliatifs), pour une unité de 17 lits, dont 6 de soins palliatifs
- 1 cardiologue (pôle de 18 lits, dont 6 d'USC)
- 1 chirurgien digestif
- 1 gynécologue-obstétricien



Inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins
Postes à pourvoir rapidement.

Possibilité de logement sur place selon les disponibilités permettant de rechercher sereinement un logement définitif.

Aide à la recherche d'emploi pour le conjoint si nécessaire.

CONTACTS

Pour de plus amples renseignements, contacter :

- Docteur Michèle NOUAÏLLE (Présidente de la CME)

05 55 96 46 43 ; m.nouaille@ch-ussel.fr

- Frédéric TEYSSIER (Directeur des ressources humaines)

05 55 96 45 42 ; f.teyssier@ch-ussel.fr ; <http://www.ch-ussel.fr>

LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA CORRÈZE (19)
Nouvelle Aquitaine - 250 000 habitants, 1300 agents

recherche
DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Le Département de la Corrèze met en place un centre de santé départemental pour faire face au défi majeur que constitue la baisse continue du nombre de médecins généralistes sur son territoire. L'originalité du centre de santé départemental corrézien repose sur son caractère multi sites. Cette organisation territoriale de proximité va permettre de proposer aux médecins recrutés, ainsi qu'aux habitants, plusieurs lieux de consultations. Aux quatre centres de santé territoriaux situés dans les villes seront ainsi associées des antennes en milieu rural.

Nature du poste

En coordination avec le médecin chef départemental du centre de santé départemental, vous serez chargé(e) de :

- Assurer des consultations programmées et non programmées et des visites à domicile.
- Participer à des actions de santé publique, d'éducation et de promotion de la santé, en vous appuyant sur le partenariat local.
- Participer à des réunions pluri professionnelles pour les situations complexes.
- Participer à la permanence des soins.
- Participer à l'accueil de stagiaires internes en médecine générale, dans les conditions prévues par la faculté de médecine.

En coordination fonctionnelle avec les directions concernées (Autonomie / handicap / protection enfance / santé-PMI), vous exercerez pour une partie de votre temps (environ 10%) et selon

les besoins locaux, des activités de santé publique en lien avec les missions du Département.

Vous travaillerez du lundi au samedi midi par roulement.

Profil recherché

- Docteur en Médecine, titulaire d'un des titres prévu au II de l'article 9 du décret n° 92-785 du 6 août 1992, inscrit au Conseil national de l'Ordre des médecins.
- Cadre réglementaire, enjeux et évolution des politiques de santé publique :
- Connaissance du dispositif départemental et des missions médico-sociales.
- Connaissance des institutions et des partenaires.
- Connaissance des acteurs de dispositifs de santé publique
- Techniques d'entretien, d'aide à la formulation et à la restitution d'information.
- Techniques de communication écrite.

Conditions du poste : Poste à temps complet. Contrat à durée déterminée un an évolutif en CDI. Poste basé à Égletons (19) à pourvoir mars/avril 2019.

Renseignements complémentaires :
S'adresser au Docteur Beaubatie, chef du service PMI Santé au 05 55 93 73 54.

Candidatures avant le 18 février 2019 :
à l'attention de Monsieur le Président du Conseil Départemental sur recrutement@correze.fr





Le CH de l'île d'Oléron **recrute un**

MÉDECIN COORDONNATEUR EN EHPAD

Le Centre Hospitalier de l'île d'Oléron recherche 1 médecin Coordinateur pour son Ehpad de 163 lits (sur 2 site).
Le poste est à pourvoir de 50 à 90%

MISSION PRINCIPALE :

Interlocuteur médical du Directeur de l'institution et des différents intervenants, il est garant du projet de soins des établissements et personne ressource pour avaliser et élaborer les documents de travail.

DESCRIPTION DES TÂCHES PRINCIPALES :

- Élaboration et coordination du projet de soins avec le concours de l'équipe soignante.
- Organisation de la permanence des soins.

- Coordination des intervenants (professionnels de santé, prestataires extérieurs ...).
- Évaluation et validation de l'état de dépendance.
- Suivi des admissions.
- Évaluation des soins (dossier médical et de soins infirmiers, pharmacie, rapport d'activité annuel).
- Information et formation en gériatrie des différents acteurs.
- Collaboration à la mise en œuvre du réseau gériatrique.

Un D.U de médecin coordonnateur ou une capacité en gériatrie est souhaitée.

