

LE MAG DE L'INPH

1^{er} INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

N°22

OCTOBRE
2021

QUADRIMESTRIEL
GRATUIT



**À LA RECHERCHE
DE LA QUALITÉ PERDUE**

WWW.INPH.ORG

BUREAU

Présidente
Dr Rachel BOCHER
 (CHU de Nantes)

Délégué général
Dr Patrick LEGLISE
 (SYNPREFH - Draveil)

Secrétaire Général
Dr Slim BRAMLI
 (FPS - Avignon)

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

**Membre du bureau chargé de la santé publique
 et de l'information médicale**
Dr Jérôme FRENKIEL
 (SNPH - CHU - Paris)

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

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

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

Vice-Présidente Chargée Pharmacie
Dr Cyril BORONAD
 (SYNPREFH - Cannes)

Secrétaire Général Adjoint
Dr Patricio TRUJILLO
 (FPS - Etampes)

Trésorier
Dr Olivier DOUAY
 (SNPH - CHU - Angers)

Trésorier adjoint
Dr Bernard SARRY
 (SNOHP - Limoges)

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

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

Vice-Président chargé de l'Université Recherche
Pr Olivier BOYER
 (SHU - Rouen)

15 SYNDICATS POUR VOUS DÉFENDRE

SyNPH Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Président : Dr Pierre RUMEAU	FPS Fédération des Praticiens de Santé Président : Dr Slim BRAMLI
SYNPPAR Syndicat National des Praticiens Hospitaliers à Temps Partiel Président : Dr A. ORGIBET	SYNPREFH Syndicat National des Pharmaciens Des Etablissements Publics de Santé Président : Dr Cyril BORONAD
SPEEP Syndicat des Médecins Exerçant en Milieu Pénitentiaire Présidente : Dr Emeline CHAIGNE	SNHG Syndicat National Des Hôpitaux Généraux Président : Dr Alain JACOB
CNAH Confédération Nationale des Assistants des Hôpitaux Président : Dr Jean-Marie FARNOS	SHU Syndicat Des Hospitalo-Universitaires Président : Pr Olivier BOYER
SNMInf Syndicat National des Maladies Infectieuses Président : Dr Hugues AUMAÎTRE	SNOHP Syndicat National des Odontologistes Des Hôpitaux Publics Président : Dr Bernard SARRY
SPEP Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public Président : Dr Michel TRIANTAFYLLOU	SCPF Syndicat des Chirurgiens Pédiatres Français Présidente : Dr Hélène LE HORS
SPHPF Syndicat des Praticiens Hospitaliers de Polynésie Française Président : Dr Marc LEVY	SYNDIF Syndicat National Des Internistes Français Président : Pr Pascal ROBLLOT

SPH
 Syndicat du Service Public Hospitalier
Présidente : Dr Erica MANCEL SALINO

15 SYNDICATS QUI VOUS ATTENDENT

SOMMAIRE N°22

04 ÉDITORIAL

À LA RECHERCHE DE LA QUALITÉ PERDUE

07 Le Respect, condition sine qua non du bien-être des étudiants

10 Bureau d'Intelligence Collective
Pour l'amélioration de la connaissance et un meilleur fonctionnement des métiers de la santé et du social

14 La femme est-elle l'avenir de la médecine hospitalière et hospitalo-universitaire ?

16 À la recherche du bien-être dans le bien naître ou ne pas naître
les Sages-Femmes accompagnent le projet de la vie

18 Malaise dans la santé, dans les hôpitaux ou... dans la civilisation ?

21 Contre le risque de burn-out des médecins
Prendre le temps d'un récit partagé pour redécouvrir la philosophie hippocratique du temps et de l'incertitude

26 Médiation et différends interpersonnels ou institutionnels en établissements publics de santé



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

Editeur & Régie publicitaire

Reseauprosante
M. TABTAB Kamel, Directeur
6, avenue de Choisy, 75013 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05
Email : contact@reseuprosante.fr
Web : www.reseuprosante.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.

30 Qualité de la vie et du « bien mourir » à l'hôpital

Pour les médecins quelles sont les conséquences éthiques et philosophiques de la proposition de loi « donnant et garantissant le droit à une fin de vie libre et choisie » ?

ACTUALITÉS

33 La défaite de la santé publique (encore une...)

37 Des annonces historique...ment décevantes

JE L'AILU ET VOUS AIMEREZ PEUT-ÊTRE LE LIRE AUSSI

39 Sommes-nous encore en démocratie ?
Livre de Natacha Polony

41 Les médecins ont aussi leurs maux à dire
Sous la direction de Michèle Maury et Patrice Taourel

ANNONCES

44 Les annonces de Recrutement

LE MAG DE L'INPH

1^{er} INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

Édition quadrimestrielle

ISSN : 2274-7575

Directeur de Publication D^r RACHEL BOCHER

Rédacteurs en chef D^r JÉRÔME FRENKIEL
D^r ERIC OZIOL

Comité de lecture D^r JEAN MICHEL BADET
D^r MICHEL TRYANTAFILLOU
D^r ALEXANDRE ORGIBET
D^r MAUD WILLIAMSON
D^r PATRICK LEGLISE
D^r ANNIE SERFATY
D^r ERICA MANCIEL-SALINO

MAUX ET CONTRAINTES

**« Là où la volonté est grande,
les difficultés diminuent »**

Machiavel

La phrase sonne juste.

L'auteur est d'actualité.

Car telle est notre humeur.

Les professionnels que nous sommes finissent par se lasser des constats sans suite, des hésitations comme autant de rituels, des attermoissements comme autant de ficelles, des attentes comme autant d'impuissance.

A l'évidence les accords de Ségur sont en berne probablement par la substitution inattendue entre point de départ et point d'arrivée. Dommage.

A l'évidence les accords de Ségur sont en berne probablement par la substitution inattendue entre point de départ et point d'arrivée. Dommage.

Voilà pourquoi, à l'aube d'élections majeures assorties de leurs inévitables catalogues de promesses, ce

N°22 du MAG INPH relève quelques dossiers restés sur la table, cités ici de façon incomplète et volontairement sans hiérarchie, car d'égale urgence :

- ☒ La déception des HU (cf. article de Olivier Boyer) par les insuffisantes réévaluations salariales, la non correction des difficultés d'accès à ces postes par les femmes (à peine 20 %), etc.
- ☒ Les difficultés des étudiants d'aujourd'hui, futurs confrères de demain, soignants à bas coût, durement secourus par la crise sanitaire, patients

EDITO

LA QUALITÉ MALMENÉE

par nécessité, malades par ricochets : près de 30 % d'entre eux subissent la dépression, ils sont anxieux à plus des deux tiers, en tentatives de suicide à un taux inhabituellement constaté. (cf. article de Rozenn Cillard et Marie Bouzigues).

- ☒ L'oubli des sages-femmes, exaspéré(e)s et donc impatient(e)s : comment ne pas les comprendre, les soutenir, les reconnaître. Le statut du PH associé à une revalorisation revue en profondeur sont des absolues priorités, dont les pouvoirs Publics doivent se saisir sans délai (cf. article de Charlotte Baudet-Benzitoun).
- ☒ La réintroduction active de la médiation, essentielle dans tous les milieux complexes. Elle apparaît indispensable dans l'hôpital public, où se mêlent tant de différents métiers à conjuguer avec les différentes pathologies. L'INPH, à l'aide de cet outil, et par le dialogue permanent, sera sans cesse à la défense constructive de notre environnement professionnel complexe (cf. article Alain Jacob).
- ☒ L'ajournement sine die du dossier des retraites. Ces reports successifs inquiètent. Les trop nombreux échelons continuent d'interroger. L'attractivité de nos carrières peut se heurter à des incompréhensions empilées, générant une désaffection pour le Service Public.
- ☒ L'absence de suivi de notre santé au travail et l'engagement de l'employeur public dans notre assurance santé et prévoyance.

Donc le N°22 tire aujourd'hui un signal d'alarme qui devra être entendu car cette alerte vise le cœur de nos pratiques issues de nos formations initiales, impactant la qualité des soins, autant d'ingrédients indissociables de la qualité de vie au travail au service de nos patients.

Qualité de vie et qualité des soins sont - qui ne le voit pas ? - toutes deux en péril imminent.

Alors le lourd climat dans nos établissements perdure.

Et les nouvelles obligations vaccinales, pourtant utilement imposées aujourd'hui à tous les personnels hospitaliers, surgissent dans nos services après tant d'hésitations qu'elle génèrent mécaniquement, certes très minoritairement, un rejet inhabituel.

Il y a donc assurément une marge de progression significative.

L'INPH sera comme toujours dans l'action, nécessairement, utilement, urgemment, et engagera une participation active aux mouvements sociaux qui s'annoncent.

Comment faire autrement, puisque nos attentes ont survécu aux applaudissements ?

Présidente de l'INPH
Dr Rachel BOCHER



À LA RECHERCHE DE LA QUALITÉ PERDUE



LE RESPECT

CONDITION SINE QUA NON DU BIEN-ÊTRE DES ÉTUDIANTS



Rozenn CILLARD
Porte-Parole chargée des
relations publiques et de
la communication ANEMF



Marie BOUSIGUES
Vice-Présidente chargée
des affaires sociales et des
études médicales ANEMF

A la fois étudiant et agent public, le statut de l'étudiant en second cycle des études médicales lui confère une double appartenance qui constitue à la fois une richesse et un fardeau.

Dès sa quatrième année, un étudiant hospitalier passe la moitié de son temps de formation à l'hôpital. Cet apprentissage au lit du patient se fait sous l'égide d'un praticien hospitalo-universitaire exerçant une triple mission de clinique, de recherche et d'enseignement, auxquelles vient souvent s'ajouter des fonctions de management.

Actuellement ce statut ne laisse que peu de temps pour assurer ces différentes missions. La pression hospitalière amène de nombreux professionnels à privilégier les missions les plus valorisées au détriment de l'encadrement et de la formation des étudiants, reléguant ainsi cette tâche à des internes

souvent surchargés. Exacerbée par un manque de moyens et par l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine chaque année, la complexité de cette tâche met souvent en péril la qualité de la formation, engendrant ainsi chez les étudiants un sentiment de négligence délétère pour leur bien-être et, indirectement, celui des patients.

De cette problématique est née une profonde volonté de rénover l'enseignement en stage, afin d'aboutir à une meilleure répartition des missions d'enseignement. En découlerait la possibilité pour les praticiens de ménager du temps pour développer un véritable compagnonnage avec leurs étudiants, qui serait pertinent tant sur le plan de l'apprentissage clinique que sur le plan psychologique. Celui-ci serait d'autant plus important qu'il lui permettrait d'accompagner les étudiants



en difficulté, de les aider à reprendre confiance en leurs capacités et à trouver un sens dans leur orientation.

Le statut de l'étudiant hospitalier est inscrit dans la loi, mais il est encore méconnu et peu respecté, et ce malgré une instruction sortie en décembre 2020. Ainsi, le dépassement du temps de travail réglementaire, le non-respect des repos de garde ainsi que l'attribution de chambres de garde insalubres sont monnaie courante. De même, les cas de non-rémunération des gardes sont loin d'être anecdotiques, aggravant la précarité de certains externes, alors même qu'un quart des étudiants ont déjà songé à arrêter leurs études pour des raisons financières.

Le statut de l'étudiant hospitalier est inscrit dans la loi, mais il est encore méconnu et peu respecté, et ce malgré une instruction sortie en décembre 2020.

Outre la pression psychologique exercée sur certains externes, on relève dans certains services des situations de violence, notamment sexistes et sexuelles (VSS). Ainsi, l'enquête sur les VSS réalisée par l'ANEMF révèle que 4 étudiants sur 10 ont déjà reçu des remarques sexistes sur leur terrain de stage, et que 30 % des étudiants ont subi du harcèlement sexuel dans leur service (perpétré dans 90 % des cas par un supérieur hiérarchique). La lutte contre ces violences est un immense chantier requérant un engagement unanime, tant sur le plan des sanctions de leurs auteurs qu'au niveau de l'accompagnement des victimes, et qui ne pourra être permise que par une vaste politique de formation des

soignants, des personnels administratifs ainsi que des étudiants.

Les diverses problématiques citées impactent lourdement la santé mentale de ces derniers. L'enquête menée par Jeunes Médecins en 2017, maintes fois citée pour ses chiffres accablants, révèle qu'alors, 27.7 % des étudiants en médecine souffraient de dépression, 66.2 % étaient victimes d'anxiété et 23.7 % déclaraient avoir eu des idées suicidaires au cours de leur cursus.

Face à de tels chiffres, il est plus qu'urgent de se saisir du bien-être des soignants, et ce dès leur formation, afin d'éviter que la situation ne dégénère jusqu'à une issue dramatique.



Être à son compte, c'est aussi concilier vie professionnelle et vie privée.

Bienvenue chez HSBC Fusion, le service
spécialement conçu pour vous aider à gérer
simultanément votre cabinet et votre vie personnelle.

[hsbc.fr/fusion](https://www.hsbc.fr/fusion)



Nourrir vos ambitions

HSBC Continental Europe - Société Anonyme au capital de 491 155 980 euros - SIREN 775 670 284 RCS Paris - Siège social : 38, avenue Kléber - 75116 Paris. Banque et intermédiaire en assurance immatriculé auprès de l'ORIAS (Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance - orias.fr) sous le n° 07 005 894.

REJOIGNEZ LE BUREAU D'INTELLIGENCE POUR L'AMÉLIORATION DE LA CO FONCTIONNEMENT DES MÉTIERS



Gauthier MARTINEZ
Directeur adjoint en charge
des Partenariats de la MNH
et Responsable du Bureau
d'Intelligence Collective



Lancé à l'initiative de la Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH), le Bureau d'Intelligence Collective est au service de ses partenaires pour travailler sur des sujets de fond, selon une approche interprofessionnelle, intergénérationnelle et intersectorielle. Il donne la parole aux professionnels de la santé et du social de terrain afin de faire émerger des connaissances et des propositions co-construites avec les professionnels. S'appuyant sur une approche ouverte et directe, le Bureau d'Intelligence Collective est tourné vers l'expérience professionnelle et l'action. Les résultats des réflexions menées bénéficieront au plus grand nombre, qu'il s'agisse des établissements ou des professionnels de santé. Le premier travail du Bureau d'Intelligence Collective portera sur la Qualité de vie au travail des agents de la Fonction Publique Hospitalière et sera mené en distanciel, le 22 septembre de 9h00 à 17h00. L'INPH participera à ce travail collectif.

INTELLIGENCE COLLECTIVE UN NOUVEAU NAISSANCE ET UN MEILLEUR DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL



*Interview de Lauriana ALLOUCHE
Directrice de cabinet du Directeur Général de la MNH*

La crise sanitaire a remis la santé au centre des débats et a plus que jamais démontré la nécessité pour nos démocraties de protéger et pérenniser notre système de

santé. Elle a mis en lumière pour le grand public l'engagement et les formidables initiatives de l'ensemble des équipes, qu'elles soient administratives, soignantes, médico-techniques ou techniques. Elle a été un catalyseur des

difficultés des professionnels, des problèmes vécus par le terrain, du retard pris dans la transformation de certains secteurs et de fait, elle a créé une attente forte pour que

La mission de la MNH n'est pas seulement de fournir une protection individuelle et collective contre les risques santé et prévoyance. C'est également son engagement mutualiste que d'être à l'écoute des professionnels de la santé et du social.

des solutions concrètes soient apportées rapidement.

C'est dans ce cadre et fort de ces enseignements que la Mutuelle Nationale des Hospitaliers a souhaité lancer avec ses partenaires

le Bureau d'Intelligence Collective. La mission de la MNH n'est pas seulement de fournir une protection individuelle et collective contre les risques santé et prévoyance. C'est également son engagement mutualiste que d'être à l'écoute des professionnels de la santé et du social, et de leur mettre à disposition des outils et des espaces de partage pour permettre le débat, faire évoluer les mentalités,

co-construire et diffuser des solutions simples pour notamment imaginer l'hôpital de demain.

Pour la méthode de travail du Bureau d'Intelligence Collective, la MNH a souhaité partager avec ses partenaires des techniques d'intelligence collective que nous utilisons en interne. En plus d'être favorables au dialogue et à la confrontation constructive des visions, ces techniques sont efficaces, productives et surtout peu coûteuses en temps au regard des réalisations.

La MNH se positionne donc comme sponsor et partenaire méthodologique de ce Bureau d'Intelligence Collective car nous sommes convaincus que l'avenir de l'hôpital et de la santé au sens large dépendra de la qualité de ce dialogue collectif.



Interview de Gauthier MARTINEZ, Directeur adjoint en charge des Partenariats de la MNH et Responsable du Bureau d'Intelligence Collective

A la MNH, nous sommes persuadés que l'avenir de notre système de santé doit se construire avec l'ensemble de ses acteurs. C'est la raison pour laquelle nous essayons au maximum de suivre une approche interprofessionnelle, intergénérationnelle et intersectorielle dans les actions partenariales que nous entreprenons. C'est cette approche fédératrice que nous avons souhaité poursuivre avec le Bureau d'Intelligence Collective.

Le Bureau d'Intelligence Collective que nous lançons avec nos partenaires est un terrain neutre,

Le Bureau d'Intelligence Collective que nous lançons avec nos partenaires est un terrain neutre, un espace de dialogue, un laboratoire d'idées orienté terrain.

un espace de dialogue, un laboratoire d'idées orienté terrain. Nous avons voulu qu'il puisse brasser les expériences, les points de vue, les générations, les niveaux hiérarchiques, grâce à des méthodes et des outils nouveaux d'intelligence collective. Plutôt que de segmenter, nous avons préféré une approche plus ouverte, plus directe, plus tournée vers l'expérience professionnelle et l'action avec un bénéfice pour le plus grand nombre, qu'il s'agisse des établissements ou des professionnels.

Le Bureau d'Intelligence Collective structurera donc ses travaux en donnant la parole aux professionnels de la santé et du social de terrain qu'ils soient « institution-

nels » (membres de fédérations, d'associations, de syndicats, de conférences...) ou professionnels en exercice en établissement et en ville.

Le Bureau d'Intelligence Collective s'est donné comme but de capitaliser sur l'expertise d'un groupe de volontaires pour faire émerger un consensus ou mettre en lumière des discordances. Cette méthode permet à chacun de s'exprimer et de faire valoir des points de vue différents, tout en cherchant une formulation commune du diagnostic voire des propositions concrètes.

Une fois le travail d'intelligence collective réalisé, les documents produits sont mis librement à la disposition de tous les participants qui pourront ainsi co-porter certains résultats.

LES FONDEMENTS DU BUREAU D'INTELLIGENCE COLLECTIVE

- ☑ **FAVORISER UN DIALOGUE PLURIDISCIPLINAIRE**, en accueillant aussi bien :
 - des agents des secteurs hospitaliers (public, privé solidaire, privé lucratif) ou des libéraux ;
 - des soignants, administratifs, techniciens ou agents médico-techniques ;
 - des professionnels en exercice ou en cours de formation.
- ☑ **CRÉER DU COLLECTIF DANS UN LIEU NEUTRE DE PARTAGE** favorable au dialogue et à la confrontation constructive des visions.
- ☑ **SE BASER SUR L'EXPÉRIENCE DU TERRAIN** pour se nourrir mutuellement de ce qui est vécu par chacun.
- ☑ **PERMETTRE UNE DÉMARCHE PARTICIPATIVE, SUR LA BASE DU VOLONTARIAT.**

PLUS DE RENSEIGNEMENTS

Visitez le site du Bureau d'Intelligence Collective
<https://bureau-intelligence-collective.fr>

Contactez Gauthier Martinez,
 Responsable du Bureau d'Intelligence Collective
gauthier.martinez@groupe-nehs.com

PLANNING

Travail du Bureau d'Intelligence Collective sur la Qualité de vie au travail des agents de la Fonction Publique Hospitalière : le 22 septembre de 9h00 à 17h00



**MNH MEDICEO,
L'OFFRE COMPLÈTE SANTÉ ET PRÉVOYANCE
DÉDIÉE AUX MÉDECINS HOSPITALIERS.**

NOUVEAU : La MNH vous accompagne pour votre complémentaire santé, et aussi pour vous protéger face aux risques d'**accidents de la vie**, de **décès**, d'**invalidité** et d'**arrêt de travail**.

WWW.MNH.FR/MEDICEO

LA FEMME

EST-ELLE L'AVENIR DE LA MÉDECINE HOSPITALIÈRE ET HOSPITALO-UNIVERSITAIRE ?



Laurence BOUILLET
Chef de service de médecine
interne au CHU de Grenoble,
Secrétaire du CNP de
médecine interne.



Anne BOURGARIT-DURAND
Pr Anne Bourgarit, Bondy (93),
Présidente du CNP de
Médecine Interne

Avant de parler de l'avenir, rappelons-nous le passé : il a été dur pour nos collègues femmes qui ont dû batailler pour accéder au titre de docteur en médecine. Ce ne fut qu'en 1875 que la première femme française (Madeleine Brès) a obtenu l'autorisation de faire des études de médecine mais sans pouvoir accéder ni au concours de l'externat, ni à celui de l'internat. La première femme à être admise et à réussir ce concours fut Marthe Francillon-Lobre en 1900.

Ces pionnières ont ouvert la voie à de nombreuses médecins femmes depuis. Mais après 120 ans d'accès aux études médicales, les femmes ont-elles atteint l'égalité avec leurs confrères masculins ?

Le bilan est en demi-teinte tant à l'international qu'en France, et quelles que soient les spécialités. Certes en 2020, il y avait 52,5 %

de femmes médecins dans les hôpitaux français. En médecine interne, elles représentent 48 % des internistes. Mais lorsqu'on y regarde de plus près, les postes qu'elles occupent sont majoritairement des postes de PH avec peu de responsabilités institutionnelles. Les femmes sont aussi majoritaires dans les postes pré-

caires (praticiens contractuels...). Le plafond de verre n'est pas un mythe, il est bien là, et il fait mal.

La carrière hospitalo-universitaire reste problématique pour les femmes. Une étude publiée cette année dans PLOs One, fait le constat que dans les hôpitaux français, 48,6 % des MCU-PH sont des femmes et seulement 22 % PU-PH. Le goulot d'étranglement se situe entre le poste de MCU-PH et de PU-PH. Ainsi une étude faite à la pitié Salpêtrière en 2016, montre que les femmes représentent 49 % des MCU-PH tous âges confondus, mais 69 % chez les MCU-PH de plus de 50 ans. Plus inquiétant, dans une étude publié dans le NEJM en 2020, il y a moitié moins de femmes professeurs que d'hommes aux USA. Malgré l'augmentation de la proportion de femmes médecins diplômées aux USA, ces 35 dernières années, la proportion de femmes à des postes de responsabilité et de professeur n'a pas suivi la même pente. Cela va contre les arguments des anti discrimination positive qui soutiennent que l'équilibre va être atteint naturellement puisque de plus en plus de femmes font une carrière médicale.

Outre les postes HU, l'absence des femmes se remarque aussi au niveau des postes à responsabilité au sein de nos hôpitaux. Au CHU de Grenoble Alpes, 54 % des responsables d'UF sont des femmes, mais 22 % seulement des chefs de service et 23 % des chefs de pôle. Là encore, le plafond de verre est indéniable.

Les explications sont nombreuses. Il est de bon ton, de dire que c'est parce que les femmes s'autocensurent, ou veulent privilégier leur vie de famille. Là encore, il s'agit du poids de notre société historiquement patriarcale qui bride les femmes. On dit aux femmes depuis la maternelle que réussir dans la vie, c'est d'épouser le prince charmant et de faire des enfants. On leur dit encore trop rarement que c'est aussi de faire une carrière professionnelle épanouissante. De nombreux collègues masculins nous disent : je ne trouve pas de femmes qui veulent faire un parcours HU ou prendre un poste à responsabilité. La réponse doit être : qu'as-tu fait pour donner envie à ces femmes de faire ces carrières et de prendre des postes à responsabilité ?

Les solutions : outre un *mentoring* actif de nos jeunes collègues, il faut passer par le respect de l'équité hommes/femmes dans TOUTES les instances et postes à responsabilité. Même si cette

On dit aux femmes depuis la maternelle que réussir dans la vie, c'est d'épouser le prince charmant et de faire des enfants. On leur dit encore trop rarement que c'est aussi de faire une carrière professionnelle épanouissante.

sélection positive n'est pas idéale, elle fait ses preuves actuellement dans le monde des entreprises. Il faut aussi mener des actions pédagogiques tout au long des études de médecine afin de sensibiliser/éduquer TOUS nos médecins de demain à cette problématique. Oui, le plafond de verre peut se briser si nous le décidons tous et toutes ensemble, femmes et hommes réunis.



À LA RECHERCHE DU BIEN-ÊTRE DANS LE BIEN NAÎTRE OU NE PAS NAÎTRE



Charlotte BAUDET-BENZITOUN
Secrétaire générale adjointe de
l'ONSSF

LES SAGES-FEMMES ACCOMPAGNENT LE PROJET DE LA VIE

Quand on parle de qualité de vie, impossible de ne pas penser à l'instant où cette vie émerge, de la conception à la naissance. Que cette vie soit ardemment attendue et désirée ou, au contraire, redoutée et malvenue, les sages-femmes sont là.

Pour veiller au bon déroulement médical et psychique de la grossesse, pour préparer les femmes et les couples à la naissance, pour accompagner les jeunes parents, les sages-femmes sont là.

A l'émergence de tout nouvel Être, à chaque naissance, une sage-femme est présente. Le plus souvent en toute autonomie ; parfois avec le concours d'un-e médecin en cas de pathologie. Quoi qu'il en soit, préserver la qualité de la mise au monde est une priorité des sages-femmes. Faire en sorte que la femme et le couple se sentent en sécurité, écoutés, reconnus en tant que futurs parents, autonomes dans leurs choix, éclairés, entre autres par les professionnels de santé que nous sommes, c'est déjà assurer la qualité du début de vie de l'enfant.

Grâce à ses compétences multiples, de l'orthogénie à l'obsté-

trique, de la pédiatrie à la gynécologie, la sage-femme est un professionnel référent de la périnatalité. Véritable pivot du suivi pré-, per- et post-natal.

Nous entendons souvent que nous faisons "le plus beau métier du monde". Il est aussi affaire de deuil, mais cela n'enlève rien à sa beauté. Interruption Volontaire de Grossesse, Interruption Médicale de Grossesse, Mort Foetale *In Utero*, décès néonatal, quand la vie réserve aux parents ce qu'elle a de moins joyeux, les sages-femmes sont, encore une fois présentes.

D'un bout à l'autre du chemin.

Mais comment accompagner la vie, souvent de la naissance mais parfois jusqu'à la mort, de façon qualitative quand on souffre soi-même de sa qualité de vie au travail ?

Difficultés de recrutement, décrets de périnatalité antédiluviens

en décalage avec la réalité actuelle des maternités, sous-effectifs, les conditions de travail des sages-femmes dans les établissements de soin sont très dégradées. Faudra-t-il que, là où on attendait de découvrir le visage de la vie, il n'y ait que la mort, à cause d'une organisation du travail insoluble, pour réaliser qu'une sage-femme par femme qui accouche, ce n'est pas du luxe ? Faudra-t-il que d'autres soignants ne trouvent que la mort comme alternative pour enfin acter que la qualité des soins ne se trouve pas dans les formules d'une calculette ?

Les sages-femmes, et avec elles, tous les professionnels intervenants en maternité, écopent un navire qui prend inexorablement l'eau, tout en jouant leur partition pour les femmes et les futurs parents, tels l'orchestre du Titanic. Jusqu'à quand ?



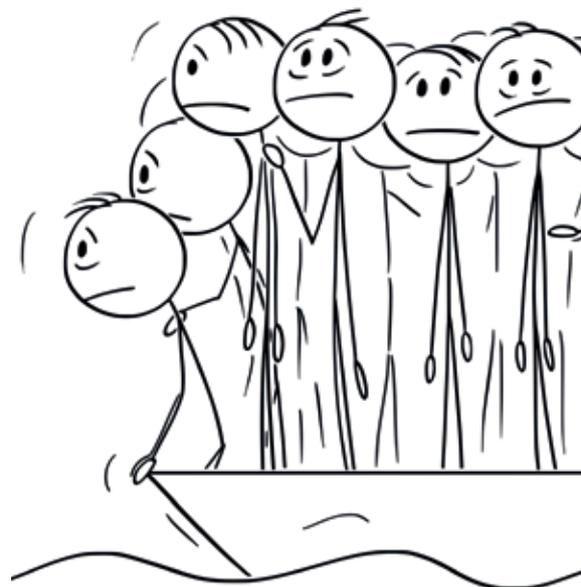
MALAISE DANS LA SANTÉ, DANS LES HÔPITAUX OU... DANS LA CIVILISATION ?

Dr Jean-Pierre BOINET
Médecin

Malaise chronique dans les hôpitaux, défiance des patients, fake-news de santé, grèves des soignants, concentrations des établissements, mécontentement des héros, obligation vaccinale ou pas, déserts dits médicaux et faillite des territoires, infectiologues journaliers auto-proclamés, faillite et oubli des établissements psychiatriques, influences complotistes, variations publiques « Raoul-tiennes et Lymphiles contre Lymo-dubitatives », manque de magnésium, de vitamines et quête de la molécule manquante, du schizophrène, de l'autiste, du cancer enfin éradiqué, chasse aux charlatans mais promotion des ersatz professionnels non médecins par milliers, guerres picrocholines entre privé lucratif et hôpitaux dis-

pendieux, médicaments toxiques et médicaments sans effet, fusions financières des laboratoires et délocalisation des productions, urgences saturées d'urgences « ressenties » mais abandon des gardes libérales, démission ici ou là de SOS médecins, agression des soignants à l'accueil ou en zones de non-droit, vaccinodromes post-Bacheloviens à grand frais et petit prix pour les chaînes de soignants prolétaires qui vaccinent, accusation simultanée de lucre ponctuellement constaté, rareté des IRM par ailleurs inaccessibles, accumulation des techniques lucratives et des « avis » mais oubli de la clinique, disparition des gynécologues médicaux et promotion des allergologues, flicage des arrêts de travail, prolifération des normes de pratique avec convocation sécu, prescriptions d'antibiotiques sous contremaître potard ou infectiologue de bureau, ouverture ou pas de salles de shoot, légalisation du cannabis, légalisation de la PMA pour les non-géniteurs, extension calendaire de l'avortement, réformes docimologiques pour les étudiants en médecine, numerus clausus ou diminution de l'inflation des soins par contrôle de l'offre, codification des actes et benchmarking hospitalier, sui-

cides des internes, flagornerie promotionnelle des maisons de santé, blocage de la consultation médicale au tarif du coiffeur de province sans le shampoing, gestion approximative des ALD, remboursement des traumatismes du ski pour le bonheur économique des stations cette année confinée, limitation des droits à prescrire par spécialité, asphyxie des personnels d'EHPAD et gestion mortifère du confinement, promotion des infirmières de pratique avancée, grève des infirmiers anesthésistes sur leur alignement tarifaire à la baisse d'ensemble, reconnaissance ou non du statut de sage-femme,



taylorisation du travail médical clinique par les DU (hyperspécialisation), implosion de la gériatrie sur ses bases d'édification (la spécificité thérapeutique des démences et l'annulation des thérapies de l'Alzheimer), ouverture numérique à la critique anonyme des praticiens sur internet, légalisation ou pas des extraits du cannabis à des fins thérapeutiques, disparition des unités de soins palliatifs au profit de lits dédiés mais sans praticiens, publicité pour la prise en charge de la douleur mais files d'attente de six mois et contestation de leur rentabilité dans les établissements, suppression des urgences hospitalières dans des territoires isolés où elles sont le seul recours, éjection des opérés par l'ambulatoire et débrouille toi à la sortie, manque de kinésithérapeutes, désertification de la médecine thermique, crise de recrutement grave en médecine

**Le bateau coule ainsi
lentement, depuis si
longtemps et l'orchestre
de chambre ou de bureau
joue tranquillement son
requiem en boucle, de
sorte qu'on ne sait pas
si et quand cela pourrait
s'arrêter.**

du travail, en rééducation, en psychiatrie, couverture retraite discutée des PU PH en regard de leur double fonction initiale, limitation réglementaire et autoritaire du droit de prolongation de carrière pour les PH mais, simultanément, critique de l'intérim, aveuglement volontaire des tutelles sur les entorses statutaires au travail de PH sur sites multiples pour cause de nécessité ... mais sanction quand cela favorise des suppressions hospitalières souhaitées, extension de l'échelle de rémunération et valorisation des bas échelons hospitaliers en oubliant les titulaires, parutions chroniques de listes entières et tous services de postes vacants dans les mêmes hôpitaux sur le site de la FHF, sans création de postes de cliniciens, lesquels sont, par ailleurs une simple reconnaissance du travail hospitalier sous-valorisé et un déni du statut

des 35 h ou 39h ou 48 h, ce flou d'amplitude « légale » perdurant comme variable d'ajustement de l'incurie réglementaire quand on la met sous le tapis pour que dure le spectacle et la dominance du naufrage orchestré. Et encore ce matin même un nouvel article titrant sur un décret de certification obligatoire des médecins libéraux assorti des termes « sanctions, contrôles, obligations, échéances ». Bien sûr, j'ai fait court et j'en ai certainement beaucoup oublié... et en plus c'est une énumération ayant grammaticalement fonction de sujet mais sans verbe pour conclure... Elle peut être prolongée et ne vous en privez pas. Tiens encore, je pense à ce gastro incapable de faire tous les dépistages de cancers colo-rectaux souhaitables et demandés (pas de praticien et bloc opératoire en berne). Le verbe manque, en effet... Mais, ouf, si vous avez tout lu sans respirer vous êtes mûr pour prendre une garde aux urgences ou mourir de dépit impuissant... On vit une époque épique... Tout cela en quelques années... Le bateau coule ainsi lentement, depuis si longtemps et l'orchestre de chambre ou de bureau joue tranquillement son requiem en boucle, de sorte qu'on ne sait pas si et quand cela pourrait s'arrêter.

Seule ou préférentiellement, progresse la médecine hors-sol et de vérification, ou de conformité, ou d'accumulation technique, ou de précaution judiciaire, ou d'entrave, ou de surveillance des pratiques en perte de sens. La Médecine n'est plus que le noyau fragilisé de cette gangue.

Douce mélodie de la dérélliction.



En fait, c'est très simple à comprendre : La Médecine ne saurait s'extraire du courant anthropologique et sociétal dans lequel elle s'insère.

Nous vivons la mort du fatum, de la religion bien sûr, du statut social structurant (vous savez, la mort du curé, les bourgeois de Jacques Brel et le pompier caillassé), l'apologie inculte du narcissisme en selfies, la culture de la télé actuelle, la convulsion des pouces sur smartphone, les courses sur Amazon livrées par Uber et la télémédecine à préciser encore, mais ça vient...

Alors toi le docteur, si tu avais eu quelque chose à dire, tu l'aurais certainement déjà élaboré avec ton bac plus 10 à 15, non ?

Lire le bulletin syndical ne suffira pas !

Kennedy disait : « *Cessez de toujours vous demander ce que l'Amérique fait pour vous, demandez-vous ce que vous faites pour l'Amérique ?* ».

Loin de moi de suggérer que nous n'en faisons pas assez pour la société mais, peut-être ne créons-nous pas et n'imposons-nous pas les conditions collectives, conscientes et organisées pour renverser la tendance mortifère.

Privé ou public, tâcheron méprisé de fin fond de GHT, comme universitaire floué, généraliste amer et débordé ou interne trié sur la docimologie comportementaliste et numérisée (aux antipodes de votre souhait humaniste d'utilité pour l'autre), vous êtes Orwellisé, prolétarisé, consentant et dressé chaque jour à l'être davantage.

Internistes, nous nous sommes interrogés des années sur notre identité quand la bureaucratie

inventait, sans que l'Ordre ne sourcille, le concept de « médecin polyvalent », lequel n'a nulle assise de spécialisation, mais qui est survenu au moment délicieux et oxymorique, où l'on octroyait à la Médecine Générale le statut de spécialité ! Du grand art !

Et depuis les internistes n'ont pas trouvé mieux que de se tayloriser « à l'insu de leur plein gré » entre infectiologues (dont la prolifération journalistique récente et contradictoire donne l'ampleur de certitude et de félicité) et « immunothérapeutes », c'est-à-dire « mab-thérapeutes » applicatifs.

Donc lassés de chercher l'identité, nous avons souscrit au taylorisme dominateur et laissé le Médecin, dont nous portions pourtant le flambeau exigeant mais élitiste, à son récent néant anthropologique. Et ce n'est pas moi qui le dit mais on se pose la question en ce moment, tout d'un coup, par

hasard, sur le rapport entre médecine interne et médecine polyvalente : donc entre l'incertitude irrefragable d'une quête identitaire globale et l'identité d'emprunt donnée depuis à la Médecine par la bureaucratie inventive, substitutive de la décision, comptable et coercitive.

Dis docteur, pourquoi tu tousses ?

La fois prochaine, je vous parlerai des psychiatres, de leurs hôpitaux sinistrés, de l'insertion des psychologues dans le parcours de soin et la filière des maisons Professionnelles de Santé, car tout se tient, sauf la Médecine humaniste, ainsi pulvérisée, malades comme soignants, sous notre regard hébété par les écrans de cotation.

Le pire n'étant pas toujours certain, on peut aussi et enfin tenter de ré-exister.



CONTRE LE RISQUE DE **BURN-OUT** DES MÉDECINS

PRENDRE LE TEMPS D'UN RÉCIT PARTAGÉ
POUR REDÉCOUVRIR LA PHILOSOPHIE
HIPPOCRATIQUE DU TEMPS
ET DE L'INCERTITUDE



Dr Eric OZIOL
Service de Médecine Interne
Centre Hospitalier de Béziers

Au début des années 80, le risque le plus redouté par les médecins hospitaliers semblait être la contamination par l'hépatite B. En 2021 l'hépatite B n'est plus le risque au travail le plus important, voire l'injonction vaccinale serait vécue par certains comme un stress, plus que comme une protection. En effet, les conséquences du stress professionnel chronique sont maintenant au premier plan, responsables du Burn-out ou syndrome d'épuisement dans une profession surinvestie, avec son risque dramatique de suicide.

QU'EST-CE QUI A DONC CHANGÉ EN QUATRE DÉCENNIES À L'HÔPITAL ?