CONDITIONS DE RECRUTEMENT :

Postes à temps plein (possibilité de temps partiel)
Emplois à 39h/semaine (soit 20 RTT/an en plus des 5 semaines de congés payés)

Inscription à l'Ordre obligatoire

Statut : Recrutement sous le statut de Praticien Hospitalier ou PH contractuel

Le CH de l'île d'Oléron **recrute deux**

MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Le Centre Hospitalier de l'île d'Oléron recherche 2 médecins généralistes dans le cadre d'une création d'un Centre de Santé Polyvalent (postes en salariat).

Venez exercer dans un cadre de vie agréable au centre de l'île sur la commune de Saint Pierre d'Oléron.

MISSIONS PRINCIPALES :

- Consultations.
- Participation à des actions de promotion à la santé.
- Les missions peuvent évoluer vers la coordination du service de Médecine/SSR (26 lits).
- Possibilités de participer à des gardes au sein de la Maison Médicale de Garde de l'établissement.

ENVOYER LETTRE DE CANDIDATURE + CV À
CH de l'île d'Oléron

Arnaud LE BIHAN (DRH) - Mail : personnel@hopitaloleron.net
Rue Carinéma - 17310 Saint Pierre d'Oléron - 05 46 76 31 00



LE CENTRE HOSPITALIER DE LANMARY

Le Centre hospitalier de LANMARY, en Dordogne (24), situé à 9 kms de PÉRIGUEUX, offrant de nombreux avantages (cadre de travail, politique d'établissement dynamique, politique sociale active ...), **pôle public départemental de SSR** de 120 lits, doté de **5 spécialisations** (SSR respiratoires, appareil locomoteur, affections neurologiques, SSR gériatriques, SSR polyvalents).

Il assurera la prise en charge et le suivi des patients du service de SSR 2 (40 lits de SSR polyvalents, gériatriques et neuro-locomoteur), en collaboration avec le médecin MPR du service.

Il participera à la permanence des soins (astreintes opérationnelles).

RECRUTE

pour compléter son équipe médicale,
(4 médecins polyvalents et 2 médecins de MPR)
un médecin à temps plein
médecine polyvalente, médecine interne, gériatrie
pour remplacer le M.P.R en congé de maternité
un médecin de M.P.R
pour la période de juillet à novembre 2019

Pour tout renseignement ou candidature : Mme **POUMEROLIE (Directeur)** – Centre Hospitalier LANMARY – Tél. : 05 53 03 88 93 – Courriel : dir@lanmary.sil.fr

CLINIQUE CHATELGUYON

Clinique privée de psychiatrie générale, 48 lits
Centre de la FRANCE, proche de MONTLUCON

RECHERCHE

MÉDECIN PSYCHIATRE (H/F)

pour exercice libéral dans un cadre agréable et sécuritaire.



Contactez la Direction au **05 55 65 72 97**



GRUPE HOSPITALIER NORD VIENNE



SERVICE D'INFORMATION MÉDICALE

LE CHU DE POITIERS RECRUTE UN MÉDECIN DIM

EMPLOYEUR

Le Centre hospitalier universitaire de Poitiers comprend 1052 lits et places en MCO, 196 en SSR et 50 en hospitalisation à domicile. Il est l'établissement support du GHT de la Vienne et travaille donc en étroite collaboration avec le Groupe Hospitalier Nord Vienne et le Centre Hospitalier Henri Laborit. Le service d'information médicale est composé actuellement, sur l'entité du CHU, de 5 ETP de médecins DIM, 16 ETP de TIM, 1 ETP de statisticien et 1 cadre. Le codage est décentralisé dans les services. <http://www.chu-poitiers.fr/>

DESCRIPTION DU POSTE

Le CHU de Poitiers recherche actuellement un médecin DIM (H/F) suite à un départ en retraite.

Les missions :

- Formation, suivi, et accompagnement des professionnels de santé des services cliniques au PMSI.
- Formation, mise à jour et encadrement de l'équipe de TIM.
- Veille réglementaire.
- Contrôle et amélioration de la qualité de l'information médicale.
- Envoi des données du PMSI aux tutelles et validation.
- Statistiques de l'établissement, études nationales et régionales.
- Collaborer aux orientations stratégiques de l'établissement.
- Identitovigilance.
- Conception d'outils d'analyse de l'activité et reporting aux différentes instances (Chefs de service, Chefs de pôles, Direction générale, Directoire, CME...).
- Participation aux réunions des médecins DIM du GHT et aux collèges DIM du GHT.
- Participation au suivi des différents sites du CHU (Lusignan et Montmorillon) et des établissements partenaires du GHT (GHNV et CHL). Le praticien est donc susceptible, en fonction des évolutions de ses missions, d'avoir une activité sur l'un des sites du GHT.