En février 2019 dans le *New England Journal of Medicine* le Docteur Lisa ROZENBAUM, dans trois articles aux titres provocateurs : *Divided we fall* (divisés nous perdons), *Cursed by knowledge - Building a culture of psychological safety* (maudits par le savoir - construire une culture de sécurité psychologique) et *The not-my-problem, problem* (le problème du « ce n'est pas mon problème »), aborde un certain nombre de difficultés auxquelles l'évolution de la médecine et de la complexité hospitalière soumettent les médecins.

L'hôpital est un système complexe dans lequel les erreurs de communication sont la cause principale d'évènements indésirables, tant pour les patients que pour le personnel. Cependant l'unité de valeur relative au succès académique fait que la médecine valorise la productivité individuelle plus que celle du groupe. La bonne santé individuelle semble cependant bien dépendre d'une bonne santé en équipe. Mais qu'est-ce qui fait une équipe en bonne santé ? En premier la permission de poser des questions, de reconnaître les incertitudes ou de dire simplement "je ne sais pas". Cela nécessite donc une certaine **SECURITÉ PSYCHOLOGIQUE au sein de l'équipe**. Malheureusement d'autres **études menées à l'hôpital** ont révélé un climat

de défiance notamment entre les médecins. **La communication inter-médicale était qualifiée par les médecins interrogés de : IMPOLIE, MÉPRISANTE et AGRESSIVE. Cela était reconnu par un tiers des médecins et deux fois plus chez les juniors.** Les médecins impactés par ce type de communication étaient moins enclins à partager l'information, ni à demander de

l'aide, ce qui altère directement le travail d'équipe. Cela semble aggravé par une « désocialisation inter-médicale » à l'œuvre et peut-être amplifiée par l'informatisation des systèmes. La solution résiderait donc dans le rétablissement d'échanges bienveillants, non agressifs et si possible en partageant un moment agréable (café, internat, repas...). Une étude publiée dans *Science* en 2010 a montré que **l'INTELLIGENCE COLLECTIVE d'un groupe était corrélée à trois facteurs : la sensibilité sociale moyenne du groupe, l'égale distribution de la parole dans le groupe et le degré de féminisation du groupe.**

Malheureusement la conséquence de l'ultra-spécialisation en médecine est que chacun développe son propre langage et qu'il est souvent difficile d'imaginer que l'autre ne sache pas ce que l'on sait, ou ne comprenne pas ce que l'on dit. Cela conduit à la fois à une communication inadéquate

avec les patients, mais aussi entre les praticiens. L'hyperspécialisation permet certainement au patient de bénéficier des soins des meilleurs experts, mais avec autant de médecins concentrés sur des parties bien précises, comment continuer à s'intéresser au patient en entier ? Comment éviter qu'en dehors de ces zones spécialisées d'organes la réponse ne devienne pas « *It's not my problem !* » : la médecine du « ce n'est pas... le cœur », « ce n'est pas... le poumon », « ce n'est pas... psychiatrique, c'est somatique », etc. Comment obtenir l'ENGAGEMENT de chacun à s'intéresser au singulier de la situation globale du patient ? Quels sont les phénomènes psycho-sociaux de dilution de la responsabilité ? Comment mesurer les dynamiques culturelles et interpersonnelles qui construisent notre capacité à soigner ? En médecine nos « héros sauvent des vies » par des voies directes et individuelles, mais personne ne salue le travail de fond de ceux qui passent le temps nécessaire à instruire consciencieusement le récit de l'histoire singulière du patient.



ALORS QUE NOUS ENSEIGNERAIT LA PHILOSOPHIE HIPPOCRATIQUE EN 2021 ?

La philosophie d'Hippocrate sur l'art médical peut se résumer dans son premier aphorisme souvent transcrit ainsi : « L'art est long, la vie est brève, l'occasion fugitive, l'expérience trompeuse et le jugement difficile. **Il convient que le médecin fasse ce qu'il a à faire (contre la maladie), mais s'assure du concours du patient, de tous ceux qui l'assistent et de son environnement.** ». L'art est long et la vie est brève, est souvent la seule chose connue des étudiants en médecine, façon : « médecine c'est long, vous allez en baver ! », alors qu'il s'agit de l'expression de l'humilité vis-à-vis d'un savoir qui ne progresse que linéairement, alors que la conscience de ce qu'on ne saura jamais augmente exponentiellement. Il faut tout une vie pour devenir médecin. C'est aussi le rappel du **temps CHRONOS** qui avance inexorablement, minute après minute, heure après heure, jour après jour, qui est **le temps mesurable, quantitatif**. En revanche « l'occasion fugitive » fait directement référence au **temps**

KAIROS, qui est le temps opportun, qualitatif, le moment où tout bascule, l'instant où il faut agir, le temps de l'événement signifiant. Le temps Chronos est inexorablement prévisible et mesurable, à l'inverse le temps Kairos relève de l'incertain, auquel le médecin doit être attentif et sur lequel il peut espérer agir. Le concept suivant, celui de l'expérience trompeuse fait référence à la nécessité de garder un esprit critique et de valider par une expérimentation rigoureuse ce que l'on croit vrai. Enfin le jugement difficile signifie que toutes nos décisions, bien qu'essayant d'être guidées par le « niveau de preuve », sont en fait guidées par un niveau d'incertitude acceptable.

En ce qui concerne la seconde phrase, pour une médecine de plus en plus spécialisée et technique, ayant fait des progrès spectaculaires, ne laissant que peu de situations sans possibilités thérapeutiques, les difficultés rencontrées sont souvent plus en rapport avec les « compétences » du patient, de ceux qui l'assistent

ou de son environnement, c'est à dire ses conditions de vie et globalement de son état de santé, voire de sa capacité de cicatrisation. Ceci est particulièrement vrai pour les patients soignés à l'hôpital public. Le médecin, et plus largement tout soignant, ne peut donc faire l'économie de l'histoire de chaque patient, avec son entourage et son cadre de vie, car c'est dans cette histoire singulière que l'intervention du soin acquiert tout son sens. Le soin ne peut se résumer en une intervention technique sur un patient objet. Cependant, même si l'on considère le patient non plus comme objet, mais comme sujet, mais avec l'objectif de le « guérir », voire de « l'empêcher de mourir », cet objectif fantasmé du médecin thaumaturge prend le risque de se heurter un jour ou l'autre, à la réalité de l'incapacité de cicatrisation ou de résilience, voire même à la finitude du patient. Et cela sera de plus en plus vrai avec les maladies chroniques et le vieillissement des patients. Cette histoire singulière du patient, dans laquelle les soignants deviennent acteurs, c'est **le temps AION, le temps immuable de ce qui est « écrit »** dans un temps Chronos quantitatif défini et avec les signifiants de temps Kairos qualitatifs qui surviennent. Pour illustrer ces trois notions du temps par l'image de la frise historique : Chronos est l'échelle du temps, Kairos le temps de chaque événement signifiant et Aion serait tout le cycle temporel de l'histoire ainsi écrite.



ALORS COMMENT LA COMPRÉHENSION PHILOSOPHIQUE DU TEMPS POURRAIT-ELLE AMÉLIORER LA GESTION DU STRESS DES MÉDECINS ET ÉVITER LA PERTE DE SENS GÉNÉRATRICE DU BURN-OUT ?

Porter une réflexion philosophique sur notre mode d'existence et sur les événements auxquels nous sommes confrontés au cours de notre vie demeure une fonction indispensable à notre équilibre mental.



Les philosophes Cynthia Fleury et Valérie Gateau, dans leur remarquable article, « Pour une clinique philosophique du burn-out des professionnels de santé » publié en juin 2020, apportent un éclairage philosophique sur la part du travail et de ses organisations dans le développement de la souffrance psychique des soignants. Une expérimentation conduite auprès d'étudiants en médecine a montré l'utilité de la narration dans la prévention du *burn-out*. L'hypothèse des auteurs est que, face à la confrontation avec la mort, avec la dégradation physique et psychique des patients, avec les conflits éthiques, « la narration oblige à poser des mots, à mettre en récit, et donc à réorienter la

pensée dans un sens, le sens du métier commandé par l'imaginaire de celui qui écrit ». L'incrémentation partagée de l'observation médicale, les *staffs*, les transmissions entre les soignants, les échanges entre confrères pourraient aussi relever de ce récit collectif et partagé, de la compréhension des temps Chronos et Kairos pour appréhender le sens de l'Aion, de l'histoire singulière du patient. Cependant le contenu de cette narration ne peut se réduire à des scanners, biologies, endoscopies, biopsies, etc. comme un film dans lequel il n'y aurait qu'une succession de bruyantes scènes d'action, sans que l'on puisse en comprendre l'intrigue. Enfin il est proposé l'usage de la philosophie comme

recours thérapeutique contre le *burn-out*, car « porter une réflexion philosophique sur notre mode d'existence et sur les événements auxquels nous sommes confrontés au cours de notre vie demeure une fonction indispensable à notre équilibre mental ». Il semblerait que les professionnels de santé identifient bien la philosophie et l'éthique comme des recours protecteurs contre leur souffrance, car la souffrance des soignants se situe à l'interface des enjeux médicaux, psychologiques, éthiques et sociaux, qui doivent être pensés collectivement.

EN CONCLUSION, COMMENT ÉVITER LE BURN-OUT DES MÉDECINS ?

Le *burn-out* est devenu, la **maladie professionnelle** « des temps modernes* », **mais elle est surtout la maladie « des temps » au travail**. La réduction du temps de travail, les effectifs insuffisants, le temps morcelé, l'augmentation de la charge de travail, la taylorisation à l'œuvre, sont le plus souvent évoqués comme cause des souffrances des soignants, mais c'est probablement la perte du temps du récit collectif, la réduction du temps de réflexion partagée, qui finalement a le plus d'impact sur la santé psychique des soignants.

La pandémie COVID, a bien sûr questionné notre rapport au temps. Nous nous sommes vite adaptés avec la médecine de l'urgence, grâce à une grande technicité et des interventions ponctuelles, cependant sommes-nous

vraiment préparés à une pandémie qui dure ? Même si le COVID venait à disparaître, sommes-nous philosophiquement bien préparés pour le suivi des maladies chroniques au devenir inexorable, aux malades qui ne vont pas guérir et qui, comme tout un chacun, mourront inmanquablement ?

Il convient de replacer les progrès technologiques extraordinaires de ces dernières décennies au service de la médecine, comme des moyens de gérer la complexité ou d'appréhender les incertitudes et non comme des finalités de certitude, compliquant la réalité des patients et celle des soignants. Il convient de réinscrire la maladie dans le temps humain, sans perspective de guérison, mais plutôt avec une perspective résiliente de cicatrisation et d'interroger le modèle « curatif » de la médecine

qui ne peut faire l'économie d'une réflexion de son rapport philosophique à la vie, de la naissance jusqu'à la mort.

« Sans récit partagé, chacun est renvoyé à une souffrance solitaire, voire à un sentiment d'échec personnel, ce qui peut affecter profondément l'identité et conduire au *burn-out*. ». Cynthia Fleury et Valérie Gateau



Références

Lisa ROSENBAUM *Divided We Fall*. N Engl J Med 2019 ; 380 :684-688
DOI : 10.1056/NEJMms1813427

Lisa ROSENBAUM *Cursed by Knowledge - Building a Culture of Psychological Safety*. N Engl J Med 2019 ; 380 :786-790
DOI : 10.1056/NEJMms1813429

Lisa ROSENBAUM *The Not-My-Problem Problem*. N Engl J Med 2019 ; 380 :881-885
DOI : 10.1056/NEJMms1813431

Valérie GATEAU et Cynthia FLEURY *Pour une clinique philosophique du burn-out des professionnels de santé*. Juin 2020 Caya Web & Co
<https://fr.calameo.com/books/004091295d86918340110>

* *Les Temps Modernes (Modern Times)* 1936, film de Charlie Chaplin... à voir et à revoir.

MÉDIATION ET DIFFÉRENDS INSTITUTIONNELS EN ÉTABLIS



Dr Alain JACOB

Force est de constater que les relations humaines sont impliquées dans 90 % des activités de l'hôpital public.

L'hôpital est un milieu complexe, au service du patient, où exerce un grand nombre de professions dont les intérêts individuels, professionnels ou corporatistes peuvent diverger.

Les relations humaines ne bénéficient ni d'une sensibilisation, ni d'un enseignement au cours de la formation initiale des acteurs de l'hôpital. Le tutorat ou le compagnonnage ne sont pas institutionnalisés, les formations au cours de la vie professionnelle de type coaching comportementaux restent anecdotiques et utilisées

comme traitement de situations identifiées.

La cohabitation de trois modèles différents de gestion des personnels : Fonction publique hospitalière, Agents publics sous statut d'exercice pour les praticiens hospitaliers, Fonction publique d'Etat pour les praticiens universitaires, induit des difficultés fonctionnelles le plus souvent liées à des méconnaissances (ou non reconnaissance) réglementaires.

Les fondations culturelles du Directeur d'hôpital plutôt « littéraires », puis de son cursus de formation sont différents de celles du Praticien hospitalier plutôt « scientifiques ». Le dialogue entre eux est évidemment particulier, la valeur des mots n'est pas toujours la même, la place de l'accent tonique est différente. Il est indispensable d'en tenir compte quand le dialogue se tend.

Le directeur d'hôpital à plutôt un esprit de corps lié à sa formation et à sa gestion de carrière ; le Praticien hospitalier est plus individualiste. Ils ont bien sûr en commun leur adhésion forte à l'Hôpital Public et ses valeurs.

Si la culture hospitalière d'accueil converge vers le patient, elle ne bénéficie guère aux rapports des différents acteurs en particulier médicaux. Le code de déontologie régit les rapports des praticiens entre eux et en particulier l'absence de hiérarchie. Il ne peut exister qu'une autorité fonction-

nelle permettant la réalisation des fonctions institutionnelles exercées (chefferie de service, chefferie de pôle, PCME...).

Le système hiérarchique hospitalier est complexe car il est pluriel.

La Fonction

Publique Hospitalière a sa pyramide hiérarchique de la base jusqu'au Ministre, chaque échelon a autorité hiérarchique sur les échelons inférieurs.

L'hôpital est un milieu complexe, au service du patient, où exerce un grand nombre de professions dont les intérêts individuels, professionnels ou corporatistes peuvent diverger.



PERSONNELS OU ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

Les Praticiens Hospitaliers, agents publics sous statut national d'exercice sont nommés, gérés et sanctionnés par le Ministre et par délégation, par la directrice du CNG. Il n'y a pas d'autorité hiérarchique du directeur de l'établissement sur le praticien hospitalier. Il n'existe qu'une autorité fonctionnelle du Directeur, lui permettant d'organiser l'établissement de manière à atteindre les objectifs de fonctionnement.

Les PU-PH et MCU-PH fonctionnaires d'Etat sont soumis à la double autorité descendante des ministères de l'Enseignement supérieur et de la Santé.

Pour les contractuels la gestion des différends dépend pour beaucoup de la qualité du contrat passé entre l'établissement et l'agent. Cette qualité est souvent médiocre et peut conduire, en raison des vacuités contractuelles, à des contentieux en tribunal administratif.

Les rigueurs budgétaires et l'évolution de la carte hospitalière liée aux difficultés démographiques conduisent à des tensions entre les organisations ou les individus, en particulier avec la mise en place des groupements hospitaliers de territoire.

Enfin et pour toutes les raisons décrites, la culture hospitalière n'intègre pas suffisamment le dialogue permettant le compromis entre les parties permettant de retenir la meilleure solution négociée sans compromission.

C'est ici qu'intervient le concept de la Médiation pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux.

La médiation, le médiateur national et les médiateurs régionaux ou interrégionaux dans les établissements publics de santé ont été introduits par le Décret n° 2019-897 du 28/08/2019.



La médiation c'est quoi ?

- ☒ C'est la recherche de la résolution d'un différend entre deux ou plusieurs parties avec l'aide d'un tiers (le/les médiateurs) par un accord amiable en dehors de toute procédure juridictionnelle.
- ☒ L'entrée en médiation est volontaire et réclame l'accord de toutes les parties au différend.
- ☒ L'accord de médiation, s'il est trouvé, est signé par les parties. Un suivi et une évaluation sont prévus dans l'accord.

Qui sont les médiateurs ?

- ☒ Les médiateurs régionaux ou interrégionaux sont nommés par arrêté des ministres chargés de la Santé et des Affaires sociales sur proposition du médiateur national pour une durée de trois ans, renouvelable une fois.
- ☒ Le médiateur national est nommé par arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales pour une durée de trois ans, renouvelable une fois.
- ☒ Une instance régionale ou interrégionale de dix membres est créée autour du médiateur régional ou interrégional. L'ARS assure le secrétariat de l'instance régionale.
- ☒ Une instance nationale de dix membres est créée autour du médiateur national.
- ☒ Les médiateurs exercent leur mission avec indépendance, impartialité, neutralité, en mettant en œuvre compétence et diligence. La médiation est soumise au principe de confidentialité.

Qui est concerné ?

- TOUS les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux employés dans le même établissement (ou au sein d'une direction commune) ou dans le même GHT :
- ☒ Personnels de la Fonction publique hospitalière titulaires ou contractuels ;
 - ☒ Praticiens hospitaliers, praticiens hospitalo-universitaires pour leur exercice hospitalier, praticiens contractuels, assistants et chef de clinique-assistants des hôpitaux, praticiens attachés, internes, étudiants.

Quels conflits ?

- ☒ Tout différend entre professionnels opposant un personnel à sa hiérarchie (personnel de la fonction publique hospitalière) ou des personnels entre eux dans le cadre de leur relations professionnelles (personnels de la fonction publique hospitalière, praticiens exerçant à l'hôpital.

- ☒ Sont exclus :
 - Les conflits sociaux ;
 - Les différends relevant des instances représentatives du personnel ;
 - Les différends faisant l'objet d'une saisine du Défenseur des droits ;
 - Les différends faisant l'objet d'une procédure disciplinaire ;
 - Les différends relatifs à des décisions prises après avis d'un comité médical ou de réforme.

Comment saisir un médiateur ?

- ☒ Saisine du médiateur national : Soit par les ministres chargés de la santé et des affaires sociales, soit par le médiateur régional ou interrégional si sa médiation n'a pas abouti, soit par le Directeur général du CNG. Le médiateur national accuse réception de cette saisine dans les huit jours.



- ☒ Saisine du médiateur régional ou interrégional : Elle ne peut être ouverte que lorsque le différend n'a pas pu être résolu dans le cadre d'un dispositif local de conciliation ou de médiation ou a été porté devant la commission paritaire régionale (CRP). Le médiateur régional ou interrégional peut être saisi par :
- L'une des parties concernées ;
 - Le directeur de l'établissement pour les personnels non médicaux ;
 - Le président de la CME conjointement au directeur

de l'établissement pour les personnels médicaux ainsi qu'au doyen de l'UFR pour les personnels HU et les étudiants en ce qui concerne leur exercice hospitalier ;

- Le directeur général de l'ARS ;
- La directrice générale du CNG ;
- Le préfet du département.

Le médiateur régional ou interrégional accuse réception de la saisine dans les huit jours.

Lorsque aucune solution n'a été trouvée dans un délai de trois mois après l'entrée dans le processus de médiation le médiateur régional ou interrégional peut saisir le médiateur national et en informe les parties.

L'accord de médiation

- ☒ Est signé par les parties du différend.
- ☒ Fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation.

LA POSITION DE L'INPH

Les processus locaux déjà en place de résolution des différends par les CME ou régionaux par les CRP ne réussissent pas complètement à répondre aux difficultés relationnelles interpersonnelles ou institutionnelles. Les conséquences en sont des frustrations personnelles avec parfois des conclusions dramatiques, voire plus généralement des difficultés de fonctionnement pouvant retentir sur la qualité et la sécurité des soins.

La médiation est un nouveau niveau de résolution.

Elle ne se substitue pas aux processus locaux dont on ne voit que les échecs sans reconnaître l'apport réel et quotidien de leur mise en œuvre.

Elle ne prend pas la place des commissions de discipline ou d'insuffisance professionnelle ni de la commission statutaire nationale mais ce sont des processus nationaux et lourds ne pouvant prendre en charge toutes les situations.

Le processus de Médiation a l'avantage du volontariat et de la sollicitation de chacune des parties à retrouver la voie du dialogue et d'une solution partagée.

La confidentialité est la règle majeure de la médiation. Elle s'applique à tous les participants.

Le Médiateur n'est ni un juge qui dira qui a tort ou raison, ni un inspecteur qui instruira à charge.

Le processus de médiation ne doit pas échapper aux praticiens de l'hôpital public. Les praticiens doivent s'y former, proposer leur candidature à ces nouvelles instances et y être nommés pour ne pas laisser s'instaurer un nouveau déséquilibre qui discréditerait l'installation de la médiation hospitalière.

La participation des praticiens à la médiation hospitalière conditionnera le succès de cette évolution a priori favorable et c'est dans ces conditions que l'INPH la soutiendra.

Enfin il faut rappeler :

Que les conflits aigus sont assez rares, si on les rapporte aux effectifs de Praticiens de l'Hôpital Public : quelques dizaines pour un effectif de 75000 praticiens (45000 PH, 25000 contractuels, 6500 HU). Que le chiffreage inconnu des différends est sûrement beaucoup plus important. Ils sont générateurs de frustrations, de désengagements et probablement de départs. Ces différends dégradent encore un peu plus s'il en était besoin l'attractivité des carrières hospitalières.

Que les textes réglementaires devraient être mieux connus par ceux qui y sont soumis. Ces textes doivent être respectés. Si le dialogue ne permet pas de trouver la solution les juges du Tribunal Administratif sont là pour dire le droit.

Enfin devant tout pouvoir il doit exister un contre-pouvoir, celui-ci peut être porté par le syndicalisme hospitalier et en particulier par l'INPH.



QUALITÉ DE LA VIE ET DU « BIEN MOURIR » À L'HÔPITAL

POUR LES MÉDECINS QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES ÉTHIQUES ET PHILOSOPHIQUES DE LA PROPOSITION DE LOI « DONNANT ET GARANTISSANT LE DROIT À UNE FIN DE VIE LIBRE ET CHOISIE » ?



Dr Véronique MOUNIE-OZIOL
EMASSP (équipe mobile
d'accompagnement de soutien
et de soins palliatifs)
Centre Hospitalier de Béziers



Dr Eric OZIOL
Service de Médecine Interne
Centre Hospitalier de Béziers

Examinée le 8 avril 2021 par l'Assemblée Nationale, la proposition de loi « donnant et garantissant le droit à une fin de vie libre et choisie », défendue par Olivier Falorni, n'a pas été adoptée faute de temps, en raison d'environ 3000 amendements déposés.

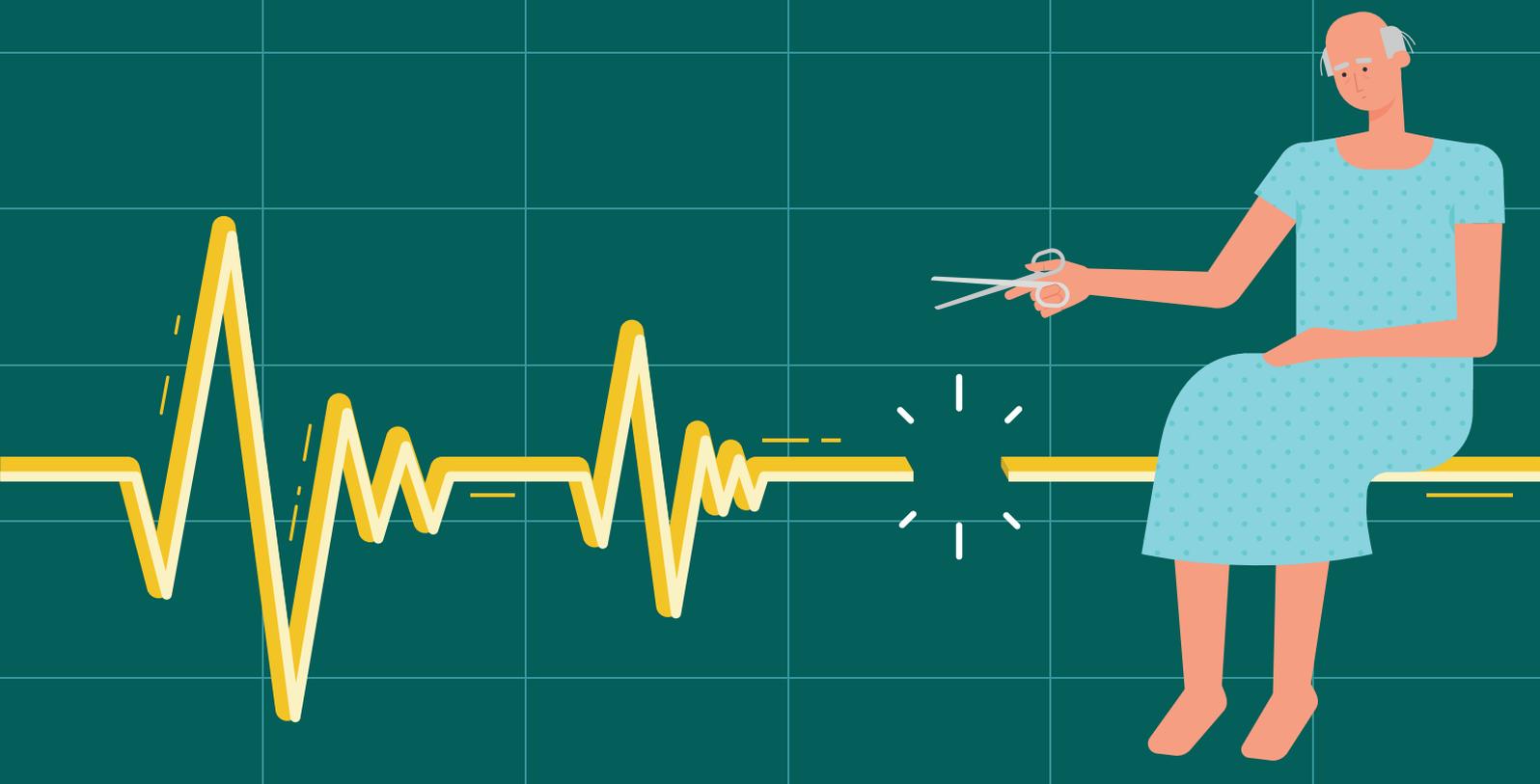
Néanmoins, si l'examen du texte n'a pu se terminer, son article premier à tout de même été adopté, prévoyant « **qu'une assistance médicalisée active à mourir peut être demandée par toute personne majeure et capable** » pour permettre en définitive ce qui serait une mort rapide et sans douleur, si cette personne se trouvait être dans une phase « avan-

cée ou terminale » d'une affection « grave et incurable et/ou à tendance invalidante et incurable », provoquant une souffrance « physique ou psychique qu'elle juge insupportable ou la plaçant dans un état de forte dépendance qu'elle estime incompatible avec sa dignité ». Ce premier article a ainsi été adopté à une très large majorité de 240 voix pour et 48 contre.

Quelles conséquences éthiques et philosophiques de l'adoption, même symbolique, de ce premier article ?

Tout d'abord, après avoir médicalisé la naissance, voire les projets de naissance ou de non-naissance, la loi propose d'aller encore plus loin dans la médicalisation de la fin de vie, complétant ainsi la médicalisation de toute la vie, d'une naissance accueillie à une mort potentiellement donnée, les deux pouvant être maintenant programmées.

Cependant il s'agirait d'une véritable rupture législative, éthique et même philosophique que représenterait d'accepter cette action de tuer un adulte requérant, (voire peut-être à terme un mineur, comme cela est possible en Belgique depuis 2014). Ce serait tuer avec préméditation, même s'il y aurait alors une « justification » qui n'enlèverait pour autant pas toute responsabilité au médecin.



Ce qui change ce n'est donc pas la mort sans douleur, puisqu'elle était déjà inscrite dans la loi Claeys-Léonetti de février 2016 qui autorisait très clairement la sédation profonde et continue pour les patients en fin de vie, venant compléter la loi Léonetti de 2005 qui devait déjà garantir l'accès aux soins palliatifs pour tous et sur tout le territoire. Ce qui change donc c'est la notion de létalité active, donc rapide. C'est l'accélération. C'est donc la philosophie du temps qui change et également par là même, la notion de précipitation préméditée dans la mort et non plus simplement l'accompagnement de la fin de la vie.

Le vote de ce premier article implique donc une interrogation médicale impérative, et pas que

pour les médecins de soins palliatifs, puisque tout médecin potentiellement impliqué dans le suivi thérapeutique du patient pourrait être sollicité par ce même patient pour une assistance médicalisée à mourir.

Au-delà de la symbolique du vote de cet article premier, faute d'un texte adopté dans son intégralité, la balle est désormais dans le camp de l'exécutif pour l'inscrire

à nouveau à l'agenda législatif.

Pendant la SFAP (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs), à la fois société savante et mouvement militant pour le développement des soins palliatifs, vient de réaliser un travail d'intelligence collective nécessaire à l'avancée de la réflexion sur ce sujet aussi complexe que sensible.

Il s'agissait tout d'abord d'une enquête en ligne avec des questions pratiques, mesurées et non polémiques, qui s'est close le 25 juillet 2021, ainsi que des « zoom participatifs » de 8 à 10 personnes qui ont eu lieu du 2 au 29 juillet 2021. Les résultats, l'analyse et la synthèse devraient être exposés lors du prochain congrès national de la SFAP.

De plus le Ministre de la Santé, M. Olivier Véran a annoncé la création d'un « nouveau plan national de développement des soins palliatifs et d'accompagnement de la fin de vie ». La SFAP, tout comme l'ADMD (Association pour le Droit à Mourir dans la Dignité) et les sociétés savantes concernées par la fin de vie, feront partie de son comité de pilotage.

Beaucoup de questionnements semblent néanmoins incontournables pour tous les soignants et surtout pour tous les médecins thérapeutes potentiellement impliqués par cette évolution législative.

Au-delà de la symbolique du vote de cet article premier, faute d'un texte adopté dans son intégralité, la balle est désormais dans le camp de l'exécutif pour l'inscrire à nouveau à l'agenda législatif.

Tout d'abord le soin « palliatif » ne devrait-il pas être consubstantiel et primordial dans tout soin et dans toute démarche médicale ? Ne conviendrait-il pas de rappeler l'adage : « guérir jamais, soigner souvent, soulager toujours » ?

Les malades ne « guérissent » jamais comme si rien n'avait été, mais ils « cicatrisent » plus ou moins facilement ou durablement. **La cicatrisation, la résilience et le deuil ne sont-ils pas des concepts essentiels de la médecine et du soin à rappeler en ces temps de « médecine technique toute puissante » ?** Cela éviterait aux « soins palliatifs » d'avoir à « pallier » les manquements de ce que devraient être les objectifs du soin : rassurer, ne pas nuire et réfléchir avant d'agir, « avec le concours du patient, de ceux qui l'assistent et des choses extérieures » comme le rappelle la philosophie d'Hippocrate dans son premier aphorisme. Cela éviterait aussi d'avoir des professionnels uniquement techniciens de patients objets et non plus de patients sujets.

En tant que médecin, nous défendons une indépendance professionnelle et une éthique de responsabilité. Sur ce dernier point, si une loi venait à nous obliger, elle ne pourrait néanmoins nous enlever notre responsabilité humaine individuelle et collective, car en cas de « refus du médecin ou de tout membre de l'équipe soignante de participer à une procédure d'assistance médicalisée à mourir », « le médecin est tenu de l'orienter immédiatement vers un autre praticien susceptible d'accepter sa demande ». De plus, ne serait-ce pas alors la porte ouverte à légiférer

potentiellement sur tous nos actes médicaux, chirurgicaux ou toutes nos prescriptions, transformant ainsi définitivement la médecine en simple production technique impossible. Ce qui serait philosophiquement le début (ou la continuation ?) d'une véritable rupture hippocratique.

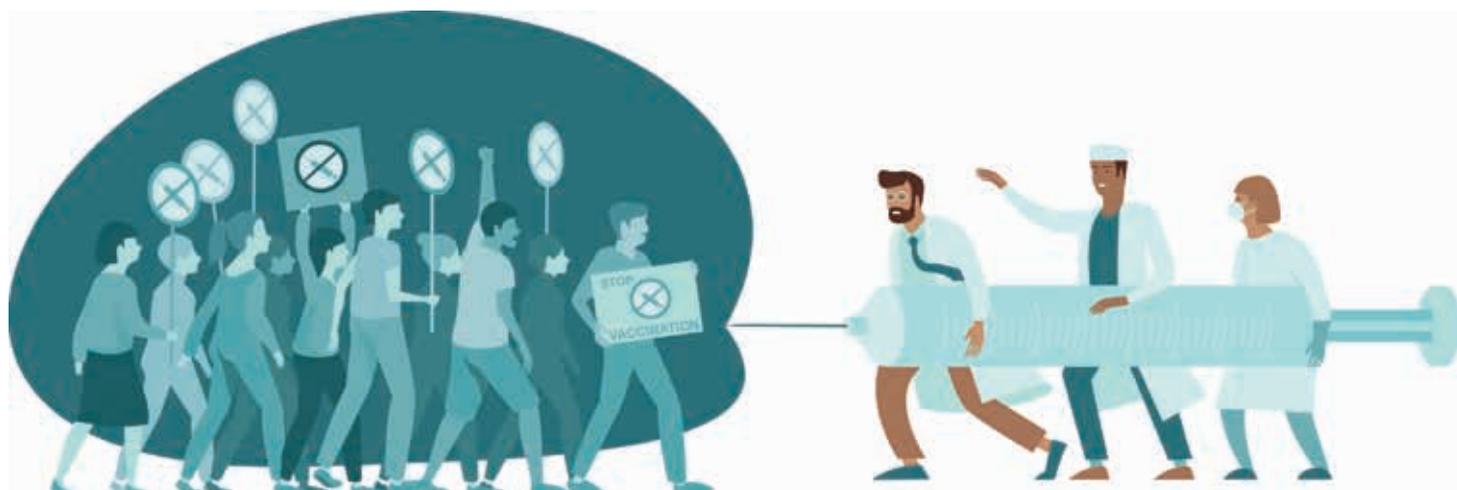
Ne nous y trompons pas, car en écrivant dans l'article premier « *assistance médicalisée à mourir* », nous ne sommes pas comme en Suisse dans le cadre d'une autorisation pour des associations à pratiquer l'aide au suicide réalisée par des citoyens, mais d'ores et déjà dans un processus de médicalisation active de la mort et non plus uniquement de soins d'accompagnement de la fin de vie. Lourde responsabilité que celle-ci qui serait imposée aux médecins par la loi.

Merci donc à la SFAP pour sa mobilisation dans ce débat de société. Cependant il est indispensable que tous les médecins, toutes les sociétés savantes et surtout les CNP (Conseils Nationaux Supérieurs) des spécialités médicales, voire même la FSM (Fédération des Spécialités Médicales), soient un peu plus concernés et actifs dans ce débat aux conséquences non négligeables pour l'évolution de la médecine.

Mourir est donc effectivement un droit, car le suicide n'est plus un délit depuis le code Napoléon de 1810, et mourir reste un devoir, puisque nous ne pourrions nous y soustraire. Mais le véritable enjeu ne serait-il pas simplement de défendre un Droit inaliénable pour chaque Humain de Vivre dans la Dignité, de sa naissance à sa mort ? Ne mourrions-nous pas, en définitive, comme nous avons vécu, dans la continuité de notre vie ?



LA DÉFAITE DE LA SANTÉ PUBLIQUE



(ENCORE UNE...)



Jérôme FRENKIEL
Rapporteur des questions
de santé publique pour
l'INPH

La France à nouveau dans la rue. Deux cent mille personnes et plus, week-end après week-end. Pour protester contre les inégalités de toutes sortes ? Pour soutenir une cause humanitaire ? Pour s'insurger du réchauffement climatique ? Non. Pour protester contre de nouvelles contraintes faites aux citoyens, en lien avec la pandémie en général et la quatrième vague en particulier. En l'espèce, sur les restrictions de l'accès à l'espace public et par ailleurs sur l'obligation vaccinale.

Ces manifestations ne semblent pas représentatives de la position majoritaire des citoyens. Cependant, si l'on fait abstraction de la forme, notamment dans ses analogies de (très) mauvais goût avec certaines références historiques, il pourrait être réducteur de les attribuer limitativement à des postures complotistes, d'opposition radicale et systématique, ou plus généralement irrationnelles.

Mais avant d'entrer dans le sujet, précisons dès à présent notre position sur le fond. Concernant la vaccination, c'est d'ailleurs

simple. En janvier dernier (Le Mag n°20), nous avons déjà fait part de notre étonnement devant la posture du gouvernement qui s'interdisait de principe de recourir à l'obligation vaccinale. Aujourd'hui, constatant l'échec de cette posture, ce même gouvernement corrige le tir, mais bien maladroitement, nous y reviendrons. Concernant le passe sanitaire, la question est plus complexe. En première analyse, il s'agit d'une alternative théoriquement moins contraignante au confinement, en période de poussée épidémique. Et à ce titre il paraît difficile de s'y opposer de principe, sinon à considérer que les conditions d'accès à l'espace public en période de poussée épidémique ne sont pas un sujet. Nous avons d'ailleurs évoqué le sujet en janvier dernier. Cependant, ce nouveau dispositif soulève un certain nombre de questions, sur le principe, sur les modalités d'application, et sur ses conséquences sur les libertés démocratiques en parallèle avec de nombreuses autres lois liberticides, et nous y reviendrons également.

Mais revenons à ces manifestations, et plus généralement aux oppositions à la politique actuelle. Il semble en réalité coexister au moins deux sujets : un sujet médical (opportunité, innocuité), et un relatif aux libertés. Les arguments des opposants ont été largement commentés dans leur dimension irrationnelle, complottiste, ou tout simplement politicienne, non sans raisons au demeurant. De fait, la teneur des arguments, tout comme la présence de personnalités disons... peu consensuelles ont largement

prêté le flanc à ces commentaires. Il est en effet difficile de valider cette conception de la liberté où l'on pourrait refuser de principe la vaccination dans le contexte d'une pandémie, pour soi comme pour ses enfants, et faire totale abstraction de l'intérêt commun. Il en va de même pour les doutes déraisonnables qui sont invoqués à propos de l'efficacité et l'innocuité de la vaccination, opposant aux faits scientifiques des arguments inaccessibles à la critique objective. L'affaire semble donc entendue : le refus de la politique sanitaire du gouvernement ne peut être le fait que de simples d'esprit, d'opposants extrémistes ou de paranoïaques avérés. Mais, en disant cela, a-t-on résumé le sujet ?