Le Service d'Information Médicale travaille en bonne collaboration avec la direction des finances, le contrôle de gestion et la direction générale.

Profil recherché : DÉBUTANTS ACCEPTÉS MAIS EXPÉRIENCE PRIVILÉGIÉE

Docteur en médecine inscrit à l'ordre des médecins avec DES de santé publique ou à défaut diplôme de santé publique ou d'information médicale avec une connaissance du fonctionnement des établissements de santé, des règles de production du PMSI et du traitement des informations médicales. Une expérience de DIM est souhaitée, dans le secteur MCO et/ou SSR et/ou psychiatrie.

QUALITÉS PERSONNELLES REQUISES

- Capacité à travailler en équipe pluridisciplinaire.
- Maîtrise des outils logiciels PMSI.
- Rigueur et pédagogie.
- Sens du relationnel et de la communication.
- Esprit de synthèse et d'organisation.

CONTRAT DE MÉDECIN HOSPITALIER CONTRACTUEL OU TITULAIRE

CONTACT(S)

Renseignements sur le poste
Dr BOINOT Laurence : 05 49 44 42 63

Renseignements administratifs
Mme COSTA Hélène (Direction des affaires médicales)
helene.costa@chu-poitiers.fr

MODALITÉS DE CANDIDATURE

Candidature à envoyer par mail ou courrier
avec CV à laurence.boinot@chu-poitiers.fr



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE POITIERS

AGORA – 2, rue de la Milétrie - B.P. 577 - 86021 POITIERS cedex - Tél. : 05 49 44 39 09 - Télécopie : 05 49 44 40 54 - Courriel : dim@chu-poitiers.fr

RECRUTE

LE CENTRE DES BRÛLÉS DE L'HÔPITAL FÉLIX GUYON SAINT-DENIS À LA RÉUNION



Un ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR

pour le Centre des Brûlés au CHU de la Réunion à compter de février 2019
(praticien contractuel ou assistant spécialiste)



Contactez et envoyez lettre de candidature + CV à :

- Dr Léon BENHAMOU (PH responsable de service) : leon.benhamou@chu-reunion.fr - Tél. : 02 62 90 57 76
- Direction des Affaires Médicales : marie.li-shim-tan@chu-reunion.fr - Tél. : 02 62 90 58 91

Le Centre des brûlés de la Réunion :

4 lits de réanimation + 2 lits de soins continus + 2 blocs + 1 consultation
(pas de garde mais astreinte opérationnelle).

CONDITIONS SELON LE STATUT

1 Praticien contractuel :

Rémunération : Traitement d'un praticien hospitalier à temps plein au 4^e échelon, majoré de l'indemnité spéciale Outre-Mer de 40 % (soit environ 5 100,00 euros net mensuel pour 30 jours consécutifs de présence, hors prélèvement à la source) hors permanence de soins.

Déplacement : L'établissement prend en charge les frais de voyage avion aller/retour en classe économique France Métropolitaine/Réunion du praticien contractuel.

Logement : Un logement est mis à disposition gratuitement pour une durée d'un mois.

2 Assistant spécialiste :

Rémunération : Traitement d'un assistant spécialiste à temps plein, majoré de l'indemnité spéciale Outre-Mer de 40 % ainsi que l'indemnité d'engagement de service public exclusif (à titre indicatif : assistant spécialiste de première année = environ 3 400 euros net mensuel pour 30 jours consécutifs, hors prélèvement à la source).

Déplacement : L'établissement prend en charge les frais de voyage avion aller/retour en classe économique France Métropolitaine/Réunion de l'assistant et de sa famille (conjoint et enfant à charge).



Le CHU FÉLIX GUYON DE LA RÉUNION RECRUTE

UN PRATICIEN CONTRACTUEL ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR POUR LE SERVICE D'ANESTHÉSIE à compter d'AVRIL 2019

Rémunération : Traitement d'un praticien hospitalier à temps plein au 4^e échelon, majoré de l'indemnité spéciale Outre-Mer de 40 % (soit environ 5 100,00 euros net mensuel pour 30 jours consécutifs de présence, hors prélèvement à la source) hors permanence de soins.

Déplacement : L'établissement prend en charge les frais de voyage avion aller/retour en classe économique France Métropolitaine/Réunion du praticien contractuel.

Logement : Un logement est mis à disposition gratuitement pour une durée de 3 mois.