Prenons l'exemple des populations Antillaises. On connaît sa très forte opposition à la vaccination, et ses conséquences sanitaires dramatiques. Et pourtant, il serait inconcevable de ranger les opposants dans les catégories mentionnées ci-dessus. Après enquête, il apparaît que la motivation principale de cette opposition est le prolongement direct du scandale sanitaire du chlordécone, où la responsabilité des politiques locaux comme nationaux est évoquée au même titre que celle des producteurs de bananes. On pourra toujours dire qu'il ne faut pas mélanger

les sujets, il est un fait que, selon les circonstances, des arguments inattaquables en lien avec un enjeu fort peuvent être totalement inaudibles. Et c'est bien ce qui se joue ici : le sujet est celui de la confiance, en l'occurrence celui d'une défiance extrême. Comment en est-on arrivé là ?

Il n'est pas simple, pour le citoyen de bonne foi mais qui n'est pas nécessairement expert en santé

Il n'est pas simple, pour le citoyen de bonne foi mais qui n'est pas nécessairement expert en santé publique, de s'y retrouver face à la cacophonie médiatique des discours et ce depuis le début de la crise.

publique, de s'y retrouver face à la cacophonie médiatique des discours et ce depuis le début de la crise. En de telles circonstances, la communication institutionnelle est essentielle, et efficace dès lors qu'elle est sincère, cohérente, constante et clairvoyante. Avec aussi sa part de modestie. Or, il faut bien reconnaître que le gouvernement n'a pas été irréprochable, sur l'ensemble de ces registres. *Sincérité* : la cause est entendue, dès le début de la crise, avec la déplorable affaire des masques. *Cohérence* : on nous a expliqué que les piétons sont contaminants et doivent porter un masque, mais pas les joggers, qui pourtant diffusent dix fois plus d'aérosols. Que les soignants doivent impérativement être vaccinés – quoi qu'il en coûte à l'hôpital dans le cas contraire – mais pas les autres professionnels au contact du public. Que le passe sanitaire est indispensable dans les trains régionaux, mais pas dans

les TGV. Etc. Etc. Un régal pour les humoristes de tout poil, nettement moins pour le sens commun. **Constance et clairvoyance** : L'obligation vaccinale était encore inconcevable il y a quelques mois, au nom de principes fondamentaux qui n'ont d'ailleurs pas été explicités. Nous savons ce qu'il en est aujourd'hui, devant l'échec programmé de l'injonction contradictoire qui a consisté à dire : « se faire vacciner, c'est essentiel, mais je ne vous y oblige pas ». Enfin, rappelons qu'en démocratie la modestie, pour ne pas dire l'humilité, est supposée être une ligne de conduite pour ceux qui ont choisi de se mettre au service du peuple. Qu'en est-il aujourd'hui ?

Dans ces conditions, le citoyen n'est finalement guère incité à adhérer à des mesures successives qui ne sont ni constantes, ni très

lisibles, et bien peu respectueuses des libertés autrement dit des citoyens eux-mêmes. Si l'on ajoute à cette profonde défiance les peurs issues de l'insécurité et de l'incertitude, nous avons là tous les ingrédients de l'irrationnel, et nous en observons les conséquences. Tout ceci est d'autant plus regrettable que l'on aurait pu en faire l'économie, au moins en partie, par le recours aux principes les plus élémentaires de la santé publique et de la gestion de crise. La France n'est pas une multinationale, et le marketing n'est pas la politique.

Dans la tourmente, l'autorité du gouvernant pour rassembler autour d'un objectif commun est primordiale. Non pas l'autoritarisme qui cherche à s'imposer, sans jamais y parvenir d'ailleurs, mais cette autorité qui se constate, du fait de la confiance que le gou-

vernant aura su susciter auprès du plus grand nombre. Or, cette crise tombe bien mal : jamais la distance entre les gouvernants et les gouvernés n'aura été aussi grande, entre vacuité idéologique et scandales à répétition, dont l'abstention croissante et la perte de légitimité du pouvoir ne sont que les tragiques reflets. En un sens, la crise sanitaire aurait pu être l'occasion pour l'Etat de prouver sa capacité à gérer et à rassembler, et par là même d'inverser cette tendance délétère. Il aurait suffi, pour cela, d'un peu d'humilité, de bon sens et, osons le dire de courage, dans l'application des principes élémentaires de la santé publique et dans le juste équilibre entre sécurité et liberté, en application des principes démocratiques. Il n'en a rien été, ou si peu. Dans ces conditions, qui peut prédire ce qu'il en adviendra ?

PASSE SANITAIRE : PETITS GLISSEMENTS PROGRESSIFS (VERS LA SORTIE DE LA DÉMOCRATIE)

La question du passe sanitaire, quand on y réfléchit, n'est pas simple. Certes, en première analyse, il ne s'agit que d'une alternative moins contraignante au confinement : dans le contexte d'une poussée épidémique, il semble peu opportun de s'y opposer. Pour autant, il s'agit d'un nouveau type de mesure qui suscite un certain nombre de questions.

La mesure est-elle prévisiblement efficace ? la théorie ne l'interdit pas, bien que reposant sur un raisonnement empirique et quelque peu simpliste. Mais les modalités d'application comportent tant d'incohérences qu'il ne sera pas superflu de l'évaluer *a posteriori*.

La mesure aurait-elle pu être évitée, notamment dans le cadre d'une campagne de vaccination plus volontariste et plus efficace ? On pourra en discuter longtemps, mais l'hypothèse n'est pas irrecevable, et pose bien la question du coût démocratique, économique et social des décisions qui pourraient ne pas être optimales.

La mesure est-elle créatrice d'inégalités, ainsi que certains l'avancent ? Cette assertion est plus difficile à argumenter, dans la mesure où toutes les personnes nécessitant un passe sanitaire ont accès à la vaccination, gratuite rappelons-le. Tout au plus peut-

on évoquer les conditions techniques de cet accès et les délais d'attente dans certains cas.

Et puis, il y a la question de la proportionnalité et des conséquences pratiques sur les libertés démocratiques. L'aspect probablement le plus complexe et le plus sensible. Elle met en balance une mesure, certes dictée par la gravité de la situation mais dont le niveau d'efficacité *a priori* n'est pas vraiment connu, et des conséquences sur les libertés qui sont, elles bien réelles. Il s'agit de la liberté d'accéder à certains espaces publics, ou à certains moyens de transport, qui devient conditionnelle. Il s'agit



de la liberté de se déplacer sans avoir de comptes à rendre, sans être fiché, autrement dit de se déplacer librement et anonymement, qui en prend un sérieux coup. Et l'un des principes fondamentaux de la démocratie. On notera que le Conseil scientifique COVID 19, dans son avis du 3 mai 2021, précisait : « Dans la mesure où le passe sanitaire fait usage de données personnelles relatives à l'état de santé, il constitue un précédent dont il convient de limiter les effets en termes de durée et d'ampleur. Limiter l'usage du passe sanitaire aux seuls événements rassemblant un nombre important de personnes, en excluant des actes de la vie quotidienne (se rendre sur son lieu de travail, aller dans un commerce, un établissement de formation, un café, un restaurant) peut être apprécié comme un usage proportionné comme annoncé par les autorités politiques ». Pour sa part, la CNIL, dans son avis du 21 juillet 2021, « [...] alerte le Parlement sur le fait qu'instituer un passe sanitaire pour l'accès à des lieux de la vie courante et de nombreux moyens de transport est un choix éthique. Il faut éviter toute banalisation de ce type de mesure ». Le Conseil et la CNIL proposent, le Gouvernement dispose...

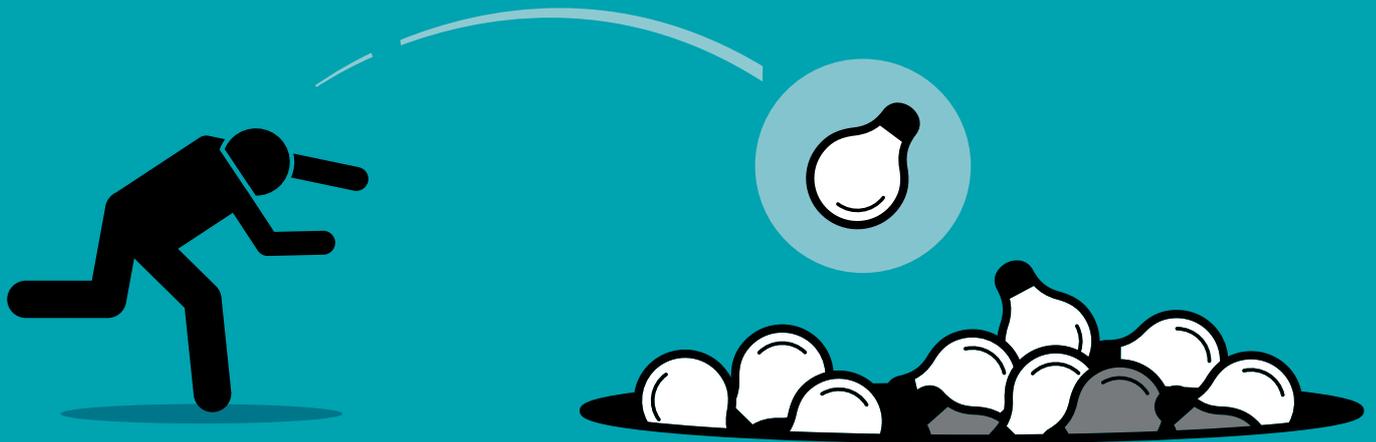
Il faut parler également des conditions de l'application de ces mesures. Les contrôles d'identité, opposables, restent l'apanage des agents publics. Sans se limiter aux

forces de l'ordre. En principe, du moins. Mais la *justification* d'identité, corollaire du contrôle du passe sanitaire, a un cadre bien plus large : restaurateurs, agents de sécurité privés en tout genre, etc. La société où tout le monde surveille tout le monde, ça ne vous rappelle rien ? De fait la CNIL, dans l'avis sus-cité, précise que « La loi devrait préciser davantage les modalités de contrôle de l'identité des porteurs de passe sanitaire, pour éviter la généralisation de contrôles disproportionnés. ». On ne saurait mieux dire. Par extension, on peut également s'interroger sur l'avenir des données *de facto* informatisées générées dans le cadre de ces contrôles. On nous assure qu'il n'en sera pas fait d'usage autre que pour son propos initial. Mais qu'en a-t-il été des lois initialement d'exception antiterroristes ? Cette autre recommandation de la CNIL, fort pertinente, risque cependant de ne pas suffire à garantir le juste équilibre entre sécurité sanitaire et libertés : « [La CNIL] estime indispensable que le Parlement demande une évaluation à l'automne [2021] de l'ensemble des dispositifs mis en œuvre pour lutter contre la COVID-19, et notamment des dispositifs numériques, afin de supprimer ceux dont l'utilité ne serait pas avérée. ». Sans faire de procès d'intention, il ne serait pas déplacé que le gouvernement s'approprie cette recommandation, sous le regard vigilant des citoyens. Et rende des comptes.

Nous subissons un confinement à géométrie variable, depuis un an et demi, sans en voir la fin. Nous avons vu les Lois d'exception antiterroristes passer dans le droit ordinaire. Nous avons pris l'habitude d'une fouille humiliante et inutile pour accéder à des locaux administratifs, commerciaux ou de loisirs. Nous avons pris l'habitude de voir des militaires lourdement armés dans les rues, et d'agents de sécurité à peine moins armés dans les lieux publics ou privés. Nous avons pris l'habitude des caméras de surveillance, de la traçabilité de nos paiements les plus anodins, de nos connexions internet, de celle de nos communications privées, et même de tous nos déplacements. Nous avons pris l'habitude que, « pour des raisons de sécurité », nos échanges téléphoniques avec des interlocuteurs anonymes soient enregistrés. Nous avons pris l'habitude, depuis des années, d'une répression routière maltraitante et largement déconnectée de son objet. Peut-être ces nouvelles manifestations nous disent-elles, tout simplement, que le passe sanitaire et ses relents de surveillance généralisée, quelle que soit sa justification, est la mesure liberticide de trop.



DES ANNONCES HISTORIQUE... MENT



DÉCEEVANTES



Pr Olivier BOYER
Président du SHU
Vice-Président INPH
en charge de l'Université

A la suite d'une visioconférence le 9 juillet 2021 à laquelle le SHU, membre de l'INPH, a été convié ainsi que les membres du « groupe de travail attractivité des carrières HU », les deux ministres de tutelle des HU, M. Olivier Véran et Mme. Frédérique Vidal, ont présenté les arbitrages sur une série de mesures censées améliorer l'attractivité des carrières HU qui ont subi 139 démissions au cours des trois dernières années, du jamais vu !

Plusieurs avancées demandées ou appuyées par l'INPH ont été retenues comme l'ouverture de la mission temporaire d'un an tous les huit ans dès la nomination, une amélioration des règles de reprise d'ancienneté, une clarification des droits à congé, l'ouverture d'une possibilité d'exercice

à temps partiel (assez restrictive toutefois) et un renforcement de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes.

Nous avons combattu la mise en place d'une contractualisation individuelle qui aurait abouti à

séparer et à contrôler les activités hospitalières et universitaires qui doivent demeurer indissociables. Une contractualisation serait finalement mise en place mais à l'échelle d'une équipe hospitalo-universitaire. Affichée comme de nature à préserver le temps de recherche des plus jeunes, cette mesure inutile (car le statut HU le permet déjà) autant que dangereuse pour l'unicité du statut HU comporte ainsi un inquiétant « suivi de projet professionnel plurianualisé pour chaque praticien ».

Les éléments les plus décevants sont les mesures salariales. Si l'augmentation des échelons H en entrée de carrière est un point favorable malgré son montant insuffisant, la revalorisation de la grille hospitalière est quasiment inexistant en fin de carrière. Ainsi, le

dernier échelon des émoluments des MCU-PH et des PU-PH passe de 45 025,80€ annuels à 48 025€ (après 18 ans) et de 56 155,65€ à 58 000€ (après 12 ans), respectivement. Cette revalorisation est à mettre en comparaison avec les 17 000€ accordés aux trois nouveaux échelons des PH.

Les éléments les plus décevants sont les mesures salariales. Si l'augmentation des échelons H en entrée de carrière est un point favorable malgré son montant insuffisant, la revalorisation de la grille hospitalière est quasiment inexistant en fin de carrière

charge plus qu'une mesure d'attractivité. A noter que cette mesure est quasiment inapplicable aux plus jeunes depuis la réforme des Plans d'Épargne Retraite par la loi PACTE.

Pour la retraite hospitalière tant attendue, c'est simple : pas de retraite. L'assiette de l'abondement est portée de 9 à 12 % mais en bénéficier nécessite d'augmenter ses versements à une surcomplémentaire, c'est donc une

Pour le régime indiciaire universitaire, le même principe de simplicité s'applique : rien. Légère brise sur le régime indemnitaire, une prime PERS de 700€ (brut annuel, soit 49€ net mensuel) pour les PU-PH et de 750€ pour les MCU-PH est toutefois créée. Elle a vocation d'augmenter à un peu plus de 2 000€... en 2027. Elle n'est pas automatique mais appliquée à un taux de 1/3, 2/3 ou 100 % sur rapport d'activité (compte-rendu des activités d'enseignement et de recherche) et décision du directeur d'UFR. Il n'échappera pas aux HU que, là encore, son montant est très inférieur à la prime équivalente PRES de leurs collègues enseignants-chercheurs.

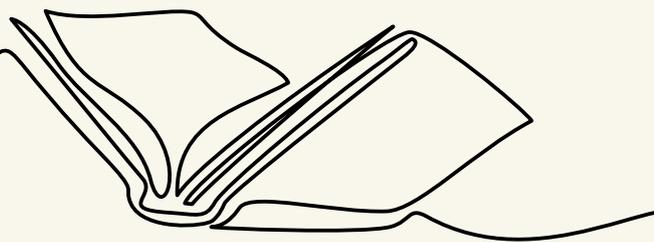
Au total, quelques îlots de consolation dans un océan de déception, donc.

Oui, comme indiqué par nos ministres, ces annonces sont historiques... historiquement décevantes.



JE L'AI LU ET VOUS AIMEREZ PEUT-ÊTRE LE LIRE AUSSI

On a lu pour vous



SOMMES-NOUS ENCORE EN DÉMOCRATIE ?



Jérôme FRENKIEL
Rapporteur des questions
de santé publique pour
l'INPH

Sommes-nous encore en démocratie ? La question n'est pas nouvelle, et revient de manière récurrente dans les réflexions citoyennes. Natacha Polony, directrice de la rédaction de l'hebdomadaire Marianne, aborde le sujet de manière... frontale (le mot est faible !).

Au départ de sa réflexion se trouve l'état d'urgence sanitaire, les privations de liberté qu'il autorise, les interrogations qu'il suscite et – c'est là que le raisonnement commence vraiment – la disqualification systématique de ces critiques par le gouvernement, au nom de la démocratie que ces critiques remettraient en cause. Rhétorique dont l'auteure approfondit l'analyse en revenant notamment sur le mouvement des Gilets jaunes. Ainsi, la remise en cause par une partie du peuple d'un système se prétendant démocratique

est-elle par définition de nature antidémocratique, ou au contraire l'expression la plus directe de la démocratie ?



SOMMES-NOUS ENCORE EN DÉMOCRATIE ?

Auteur : *Natasha Polony*
Date de parution : 03 février 2021
Editeur : Editions de l'Observatoire
ISBN : 979-10-329-0979-9
EAN : 9791032909799
Format Poche 96 pages

Sur la base de cette question, Natacha Polony aborde certains questionnements sur la théorie de la démocratie : Le peuple est-il sage du seul fait qu'il est peuple, et par là même compétent pour présider à l'intérêt commun ? Inversement, le suffrage universel permet-il de garantir que les « élites » politiques, issues du principe de représentation, seront compétentes et désintéressées ? A cette dernière question, l'auteure répond de manière implacable : comment notre mécanique constitutionnelle a permis à l'élite socio-économique (mais non point culturelle et encore moins humaniste) de s'accaparer le monopole de la représentation, dans une distance toujours plus grande avec le peuple, qu'il s'agisse du processus électoral ou de l'exercice du pouvoir. Et comment cette même élite élude systématiquement les conséquences de cet éloignement, au premier rang desquelles figurent la défiance et l'abstention massive.

Puis la réflexion se déplace vers le sujet central de la thèse : la faille de la représentation démocratique en cache une autre : celle de la souveraineté nationale au profit d'une idéologie aux antipodes de la démocratie - telle que nous l'entendons en tout cas - et de la justice sociale : le néolibéralisme. L'auteure en reprend les princi-

pales étapes, en insistant sur les conditions de l'Acte unique européen de 1986 et sur ses conséquences. Puis elle en développe certains aspects particulièrement structurants. Exemple : le néolibéralisme impose l'idée selon laquelle il n'est que le prolongement inéluctable des lois de la nature humaine (« there is no alternative »), alors qu'il n'est qu'idéologie, au service du plus petit nombre. Autre exemple : dans la culture anglo-saxonne (et donc l'idéologie néo-libérale), l'intérêt commun ne serait que le prolongement mécanique des intérêts particuliers - ce que, au passage, l'observation dément chaque jour - alors que dans la conception française, l'intérêt commun se définit en soi, et se construit par l'action commune. Avec en toile de fond une question philosophique fondamentale : entre compétition et coopération, laquelle de ces deux conceptions est la plus apte à servir le genre humain ? Et par prolongement de constater les ravages de cette idéologie individualiste jusqu'à l'absurde, et sa profonde incompatibilité avec notre conception de la société démocratique.

En réalité, aucune de ces réflexions n'est originale à proprement parler. On y retrouve l'influence des thèses de Joël Bakan (sur la dimension psychopathologique du libéralisme), d'Alain Supiot (sur la

« gouvernance par les nombres »), ou d'approches plus formelles telles que le théorème de Tucker ou les équilibres de Nash (approches quantitatives de la coopération), pour ne citer qu'eux. Il n'en reste pas moins que ce petit ouvrage a le grand mérite de recadrer le débat, de manière synthétique, didactique et, ce qui ne gâche rien, avec un style vivant et des plus réjouissants.

Ce texte conclut sur une question bien embarrassante, que l'on pourrait formuler ainsi : lorsque le Système est le problème, la solution est-elle possible à l'intérieur de ce même système ? On a bien compris, au terme de cette lecture, que nous ne sommes plus en démocratie, et que le problème est bien d'y retourner, mais on aurait apprécié quelques développements sur ce point. Ici, et comme c'est trop souvent le cas dans ce type d'ouvrage, l'analyse est pertinente, à l'occasion brillante, mais les solutions à peine esquissées, et sur un mode très général. Une page d'orientations thérapeutiques pour 80 pages de diagnostic, c'est un peu court. D'un autre côté, le propos de ce petit livre n'est pas nécessairement de nous fournir les éléments de réponse clé en main : à nous de les imaginer et, qui sait, de les imposer... démocratiquement, s'il en est encore temps.



LES MÉDECINS ONT AUSSI LEURS MAUX À DIRE



Dr Eric OZIOL

Lecteur bienveillant, amical et solidaire.

Pour illustrer nos propos et réflexions sur la qualité de vie au travail, le bien-être (ou pas) ressenti au travail, le malaise à l'hôpital, voire dans la civilisation, je vous propose la lecture ou relecture de ce remarquable ouvrage collaboratif qui reprend toutes les pistes explorées par un collectif de praticiens du CHU de Montpellier, le groupe du « Bien-Être Au Travail » (BEAT), sous la direction de la Professeure Michèle MAURY pédopsychiatre et du Professeur Patrice TAUREL radiologue, Président de la Commission Médicale.

Suite au décès tragique d'un jeune médecin, le Docteur Eric Delous en 2010, véritable électrochoc pour la communauté hospitalo-universitaire, le groupe BEAT s'est créé pour essayer de comprendre les difficultés de notre métier hospitalier et ses dangers. Par tâtonnements, plusieurs approches analytiques sont développées dans cet ouvrage qui est construit en trois grandes parties :

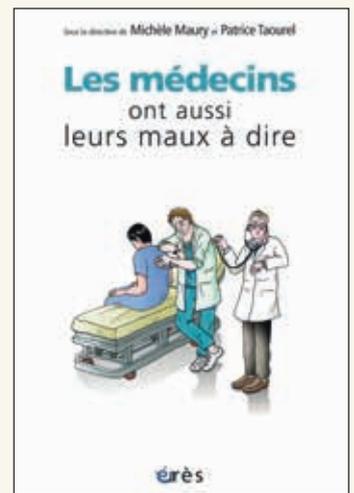
1. Etre médecin à l'hôpital public dans un monde en changement, dans laquelle sont abordés : les risques psycho-sociaux et de burn-

out ; la conciliation entre technicité, collégialité pluri-professionnelle et colloque singulier ; les enjeux de la coopération dans le travail en matière de santé mentale des soignants à l'hôpital ; le médecin manager ou médecin leader ; « l'humanisation » de l'hôpital.

2. Des médecins donnent la parole à leurs collègues au CHU de Montpellier, dans laquelle sont abordés : la genèse du groupe BEAT ; les témoignages des médecins ; des témoignages de directeurs sur leur partenariat avec les médecins ; un cas « clinique » de dossier conflictuel et douloureux, concernant l'avenir de l'établissement ; il y a même une excellente bande dessinée sur les difficultés des H et des HU ; enfin sont abordées les relations au travail, source de bien-être et de souffrance pour les médecins.

3. Des actions pour aujourd'hui et demain, dans laquelle sont abordés : la médiation pour les professionnels des établissements hospitaliers et médico-sociaux publics (par Edouard COUTY) ; le bilan des six années d'action du groupe BEAT ; comment passer de plans nationaux généraux à une politique locale concrète.

Enfin en conclusion dans la postface, Thomas LE LUDEC, Directeur Général du CHU de Montpellier, réalise une synthèse qui est finalement un véritable plaidoyer pour une évolution de la gouvernance ou en tous cas du management hospitalier, vers une bonne intelligence collective par une écoute mutuelle bienveillante. Je cite : « C'est en conservant une capacité



LES MÉDECINS ONT AUSSI LEURS MAUX À DIRE

Sous la direction de

Michèle Maury, Patrice Taourel

Editions : Érès. Collection : Questions de société

Mis en ligne sur Cairn.info le 19/06/2019

Pages : 280

ISBN : 9782749263038

ISBN en ligne : 9782749263045

d'expression critique, de débats contradictoires et de recherche de solutions à notre portée dans le respect des compétences de chacun, dans la considération de tous les métiers de l'hôpital que nous pourrions trouver en nous même les forces permettant d'améliorer ce bien-être au travail si propice aux bons soins pour le patient, finalité de la mission hospitalière ».

Cela fait indéniablement écho à l'interview de Philippe BANYOLS, Directeur du CH de Béziers dans le MAG 20 p.37 : « la question de savoir qui dirige est moins importante que de savoir comment on prend les décisions ».

Enfin comme le citait Jean OURY, figure de la psychothérapie institutionnelle influencé par François TOSQUELLES qui déjà lui-même s'inspirait d'Hermann SIMON, « Soigner les malades sans soigner l'hôpital, c'est de la folie. ».



BULLETIN D'ADHESION À L'INPH INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

COTISATION ANNÉE 2021 ADHÉSION DIRECTE

Nom

Prénom

Fonction

Lieu d'exercice

Adresse postale personnelle

Code postal Ville

N° portable

Adresse électronique

Bis

Cotisation ANNÉE 2021 - Chèque libellé à l'ordre de l'INPH

Temps plein : 125 euros

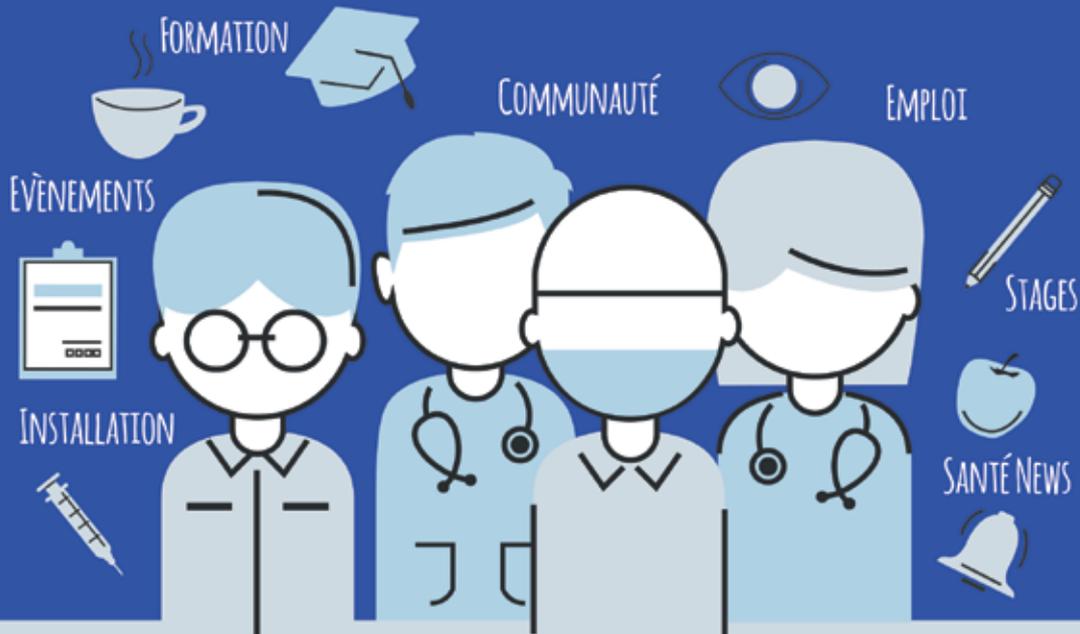
Temps partiel : 65 euros

Merci d'envoyer le chèque et le bulletin d'adhésion (rempli et signé) à l'adresse suivante :
Docteur Rachel BOCHER – Présidente de l'INPH – Hôpital St Jacques - 44093 Nantes Cedex

En envoyant ce formulaire, j'atteste donner mon consentement pour l'utilisation de mes données pour l'adhésion à l'association INPH et l'envoi de newsletter.

Signature





R É S E A U
P R O 
 S A N T É

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



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
 INSCRIPTION GRATUITE



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

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode



Les Annonces de Recrutement





RECRUTE MÉDECIN PSYCHIATRE ASSISTANT, ATTACHÉ ou PHC À Temps Plein - Sur le site d'Avron Poste à pourvoir dès que possible

VOUS SOUHAITEZ REJOINDRE UN ACTEUR HOSPITALIER MAJEUR DANS LA PRISE EN CHARGE EN PSYCHIATRIE ET NEUROSCIENCES ?

Le Groupe Hospitalier Universitaire Paris psychiatrie & neurosciences est né le 1^{er} janvier 2019 des rapprochements des hôpitaux Sainte-Anne, Maison Blanche et Perray-Vaucluse. Leader dans le soin, l'enseignement et la recherche portant sur les maladies mentales et le système nerveux, le GHU Paris emploie 5600 hospitaliers répartis dans 100 sites parisiens, ainsi que des unités à dimension médico-sociale dans le 91 et le 93.

Le GHU Paris assure la prise en charge de proximité, de recours et de spécialité des Parisiens dans toutes les disciplines associées à la santé mentale et au cerveau au sein de 170 structures réparties dans la capitale.

2' chrono pour connaître le GHU Paris en images animées : <https://vimeo.com/307489792>

- www.ghu-paris.fr
- Ghu Paris
- @GhuParis

Siège : Site Sainte-Anne, 1 rue Cabanis - 75014 PARIS

CANDIDATURE À ADRESSER À :

Docteur Catherine BOITEUX
C.BOITEUX@ghu-paris.fr

ÊTRE MÉDECIN AU SEIN DU GHU PARIS

Envie d'en découvrir plus ? Vous trouverez les témoignages des soignants du GHU Paris sur le lien suivant : <https://www.ghu-paris.fr/fr/actualites/etre-medecin-au-ghu-paris-video>



DESCRIPTION DU PÔLE/SERVICE

Le service couvre le secteur de Belleville (nord-ouest du 20^e arrondissement de Paris) et dépend du Groupement Hospitalo-Universitaire Paris Psychiatrie & Neurosciences, site Avron.

Il dispose des structures suivantes :

- Unité d'hospitalisation, 129 rue d'Avron, 75020 (2 UF de 21 lits) : Accueil des patients du secteur de plus de 16 ans.
- CMP, 3 rue Lespagnol, 75020 : Consultations médicales et paramédicales, relations avec les partenaires.
- CATP Gambaletta : Activités médiatisées, culturelles et artistiques, groupes thérapeutiques.
- Club Thérapeutique : Réhabilitation psycho-sociale.
- Unités co-sectorielles : Foyer de post-cure, AFT, appartements thérapeutiques.

De façon générale, le secteur s'attache à travailler de façon privilégiée avec les partenaires locaux et à développer ses réseaux de proximités (associations de quartier, CLSM, RESAD, conventions avec des structures médico-sociales...).

DESCRIPTION DU POSTE

- Au CMP : Activité de consultation en psychiatrie adulte, accueil des familles, travail en lien avec l'équipe pluridisciplinaire, réunions de synthèse cliniques et institutionnelles hebdomadaires, contacts avec les partenaires locaux et les structures intersectorielles.
- En intra-hospitalier : En lien avec les collègues du service, PH, assistants et internes, prise en charge des patients hospitalisés (SL, SDT, SDRE), gestion de la crise, accueil des familles, organisation des soins d'aval, travail avec l'équipe pluridisciplinaire, réunions de synthèse cliniques et institutionnelles hebdomadaires.
- Participation aux gardes du site d'Avron regroupant les 3 secteurs du 20^e arrondissement de Paris.



L'appli

Recherchez votre site actuel. Appâchez tout le GHU Paris dans votre poche!



LE CENTRE HOSPITALIER SUD ESSONNE (91)

Établissement public MCO-SSR, USLD, EHPAD, site de PDS et siège de la filière gériatrique de territoire,

RECRUTE

- UN MÉDECIN GÉRIATRE (F/H)
- UN MÉDECIN GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN (F/H)
- DES MÉDECINS SPÉCIALISTES (F/H)
- UN MÉDECIN SSR POLYVALENT
- UN URGENTISTE (F/H)
- UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE (F/H)



POUR TOUT RENSEIGNEMENT ET CONTACT :

Centre Hospitalier Sud Essonne
Dourdan-Étampes Siège :
26 avenue Charles de Gaulle - 91150 ÉTAMPES
Courriel : affairesmedicales@ch-sudessonne.fr
Tél. : 01 60 80 79 59

Statut PH / PA / Assistant.
Postes prévus à la publication du 2nd tour de PH du CNG.

LE COSEM-COORDINATION DES ŒUVRES SOCIALES ET MÉDICALES

est une association de santé créée en 1945 qui regroupe aujourd'hui 10 centres de santé, avec consultations médicales et dentaires, imagerie médicale et laboratoires d'analyses médicales, situés dans les 5^e, 8^e, 9^e, 10^e et le 19^e arrondissement de Paris et EVRY II (Essonne).

Dans le cadre d'un partenariat Hôpital/Ville, le COSEM a ouvert des Unités de soins non programmés au sein de l'APHP LARBOISIÈRE qui a pour vocation de désengorger les services d'Urgences après régulation par une IMA.

OUVERTURE IMMINENTE, MARSEILLE, CAEN, AMIENS, NANTES, LYON, SAINT-ÉTIENNE, ORLÉANS, BORDEAUX, METZ, TROYES et SAINT-QUENTIN.

Nos 700 praticiens assurent l'ensemble des activités médicales et dentaires avec près de 2 millions de patients par an. Des services d'imagerie médicale, 2 Unités de Soins immédiats, un pôle de la femme, un laboratoire de prothèses dentaires numérique et un laboratoire de biologie médicale complètent notre offre de soins. Nos centres respectent les tarifs conventionnés (secteur 1) et pratiquent le tiers payant. Des conventions passées avec plus de 520 mutuelles évitent à nos patients toute avance de frais.

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

Favoriser l'accès aux soins pour tous, telle est la vocation du COSEM.

Rejoignez les centres COSEM et exercez dans des structures modernes en tant que cadre salarié en gardant votre liberté de pratique mais déchargé des principales tâches administratives gérées par des services dédiés.



LE COSEM

LE POSTE

- Rémunération sous forme de rétrocession.
- Contrat à durée indéterminée (temps plein ou partiel) Suivant disponibilités et planning des praticiens (2 à 10 Vacances par semaine. Du Lundi au samedi De 8h00 à 19h00 avec 1 heure de pause déjeuner).
- L'accès aux centres est de 6 jours sur 7, de 7h30 à 19h00, sans rendez-vous pour les généralistes et les laboratoires.
- 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.



recherche pour **L'ENSEMBLE DE SES CENTRES** (Paris, banlieue et province)

DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES

(Allergologues, Angiologues/Phlébologues, Cardiologues, Dermatologues, Endocrinologues, Gastro-entérologues, Gynécologues, Neurologues, Ophthalmologues, ORL, Pneumologues, Psychiatres, Pédiatres, Radiologues, Rhumatologues, Urgentistes).

ET DENTISTES

SI VOUS ÊTES INTÉRESSÉ, MERCI DE BIEN VOULOIR CONTACTER Mme Sonia KOVELMANN, Coordinatrice Pôle Médical : 06 89 03 33 20 - skovelmann@cossem.fr



L'Établissement français du sang (EFS) est l'opérateur civil unique de la transfusion sanguine en France. Sa mission principale est de garantir l'autosuffisance nationale en produits sanguins labiles. Il est présent sur l'ensemble du territoire à travers 13 établissements régionaux. Son ancrage territorial lui permet d'être au plus près des 1,7 millions de donneurs accueillis chaque année ainsi que des 1 500 établissements de soins destinataires des produits sanguins.

L'EFS recrute : Des biologistes

La mission du biologiste consiste à participer à la responsabilité médicale du fonctionnement du laboratoire IH. Il assure la validation biologique des examens, interprétation et prestations de conseil aux prescripteurs ainsi que la sécurité immuno-hématologique des patients avec le responsable de l'activité de distribution. Il participe à l'activité de distribution/délivrance des produits sanguins labiles et peut-être amené à assurer le management fonctionnel de l'équipe technique sur cette activité.

Des médecins

À proximité de chez vous :

- * Département du Val-d'Oise (Pontoise et les villes avoisinantes).
- * Département du Val-de-Marne (Ivry-sur-Seine et les villes avoisinantes).

La mission du médecin de prélèvement consiste à assurer le premier contact avec le donneur. Il participe activement à sa fidélisation et aux relations avec les partenaires de collecte (associations pour le don de sang bénévole, clubs services, entreprises, établissements scolaires et universitaires). Il effectue l'entretien préalable au don avec pour objectif de valider l'éligibilité du candidat au don. Il veille au bon déroulement de la collecte dont il est le responsable d'équipe.

Chaque jour, les 10 000 professionnels engagés au sein de l'EFS mettent, grâce aux donneurs de sang, leur savoir-faire au service des patients. Rejoindre l'EFS c'est participer à l'excellence du système public transfusionnel français et faire vivre un acte citoyen porteur de sens : le don de sang.

Vous souhaitez exercer à temps plein ou à temps partiel une activité médicale à forte dimension relationnelle et vous impliquer dans une mission essentielle de santé publique ?

Contactez-nous, nous serons ravis de vous rencontrer : CV et courrier de motivation sont à transmettre : **Myriam BERRAIS**
Responsable du Développement RH
myriam.berrais@efs.sante.fr - 01 43 90 42 83

**VOTRE TALENT,
LE PARTAGE EN +**



CH polyvalent

- 493 lits de MCO
- 140 lits de SSR, USLD, EHPAD
- 56 lits de Psychiatrie
- 7 salles de bloc opératoire

45 km à l'ouest de Paris

- A13
- Bus de la défense (40mn)
- Transilien /St Lazare (35mn)
- 15 km du Vexin Normand

Prêt-es à rejoindre nos équipes ?