Contactez et envoyez lettre de candidature + CV à :
Direction des Affaires Médicales
marie.li-shim-tan@chu-reunion.fr
Tél : 02 62 90 58 91



Mayotte, île Française depuis 1841 est devenue le 101^e département Français en 2011 suite à la consultation du 29 mars 2009.

L'île de Mayotte se situe à l'entrée nord-est du Canal de Mozambique, à 45 minutes de Madagascar et des Seychelles. C'est l'une des 4 îles qui composent l'archipel des Comores.

En vingt ans, prenant pour modèle l'île Bourbon et les Antilles, Mayotte devient une « *Ile sucrière* », forte d'une trentaine de plantations et d'une dizaine d'usines. Mais les résultats escomptés ne sont pas là : concurrence des Antilles et de la betterave, maladie de la canne à sucre, chute des cours du sucre et un cyclone en 1898 sonnent le glas de cette tentative. Les cannes à sucre sont remplacées par d'autres cultures comme l'Ylang-Ylang ou la vanille, qui perdurent encore aujourd'hui. En 2011, elle deviendra le 101^e département Français, le 5^e d'Outre-Mer.

Le Conseil Départemental de Mayotte recrute pour sa Direction de la santé et de la PMI plusieurs MÉDECINS de PMI et MÉDECINS GÉNÉRALISTES.

Pour concevoir et mettre en œuvre des projets de santé publique, de promotion et de prévention en secteur PMI.

Ils participent à l'élaboration et à l'exécution de la politique départementale dans leur domaine d'intervention (politique de la famille et de l'enfance).

Activités / Tâches principales du poste

- Réaliser des consultations médicales dans son secteur d'activité (femmes en âge de procréer, suivi grossesse, et enfants de 0 à 6 ans).
- Participer à l'élaboration des orientations de la politique de santé.
- Organiser la prévention médicale (*vaccination, contraception, développement de l'enfant*).
- Conseiller techniquement les circonscriptions d'action sanitaire et sociale.
- Evaluer des actions de prévention dans le domaine médico-social.
- Participer à la mise en œuvre de la gestion administrative.
- Participer à l'organisation et au fonctionnement du service.

Temps de travail : 36h30 par semaine avec ARTT sans garde, ni astreinte.

Titulaire de la fonction publique ou contrat de 3 ans, renouvelable.

Rémunération attractive : Salaire de base intéressant + octroi d'une indemnité de sujétion géographique (dans certaines conditions) + prise en charge du billet d'avion + indemnité de déménagement.

Hébergement et prêt d'une voiture pris en charge pendant le 1^{er} mois.

Docteur Philippe PEYTOUR
Directeur Général Adjoint
DIRECTION PÔLE SANTÉ FAMILLE ENFANCE (DPSFE)
CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE MAYOTTE
Bâtiment Aprosassoma - Route Nationale
97600 Kawéni - MAMOUDZOU

Tél. : 02 69 64 37 23

Secrétariat : 02 69 64 37 22 - Portable : 06 39 69 48 19





LA COLLECTIVITÉ DE SAINT-MARTIN (ANTILLES FRANÇAISES)

RECHERCHE

MÉDECIN-RESPONSABLE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Missions du poste

- Le médecin-responsable de la PMI conçoit et met en oeuvre des actions sanitaires et médico-sociales en direction des familles vulnérables au vu des enjeux et des indicateurs de santé publique du territoire.
- Il organise et participe aux actions de la PMI en particulier les diverses consultations au sein des Maisons de Solidarités (MSF) réparties sur l'ensemble du territoire et le dépistage dans les établissements scolaires particulièrement en faveur des enfants scolarisés jusqu'à la maternelle.
- Il assure aussi des fonctions de conseil auprès des services administratifs ou des partenaires institutionnels relevant de son champ de compétence. Il participe, en lien avec les services concernés, à la définition et à la mise en oeuvre d'outils de travail, de bases de données, de référentiels et d'actions collectives en direction des usagers.

Rattachement hiérarchique

Le médecin responsable de PMI relèvera de la Mission Santé et Prévention du pôle Solidarité et Familles sous la coordination de son directeur général adjoint.

Compétences requises

- Le médecin-responsable de PMI doit connaître le cadre réglementaire et législatif des politiques publiques de l'aide sociale, de prévention médico-sociale et de santé publique. Etre capable de mettre en oeuvre les méthodes d'analyse et de diagnostic des situations traitées.
- Esprit d'analyse, méticuleux, rigoureux, organisé, humain, il fait preuve d'un sens du relationnel et d'un goût affirmé pour le travail en équipe.
- Il a une bonne maîtrise de l'outil informatique et des logiciels de bureautique (applications Office...).
- S'exprimer en plusieurs langues ou avoir des notions de base (anglais, espagnol, créole).