Le Centre Hospitalier de Mantes-La-Jolie
(78) RECRUTE

des MÉDECINS

- Urgentistes, Réanimateurs, Anesthésistes
- Cardiologues, Oncologues, Pneumologues, Neurologues
- Gériatres
- Pédiatres
- Psychiatres et Pédopsychiatres
- Radiologues, Biologistes, Hygiéniste



Direction des Affaires Médicales

m.bonhomme@ch-mantes-la-jolie.fr

01 34 97 40 24 / 01 34 97 40 00 (standard)

Plus d'informations sur l'établissement

www.ch-mantes.fr

www.linkedin.com/company/centre-hospitalier-francois-quesnay

Vous partagez les valeurs du service public et vous êtes sensible à l'activité des sapeurs-pompiers. Le Service Départemental d'Incendie et de Secours de Seine-et-Marne, vous offre une réelle opportunité de conjuguer qualité de vie et intérêt professionnel.

LE SERVICE
DÉPARTEMENTAL
D'INCENDIE ET DE SECOURS
DE SEINE-ET-MARNE



RECRUTE par voie statutaire ou contractuelle

MÉDECIN GÉNÉRALISTE H/F

Temps de travail : Temps complet prioritaire, temps partiel accepté.
Avantages : Logement possible pour nécessité de service – Travail sur la base de 35 heures par semaine et en jours ouvrés – astreintes opérationnelles – Rémunération attractive.

Affectation au Service de Santé et de Secours Médical – État-major Melun 77.

MISSIONS

Sous l'autorité du médecin chef, vous participerez au fonctionnement du Service de Santé et de Secours Médical (SSSM) en collaboration avec les médecins, pharmaciens et infirmiers selon la politique départementale du SDIS 77, notamment en termes de :

- Participation à la médecine professionnelle et d'aptitude des sapeurs-pompiers.
- Participation à la formation des sapeurs-pompiers et des personnels du SSSM.
- Collaboration en transversalité avec les autres services du SDIS ou hors SDIS sur des dossiers variés en mode projet.
- Participation à l'activité opérationnelle aide médicale urgente (soutien sanitaire et chaîne de commandement SSSM).

PROFIL

Diplôme d'État de Docteur en médecine.
Aptitude médicale à la fonction de médecin sapeur-pompier.
Expérience en médecine d'urgence et/ou du travail appréciée.
Connaissance des outils informatiques, capacité d'initier et suivre des projets.
Sens des relations humaines, disponibilité et adaptabilité.
Sens du travail en équipe et en milieu hiérarchisé.

À PROPOS DE L'ÉTABLISSEMENT

Le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) de Seine-et-Marne, établissement public, réalise plus de 90 000 interventions par an. Ses 4 000 agents concourent à la réalisation des opérations de secours au profit de la population de Seine-et-Marne. Le SDIS est administré par un conseil d'administration composé d'élus représentant les collectivités territoriales du département. Découvrez son histoire, ses valeurs, son organisation, ses missions, ses moyens.

- ÉTABLISSEMENT PUBLIC AUTONOME.
- 61 CENTRES D'INCENDIE ET DE SECOURS.
- 1552 AGENTS PERMANENTS DONT 1205 SAPEURS-POMPIERS PROFESSIONNELS.
- 2419 SAPEURS POMPIERS VOLONTAIRES.
- BUDGET ANNUEL DE 159.6 MILLIONS D'EUROS

Postes à pourvoir rapidement ou selon la disponibilité des candidats.

Merci de bien vouloir faire suivre votre candidature (lettre de motivation + CV)

service-recrutement@sdis77.fr

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez contacter le Médecin Chef au **06 82 55 66 23**



LE SERVICE DÉPARTEMENTAL
D'INCENDIE ET DE SECOURS DE SEINE-ET-MARNE
56, avenue de Corbell - BP 70109 77001 MELUN CEDEX
Ressources Humaines
service-recrutement@sdis77.fr



GRUPE
HOSPITALIER
PARIS
SAINT-JOSEPH



CHERCHE

L'HÔPITAL PARIS SAINT-JOSEPH

est un hôpital privé à but non lucratif, avec le statut d'Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC).

Depuis le 01 janvier 2020, la fusion entre l'Association Marie Lannelongue et la Fondation Hôpital Saint-Joseph est effective et a donné naissance à un nouvel ensemble hospitalier.

UN MÉDECIN ANESTHÉSISTE RÉANIMATEUR

TEMPS PLEIN OU TEMPS PARTIEL EN CDI
Poste à pourvoir immédiatement.

Afin de renforcer l'équipe d'anesthésistes, nous recherchons un médecin anesthésiste diplômé d'un DES ou équivalent, inscrit au conseil de l'Ordre ou lauréat des épreuves de vérification des connaissances (PAE). Le service est implanté sur le site du Plessis Robinson.

MISSIONS ET RESPONSABILITÉS CONFIAÉES

L'hôpital Marie Lannelongue est situé au sud de Paris dans les Hauts-de-Seine à Plessis Robinson. Avec 7 salles d'opération, une salle de réveil ouverte 24/24 et une réanimation de 23 lits il assure des interventions de chirurgie thoracique, cardiaque adulte et cardio pédiatrie. L'hôpital a développé également un important service de cathétérisme interventionnel (adulte et pédiatrie).

L'activité clinique est complétée par un laboratoire de recherche clinique INSERM avec des contacts en France et à l'étranger.

L'activité clinique en anesthésie se déroule sur plusieurs sites : bloc opératoire (avec une activité séparée pour la chirurgie cardio pédiatrique), cathétérisme, bronchoscopie interventionnelle et consultation. Les journées de travail sont de 12 heures.

Lieu d'exercice : Ce poste est situé sur le site de Marie Lannelongue au Plessis Robinson.

Cycle de travail : 3/3/3/4 jours avec forfait annuel de temps de travail à 139 jours.

Rémunération attractive des gardes et possibilité d'effectuer des journées de renfort interne avec indemnisation forfaitaire supplémentaire.

CONTACT

Merci d'adresser une lettre de candidature et CV :
DR ION, Médecin chef de service anesthésie - i.ion@ghpsj.fr

UN MÉDECIN URGENTISTE

TEMPS PLEIN OU TEMPS PARTIEL EN CDI
Poste à pourvoir immédiatement.

Le service accueille 160 patients par jour et possède l'ensemble du plateau technique indispensable (Cardio, neuro et la grande majorité des chirurgies sur place ainsi que des urgences gynéco.)

Lieu d'exercice : Ce poste est situé sur le site de Saint-Joseph à Paris 14^e.

Cycle de travail : Forfait annuel de temps de travail à 166 jours.

Équipe jeune et dynamique, locaux neufs, équipements de pointe, ... Conditions de travail et salaires attractifs ! rejoignez-nous !

CONTACT

Merci d'adresser une lettre de candidature et CV : Dr Olivier GANANSIA, Médecin Chef du service d'accueil des urgences - oganansia@ghpsj.fr



Créée en 1965, l'Association Les Tout-Petits, association humanitaire à but non lucratif est reconnue d'intérêt général. Elle se consacre aux enfants, adolescents et adultes polyhandicapés et handicapés mentaux. Elle assure dans ses établissements et services, les soins, l'éducation, la formation, les activités et les loisirs qui sont nécessaires à favoriser l'épanouissement physique et mental des personnes accueillies.

L'association recrute pour 3 établissements des Yvelines et de l'Essonne, postes cumulables ou séparés selon les attentes du/des candidat(s).

MÉDECIN(S) GÉNÉRALISTE(S) et/ou PÉDIATRE(S) - H/F

Pour postuler

Adresser CV et LM à Mme Manuela Le Borgne,
Directrice Pôle Enfance 91 - m.leborgne@lestoutpetits.fr



Pour le Pôle Médico-social des Mesnuls (78), nous recherchons :

- Un mi-temps à la Maison d'Accueil Spécialisée.
- Un quart temps au Centre d'Accueil Familial Spécialisé, situés dans le même parc.

À la MAS, le Médecin assure le suivi de la santé des 46 résidents polyhandicapés accueillis ; il est souvent le médecin traitant de résidents de la M.A.S. à la demande des familles. Il assure également un rôle de coordinateur médical, et est en lien avec les médecins traitants des résidents. Il oriente les résidents en consultation spécialisée et assure le suivi global avec les médecins spécialistes. Au CAFS, le médecin assure la coordination médicale pour les 45 enfants accueillis, en lien avec leur médecin traitant (à proximité du domicile des familles d'accueil) et les médecins des institutions prenant en charge l'enfant en journée (IME...) et le médecin ASE.

Pour le Pôle Enfance de l'Essonne des Molières (91), nous recherchons :

- Un 20 % au Service de Soins à Domicile, Au SSAD, le médecin assure la coordination médicale pour les 35 enfants, en lien avec leur médecin traitant et relation étroite avec les parents. Il assure à minima une consultation annuelle, établit la partie soins du projet personnalisé d'accompagnement, détermine les prises en charges et rééducations, établit des prescriptions si nécessaires. Il s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire riche et engagée (psychomotricienne, ergothérapeute...). Il participe aux réunions cliniques hebdomadaires et étudie les demandes d'admission des nouveaux enfants. Au sein d'équipes pluridisciplinaires et membre(s) de l'équipe de direction, il(s)/elle(s) contribue(nt) à la guidance de l'équipe et l'évolution du projet global d'accompagnement.



**HÔPITAL
SIMONE VEIL**
GROUPEMENT HOSPITALIER
EAUBONNE-MONTMORENCY

Dans le Val d'Oise, à 15 min de Paris (gare du Nord, gare Saint-Lazare)
Pôle Psychiatrie - Addictologie

RECRUTE

Praticien hospitalier contractuel

Poste temps plein ou temps partiel.
Praticien Attaché généraliste, addictologue ou psychiatre.
Au Centre hospitalier Simone Veil - 95600 Eaubonne (Val d'Oise).

Exercice dans l'unité :

Niveau 2 d'addictologie intersectorielle (orientation alcoolologie- tabacologie).

Fonction d'addictologie :

Prise en charge addictologique classique et des comorbidités.
Consultations externes.
Prise en charge en hôpital de jour.
Activité de liaison ELSA.

Le poste est disponible
immédiatement.

Pas de gardes, pas d'astreintes.

**Médecin sans expérience
en addictologie accepté
avec possibilité
de formation.**



Contacteur : Dr PEYREGNE, Responsable de l'unité ☎ 01 34 06 62 27 @ franck.peyregne@ch-simoneveil.fr



PHARMACIE CENTRE COMMERCIAL AUCHAN LEERS

Nous recherchons dans le cadre du développement de notre pharmacie

● UN PHARMACIEN H/F

Ayant le sens de l'organisation et l'esprit d'équipe pour un poste en CDI, 35 h par semaine sur 4 jours un samedi/2, Ticket restaurants, Nombreuses formations en internes et PRIMES. Vous travaillerez au sein d'une équipe jeune et dynamique avec une clientèle agréable. Poste formateur pour une éventuelle installation.



● UN PRÉPARATEUR H/F

Diplômé pour un poste en CDI, 35 h par semaine sur 4 jours un samedi/2, Ticket restaurants, Nombreuses formations en internes et PRIMES. Vous travaillerez au sein d'une équipe jeune et dynamique avec une clientèle agréable. Vous pourrez également avoir en charge une gamme de parapharmacie. Opportunité d'évolution.

Merci de nous envoyer CV et lettre de motivation par mail : pharmacieccleers@orange.fr
Pharmacie CC Leers - 1, avenue de l'Europe - 59115 Leers - 03 20 75 74 78



Centre d'accueil et de réadaptation
pour personnes cérébrolésées
Saint-Martin-en-Haut (69)

APF France Handicap Centre d'Accueil et de Réadaptation pour personnes cérébrolésées de Saint-Martin-en-Haut, Rhône (69)

Le Centre d'Accueil et de Réadaptation accueille des personnes adultes, âgées de 18 à 60 ans, concernées par des lésions cérébrales acquises non évolutives. L'accompagnement, d'une durée maximum de 5 ans, est centré sur la réadaptation sociale et la compensation du handicap. L'établissement est autorisé pour 36 places : 32 places de réadaptation dont 2 en appartements de transition et 4 places d'accueil temporaire (séjours de répit).

Mission

La(e) médecin généraliste assure le suivi médical des résidents en exerçant son activité dans le cadre d'un travail pluriprofessionnel avec l'ensemble des acteurs de l'établissement et en réseau avec les partenaires extérieurs.

Conditions de travail

La(e) médecin généraliste travaille au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Elle/il travaille sous la responsabilité de la Directrice.

PERSONNE À CONTACTER

Pour information sur le poste ou Candidature (CV et lettre de motivation) :
Laure BOUVET-MOSSAZ, Directrice - laure.bouvet-mossaz@apf.asso.fr

RECRUTE UNE/UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE 0,20 ETP (UN JOUR SEMAINE)

Profil

Qualification exigée :

Diplôme d'État de Docteur en médecine générale, Inscription obligatoire sur le tableau de l'Ordre des médecins.

Conditions contractuelles

CDI, Temps partiel : 0.2 ETP soit 7 h/semaine.
Organisation à convenir sur une journée sauf jeudi.
Convention CCN 51 : Statut cadre, coefficient 1037.
Rémunération brute pour 0.2 ETP (avant ancienneté éventuelle) 968,30€.
Poste à pourvoir en janvier 2022.



Le service de biologie médicale du groupement hospitalier de Montélimar est un laboratoire polyvalent : Analyses de biochimie, immunologie, hématologie, immunohématologie, hémostase et microbiologie ; une partie de l'activité plus spécifique est sous-traitée.

Le laboratoire fait partie du pôle Plateau Technique.

Le service fonctionne 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, avec 3.1 ETP biologistes, pour 450 dossiers/jour, environ 18 millions de B/an. Astreinte 24/24. (Astreinte de sécurité du lundi au vendredi, astreinte opérationnelle du samedi midi au lundi matin 8h).

MISSIONS

- Valider les résultats de biologie médicale et les interpréter contextuellement, préciser et confirmer le diagnostic médical.
- **Contrôle de Qualité Interne** : Définition des règles et dérogation, supervision.
- Gestion Évaluation externe de la qualité, audits.
- **Veille Biologique et technologique** : Suivi bibliographique, participation à des réunions interdisciplinaires, participation à des congrès.
- **Relations avec les référents techniques** : Organisation du travail, résolution de problèmes.
- Participation aux Gardes et astreintes.
- Formation interne des techniciens, des internes, personnel de l'établissement.
- Participe à la Revue annuelle de Direction.
- **Relations avec les prescripteurs** : Au cas par cas pour les patients, EPU, commission de la Biologie, information, courriers, EPP...
- **Participation instances ou des groupes de travail au niveau de l'institution** : CME, CLIN, CSTH, SLJM, démarche de certification.
- Assure la responsabilité médicale de la prise en charge biologique du patient.
- Prend connaissance et applique les procédures mises en place dans le cadre du système qualité du service.
- S'implique dans la vie du système qualité (gestion non-conformité, réclamations, action d'amélioration).

PERSONNE À CONTACTER :

Dr KAOUA : atika.kaoula@gh-portesdeprovence.fr

CANDIDATURE À

direction@gh-portesdeprovence.fr



RECRUTE

UN MÉDECIN PÉDIATRE OU NEURO-PÉDIATRE OU GÉNÉRALISTE

avec DU en pédiatrie ou déficience F/H

CDI à 0,5 ETP.
Rémunération CCN 1966.
Statut Cadre.

Mouvement citoyen, la Fédération APAJH milite pour une société inclusive. Tout handicap, tout âge de la vie ! 171 établissements en gestion directe sur le territoire national et 4 000 salariés.

Poste basé à Fontaines-sur-Saône (Rhône) pour un CAMSP polyvalent de 47 places (dont deux TSA).

PRINCIPALES MISSIONS

- **Assurer le suivi médical des enfants accompagnés** : Consultation initiale, de suivi, retraçage du parcours médical de l'enfant, rédaction des comptes rendus de consultations et certificats.
- **Accompagner la famille** dans l'évaluation des difficultés de l'enfant et dans la pose d'un diagnostic.
- **Participer à l'accompagnement institutionnel** : Élaboration projet personnalisé en équipe pluridisciplinaire, élaboration et réalisation du projet de soin et orientation de l'enfant.

- **Travailler en équipe et en réseau** : Co-animation avec la directrice des réunions autour du projet personnalisé et apport d'un éclairage médical, rencontres partenariales en lien avec le projet médical de l'enfant.
- **Contribuer à l'amélioration de la qualité** : Participation à la diffusion des RBPP et à l'amélioration de la qualité du service rendu par le CAMSP, participation à l'élaboration et à la conduite du projet d'établissement.
- **Intervenir au CAMSP**, à domicile ou dans tout autre lieu (dans le Rhône) susceptible d'accueillir l'enfant (permis B et véhicule requis).

Candidatures (CV + LM)
à la direction des ressources humaines
en précisant la référence de l'offre :
recrutementara@apajh.asso.fr

Renseignements sur le poste
auprès de Marjolaine Fages Sans,
Directrice adjointe du CAMSP :
m.fagesans@apajh.asso.fr



Poste de PRATICIENS SÉNIORS

à pourvoir au sein du Centre Gérontologique
Départemental des Bouches-du-Rhône,
Spécialité gériatrique ou médecine générale.

Notre établissement situé en plein cœur de Marseille, associe à la fois un secteur sanitaire et un secteur médico-social pour 600 lits et places.

Votre intégration se fera au sein de l'équipe de praticiens en partenariat avec la Direction.

Votre implication et votre exercice s'articuleront autour de la politique institutionnelle, des commissions de la CME, des partenariats avec la médecine de ville ainsi qu'avec les établissements membres du Groupement Hospitalier de Territoire. Possibilité d'exercice mixte Ville / Hôpital pour les candidats intéressés.

L'établissement est agréé pour la formation des internes et développe sa pédagogie :

- Encadrement des internes DES de Médecine Générale et DES de Gériatrie.
- Encadrement des étudiants DFASM1.

Compétences souhaitées :

- Gériatrie ou médecine générale.
- Possibilité d'exercice partagé avec la médecine de Ville.

Qualités : Dynamisme, autonomie, sens des responsabilités, implication, empathie.

Personne à contacter :
frederic.gregoire@cgd13.fr



**LE CENTRE HOSPITALIER
DE L'ISLE-SUR-LA-SORGUE**
(Sud Vaucluse – Lubéron,
à 20 kilomètres d'Avignon)

RECHERCHE

**UN MÉDECIN
GÉNÉRALISTE
OU MÉDECIN
GÉRIATRE**



**Postes vacants à pourvoir : Temps partiel à déterminer
ou temps plein en intervenant sur plusieurs services.**

Temps partiel au sein du service de soins de suite et de réadaptation (18 lits, dont 5 LISp) à orientation gériatrique. Possibilité d'intervenir également sur le service de médecine à orientation soins palliatifs (10 lits) et/ou sur l'EHPAD (111 lits) en tant que médecin traitant ou coordonnateur.

Vous travaillerez dans un établissement à taille humaine, au sein d'une équipe pluridisciplinaire et paramédicale bien dotée, à l'activité diversifiée orientée vers la gériatrie, la rééducation fonctionnelle et les soins palliatifs. Au sein de l'établissement participation aux astreintes dans le cadre d'un roulement avec trois autres médecins, pas de garde sur site, aucune entrée les week-ends.

Le Centre hospitalier est un établissement dynamique, de proximité, participant à de nombreux projets (soins palliatifs, gériatrie, soins non programmés), en lien avec la CPTS et bien intégré dans le groupement hospitalier de territoire de Vaucluse.

Recrutement sous statut praticien hospitalier à temps partiel, praticien contractuel ou vacations libérales avec reprise d'ancienneté. Prise de poste dès que possible.

Possibilité de cumul avec une activité de médecine libérale ou de réalisation de consultations externes pour un médecin spécialisé en gériatrie.



CONTACTER

Colin DELANNOY,
Directeur adjoint,
au 04 90 21 34 01 ou

c.delannoy@hopital-islesursorgue.fr

www.hopital-islesursorgue.fr

**LE CENTRE HOSPITALIER
DE CANNES SIMONE VEIL,**

établissement public récent de 830 lits et places dont 418 lits et places en médecine-chirurgie-obstétrique est le 2^e du département après le CHU de Nice, en termes d'activité et de budget. L'hôpital dispose d'un plateau technique de pointe avec 2 IRM et 2 scanners. Il inclue une offre complète de soins pour les spécialités médicales et chirurgicales avec 1800 agents et 250 Médecins.

RECRUTE

1 PSYCHIATRE à temps plein
1 PÉDOPSYCHIATRE à temps plein
en CMP-CATTP infanto-juvénile



Le praticien viendra compléter, sur 2 secteurs de psychiatrie adulte, une équipe de 7 psychiatres et d'un médecin généraliste somaticien. Il aura la possibilité de participer à des projets innovants et de prendre la responsabilité d'une unité fonctionnelle.

Psychiatrie d'urgence et de liaison. Participation à la Permanence des Soins (garde sur place).

Activité hospitalière : Accueil, diagnostic et prise en charge des patients en hospitalisation conventionnelle et de jour.

Élaboration et mise en œuvre des projets de soins ambulatoires en collaboration avec les familles, entourages et partenaires institutionnels.

Activité ambulatoire, située sur la ville de Cannes : Consultations et suivis sur l'un des deux CMP et/ou hôpitaux de jour.

Élaboration et suivi de prises en charges ambulatoires pluridisciplinaires avec l'équipe paramédicale du CMP.

Travail en réseau avec l'ensemble des partenaires naturels du territoire.

Possibilité d'exercice d'une spécialité particulière en lien avec les praticiens en poste.

Le service est agréé pour recevoir les étudiants en 3^e cycle des études médicales (Interne et Docteur junior) / validant pour les Lauréats des épreuves de vérification des connaissances (EVC) dans la spécialité psychiatrie.



Ce poste est éligible à la prime d'engagement de carrière hospitalière.

Possibilité de mise à disposition temporaire d'un logement.

Pour plus de renseignements et pour nous envoyer votre CV :
candidature.med@ch-cannes.fr

À l'attention de Stéphane ATTRAGIT, Responsable des Affaires médicales



**Centre Hospitalier
Montfavet
Avignon**

www.ch-montfavet.fr



MÉDECIN DIM PSY/SSR POUR SON SERVICE DIM (h/f) PH TEMPS PLEIN OU PRATICIEN CONTRACTUEL

Le département d'Information médicale est composé de : • 1 ETP de médecins • 2,5 ETP de techniciens de l'information médicale • 1 ETP ingénieur. Il a une triple mission à la fois sur le PMSI (Psychiatrie, SSR), sur l'épidémiologie (aide méthodologique à la recherche, épidémiologie descriptive) et la production de données statistiques portant sur des données d'activité médicale en lien avec le contrôle de gestion ; et sur le déploiement/développement initial et continu du dossier patient informatisé en Psychiatrie. Le DIM est également en charge du service des archives médicales et participe aux missions d'identité-vigilance. L'établissement compte 392 lits et 314 places d'HDJ et AFT, 15 lits et 6 places d'HDJ de SSR spécialisés en addictologie, un secteur médico-social de 206 lits et 112 places. Les secteurs de psychiatrie adultes et infanto-juvéniles sont regroupés en 4 pôles et déploient leur activité sur tout le département du Vaucluse et le Nord des Bouches du Rhône. L'activité sanitaire compte aussi un pôle regroupant une UMD (Unité pour malades difficiles) et des unités sanitaires en milieu pénitentiaire, ainsi qu'un pôle d'activités intersectorielles et médico-techniques auquel est rattaché le DIM.

Sous la responsabilité du chef du Pôle d'Activités Inter-Sectorielles et Médico-Techniques, le médecin DIM aura en responsabilité le PMSI PSY et SSR de l'établissement. Dans ce cadre, il aura en charge la production et l'interprétation d'informations médicalisées. Plus spécifiquement, il devra : • Organiser, traiter et analyser l'information médicale en garantissant la confidentialité • Assurer la veille technologique et réglementaire, informer le cas échéant la communauté médicale et la direction de l'évolution de la réglementation • Superviser et encadrer l'équipe des TIMPSY et SSR • Conseiller et former les professionnels pour l'amélioration et l'actualisation des connaissances • Contrôler la qualité de l'information produite et identifier et susciter des actions d'amélioration • Produire les données PMSI, les tableaux de bord d'activité, réaliser l'analyse médico-économique et transmettre aux services et à la direction les informations nécessaires à l'analyse de l'activité • Participer à l'élaboration de l'EPRD (Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses) et aux réflexions stratégiques de l'établissement • Construire des requêtes spécifiques sur demande des services ou de la direction • Participer à l'évolution des systèmes d'information de l'établissement, en particulier la mise en place de l'IA pour le PMSI • Réaliser des études, des travaux de synthèse, relatifs à l'activité et/ou production médico-économique de l'établissement.

Liaisons fonctionnelles : Il travaille en lien avec l'ensemble des médecins de l'hôpital, avec les instances médicales de la CME, le président de la CME et avec la direction, en particulier avec la direction des finances et l'équipe du contrôle de gestion. **Collaborations avec le GHT :** Travail conjoint d'analyse des données administratives des patients par les services d'admissions et services DIM des établissements membres du GHT et du CH de Montfavet, dans le cadre de la politique commune d'identité-vigilance à travailler et de rapprochement des identités permettant le partage d'informations. Participation aux travaux autour de la plateforme Eden visant à organiser le partage d'informations médicales et administratives entre les établissements du GHT et le CH de Montfavet. **Profil recherché :** • Diplôme d'état de docteur en médecine avec un diplôme d'information Médicale ou Diplôme de médecine de santé publique • Une expérience dans un DIM PSY ou une formation à la psychiatrie d'une durée significative serait appréciée • Aptitude rédactionnelle • Maîtrise des outils informatiques (bureautique et si possible les logiciels métiers, PMSI-Pilot, Business Object) • Maîtrise de l'outil informatique et de l'exploitation des données PMSI • Réglementation et instructions de l'ATI (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation) • Connaissance du vocabulaire médical et des classifications (CIM 10, CCAM, CSARR). **Qualités :** • Qualités de rigueur et de méthodologie, esprit de synthèse et appréciation des priorités • Autonomie, dynamisme • Bonne capacité à travailler dans une équipe pluridisciplinaire et à encadrer une équipe de TIM • Qualités pédagogiques et relationnelles et aptitude à transmettre les informations • Connaissance du milieu hospitalier • Capacité d'adaptation à des évolutions techniques

■ **Renseignements :** Dr Hosni EL OUAHCHI, Chef de pôle PAIS-MT : hosni.elouahchi@ch-montfavet.fr - 04.90.03.94.65

■ **Candidature :** envoyez CV+ lettre motivation à Mme MEOLANS, Directrice des Affaires médicales : secretariat.sam.pmgr@ch-montfavet.fr - 04.90.03.90.05



AKAL

LE CENTRE HOSPITALIER D'ORANGE,

établissement de référence du Nord-Vaucluse, situé au cœur de la Provence à 10 mn d'Avignon, 1h de Montpellier, 1h de Marseille et au carrefour des axes autoroutiers en direction de l'Italie et de l'Espagne.

Des postes sont également disponibles sur le Centre Hospitalier de Valréas, en direction commune avec le Centre Hospitalier d'Orange.



RECRUTE

Médecins urgentistes

Le pôle Urgences, avec 26 ETP médicaux, prend en charge les Urgences et le SMUR du C.H. d'Orange et du C.H. de Vaison-la-Romaine ainsi que les Urgences du C.H. de Valréas.

Anesthésiste réanimateur

Pour assurer ses fonctions au Bloc opératoire (5 salles) et en Surveillance Continue (6 lits).

Gastro-entérologue

Service à orientation gastro-entérologie, rhumatologie, diabétologie, il comprend 25 lits et dispose d'un hôpital de jour.

Le Centre Hospitalier d'Orange

dispose de 7 pôles d'activité (Urgences, Chirurgie, Femme/Enfant, Spécialités médicales, Gériatrie, Soutien aux Services Cliniques, Activités transversales), d'un plateau technique complet (IRM, Scanner, Unité de Surveillance Continue, Pharmacie centrale...) et d'un Centre d'Enseignement sur Simulateur Médical.

Il emploie 800 professionnels de santé et dispose de 80 M euros de budget d'exploitation par an.

Les Centres Hospitaliers d'Orange, de Bollène, de Valréas et l'EHPAD de Piolenc fonctionnent en convention de direction commune, comptabilisant au total 700 lits et places (278 lits sur le site d'Orange).

Pour tout renseignement contacter :

Sabine CAMPOS, Directrice en charges des Affaires Médicales (scampos@ch-orange.fr)

Liliane BLANCHI, Gestionnaire aux Affaires Médicales au 04 90 11 24 06 (lblanchi@ch-orange.fr)



Le Centre Hospitalier de la Haute Côte-d'Or RECHERCHE :



CH de la HAUTE CÔTE-D'OR
Châtillon-Montbard-Saulieu-Alise-Vitteaux

Pour l'hôpital de Châtillon-sur-Seine (disciplines du site : Urgences/SMUR, médecine polyvalente, SSR + EVC/EPR, Imagerie/scanner, EHPAD, consultations avancées) :

1 médecin urgentiste pour son service d'Urgences

- 2 Lignes de gardes médicales H24.
- Capacité de Médecine d'Urgence obligatoire.

1 praticien en médecine polyvalente pour son service de médecine

- Service de 23 lits.



Inscription à l'Ordre souhaitée.
Rémunération selon profil.
Aide à l'hébergement possible pendant les 6 premiers mois.

Pour l'hôpital de Montbard (disciplines du site : Médecine polyvalente, Soins de suite et Réadaptation, Imagerie, EHPAD, USLD, Consultations avancées) :

2 praticiens en médecine polyvalente pour son service de médecine gériatrique

- Service de 23 lits.

1 médecin généraliste pour son service d'EHPAD

- 90 lits.
Situé à 30 min de Dijon et 1h de Paris (ligne TGV).

Pour l'EMS d'Alise Sainte-Reine (EHPAD et FAM) :

1 médecin généraliste pour son service d'EHPAD

- 154 lits.

Contact :

Mélanie DEMESSENCE,
Responsable des Affaires Médicales,
03 80 81 73 07 - melanie.demesence@ch-hco.fr

Le centre hospitalier de NOVILLARS, EPSM de référence du département du Doubs (350 lits et places), situé à proximité de Besançon.

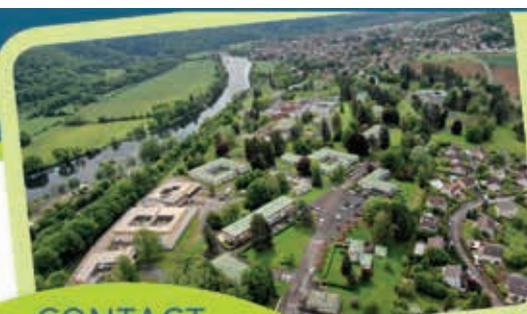
Recrute des PRATICIENS HOSPITALIERS EN PSYCHIATRIE à temps plein et à temps-partiel.

Dans les domaines suivants :

- en Psychiatrie du Sujet Âgé
- en Psychiatrie Adulte - Réhabilitation psychosociale
- en Addictologie

CONTACT

Mr MATHIEU Grégoire
Directeur des affaires médicales
gregoire.mathieu@gpmsdoubjsjura.fr
Tél. : 03 81 60 58 02



L'université de Bourgogne

(35 000 Étudiants, 2 774 Agents salariés)

recrute à Dijon :

Un médecin généraliste Médecine de prévention et de soins



Poste à pourvoir à partir du 1^{er} octobre 2021

CDD Temps Complet de 3 ans renouvelable (temps partiel possible). Débutant accepté.

Lieu de travail :
Service de Santé Universitaire
à Dijon

candidature-ub@u-bourgogne.fr



Les Hopitaux # Jura Sud

RECRUTENT :

Sources photos : Office de Tourisme de Saint-Claude



Un Médecin Généraliste Sur le Centre Hospitalier de Saint-Claude

Le CH St-Claude cherche un médecin généraliste pour intervenir au sein du service de Médecine afin de compléter son équipe actuelle. Le praticien participe à la continuité des soins (service, urgences, consultations interservices, remplacement mutuel en cas d'absence).

Situé en plein cœur du parc naturel du Haut Jura sur la commune de Saint-Claude, le Centre Hospitalier Louis Jaillon fait partie de la communauté hospitalière de territoire du Jura Sud portée par le CH de Lons-le-Saunier avec lequel il est en direction commune, tout comme les autres établissements de la communauté hospitalière de territoire : Champagnole, Orgelet, Arinthod, Saint-Julien, ainsi que le Centre Hospitalier de Morez.

Le Centre Hospitalier de Saint-Paul bénéficie d'un plateau technique neuf (urgences, radiologie, laboratoire, bloc opératoire) et centre son activité en réponse aux besoins de proximité de la population avec :

- Un service d'accueil des urgences, une unité d'hospitalisation de courte durée comportant 6 lits, ainsi qu'une ligne SMUR,
- Deux services de médecine (28 lits de médecine polyvalente et 15 lits de médecine de spécialités),
- Un service de soins de suite et réadaptation polyvalent (20 lits),
- Un centre périnatal et pédiatrique de proximité (C3P),
- Un centre jour de dialyse équipé de 8 postes (hémodialyse, dialyse péritonéale, éducation thérapeutique),
- Un service de chirurgie ambulatoire performant,
- Une unité de soins de longue durée de 30 lits ainsi qu'un EHPAD de 96 lits adossé au Centre Hospitalier.

La bonne dynamique de l'établissement, appuyée par les fonctions supports du CH Jura sud, permet aujourd'hui de créer de bonnes complémentarités et un terrain propice à son développement avec des projets en cours de réalisation, et notamment :

- Extension et relocalisation du service de dialyse,
- Mise en place d'une activité d'hospitalisation de jour, notamment à orientation oncologique,
- Augmentation du capacitaire du service SSB,
- Informatisation complète du bloc opératoire,
- Développement de la chirurgie ambulatoire.

Le CH de Saint-Paul dispose par ailleurs d'une cuisine centrale garantissant la qualité des repas préparés et servis au personnel, il met également à disposition des chambres d'hébergement pour les professionnels nouvellement arrivés en phase de recherche de location immobilière.

En toute saison, le territoire du Haut Jura est propice à s'épanouir dans un cadre de vie riche et diversifié que l'environnement du centre hospitalier permet aussi de confirmer, n'hésitez pas à venir le constater par vous-même !

LE POSTE À POURVOIR

PROFIL RECHERCHÉ : Praticien inscrit à l'Ordre des Médecins.

QUOTITÉ DE TRAVAIL : 100 %

Horaires de jour, 10 demi-journées par semaine.

STATUT : Praticien Hospitalier ou statut médical sous contrat.



Candidature (lettre de motivation manuscrite et signée + CV) sont à adresser à :

Madame GIGANON - Directrice des Affaires Médicales
CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL JURA SUD
55 Rue du Dr Jean Michel
CS 50364 - 39016 LONS-LE-SAUNIER Cedex
Tél. : 03 84 35 60 00
E-mail : celine.giganon@hopitaux-jura.fr



LE CHU DE LIMOGES



Le CHU de Limoges, Hopital Dupuytren, Service Neurologie, Département d'explorations fonctionnelles.

L'UNITÉ

Rattachée au service de neurologie, l'unité d'explorations fonctionnelles neurologiques compte 5 praticiens hospitaliers temps plein, un PU-PH.

Secteur Sommeil : Polysomnographies, Polygraphie, TILE, TME – 2 PH.

Secteur EMG et Potentiels évoqués : 1 PH, 1 PU-PH.

Secteur épileptologie : 2 PH.

PROFIL RECHERCHÉ

Praticien hospitalier ou contractuel formé en épilepsie, à l'interprétation de l'EEG, si possible titulaire du DIU d'épileptologie. Un approfondissement des connaissances reste envisageable au sein du service.

RECRUTE

PRATICIEN HOSPITALIER

Temps plein

À pourvoir en Épileptologie - Service Neurologie.

Activité d'interprétation d'EEG standard, de sieste et prolongés (24, 48h) pour l'enfant et l'adulte.

Activité de consultation en épileptologie de l'adulte.

Réalisation de bilan préchirurgicaux de phase 1 des épilepsies pharmaco-résistantes.



CONTACTER

Dr Bertrand GODET – 05 55 05 65 30 – bertrand.godet@chu-limoges.fr

Dr Claire MARCON-MOHSEN – 05 55 05 65 30 – Claire.marcon@chu-limoges.fr

L'Université de Limoges recrute !

Un médecin du travail F/H

- *Prise de poste* : Le plus rapidement possible.
- *Quotité de travail* : Temps plein ou temps partiel possible.
- *CDD de 3 ans renouvelable*.

Service Médico-Social de l'Université

Au cœur de l'Europe, c'est un important pôle d'enseignement supérieur pluridisciplinaire, dans un environnement des plus propices à l'épanouissement scientifique. Ouverte, elle est un lieu foisonnant d'interactions, avec une population étudiante multiple, des structures d'accueil efficaces, des équipes proches, des formations fondées sur des recherches de très haut niveau et pour des débouchés bien identifiés. Son excellence scientifique, avec des laboratoires de pointe et des partenariats de grande envergure, contribue à inventer le monde de demain.



Femme ou homme de terrain, vous êtes pragmatique, aimez le contact, le travail en équipe et le pilotage de projets ambitieux.

N'hésitez plus, optez pour une meilleure qualité de vie !

Intégrer l'Université de Limoges c'est assurer :

- La prévention de toutes altérations de la santé des personnels de l'établissement avec un rôle exclusivement préventif.
- Le conseil à l'administration, les agents et leurs représentants dans le domaine de la santé et de l'amélioration des conditions de travail.
- La contribution à la définition et à la mise en œuvre de la politique de prévention des risques professionnels.
- L'information auprès de l'administration de tout risque d'épidémie et être en capacité d'effectuer des prélèvements aux fins d'analyse.
- Assurer une information et/ou sensibilisation de portée générale auprès des personnels de l'établissement.



Direction des Ressources Humaines

Mr Michel SENIMON – DGSA-DRH

mail : drh-recrutement@unilim.fr

05 55 14 91 14 ou au 05 55 14 91 72

<https://fr.linkedin.com/school/unilim/>

www.unilim.fr





**POLYCLINIQUE BOYÉ
CROIX SAINT-MICHEL**
Clinique humaine à taille humaine

LA CLINIQUE BOYÉ CROIX SAINT-MICHEL

Fondée en 1943 par le Dr Louis Boyé, la Clinique Croix Saint-Michel située à Montauban est une structure indépendante.

Elle a su préserver un climat humain tout en continuant son développement autour d'une équipe