MÉDECIN-ÉVALUATEUR DE L'AIDE SOCIALE ET DES ACTIONS DE SANTÉ

Cadres d'emplois : Médecins territoriaux.

Concours externe et interne avec conditions de diplôme, cadre statutaire ou contractualisation. Le médecin-évaluateur relève de la direction Santé et Prévention du pôle Solidarité et Familles sous la coordination du directeur général adjoint.

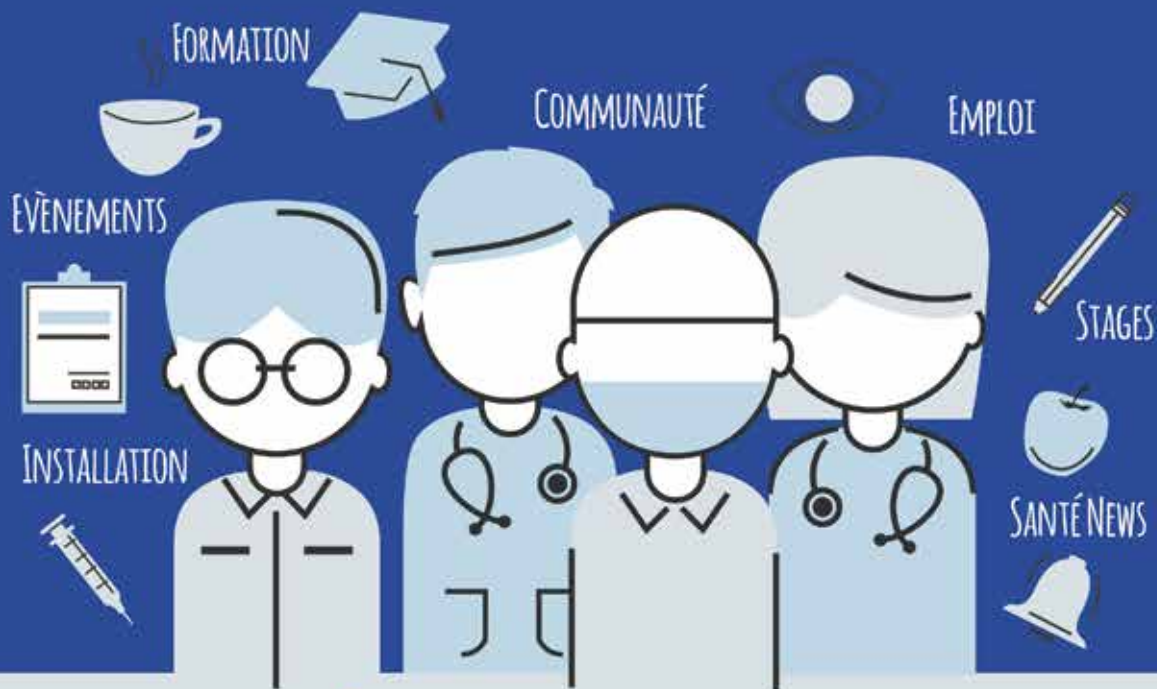
Missions du poste

Le médecin-évaluateur de l'Aide sociale est coordonnateur de l'équipe d'évaluation médico-sociale auprès des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Parallèlement, il coordonnera, en lien avec le médecin-responsable de PMI, des actions de santé et de prévention en direction de l'ensemble des usagers du territoire. Il assure aussi des fonctions de conseil auprès des services administratifs ou des partenaires institutionnels relevant de son champ de compétence. Il participe, en lien avec les services concernés, à la définition et à la mise en oeuvre d'outils de travail, de bases de données, de référentiels et d'actions collectives en direction des usagers.

Compétences requises

- Le médecin-évaluateur doit connaître le cadre réglementaire et législatif des politiques publiques de prévention médico-sociale et de santé publique.
- Etre capable de mettre en oeuvre les méthodes d'analyse et de diagnostic des situations traitées.
- Esprit d'analyse, méticuleux, rigoureux, organisé, humain, il fait preuve d'un sens du relationnel et d'un goût affirmé pour le travail en équipe.
- Il a une bonne maîtrise de l'outil informatique et des logiciels de bureautique (applications Office...).
- S'exprimer en plusieurs langues ou avoir des notions de base (anglais, espagnol, créole).





Réseau PRO Santé

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



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE

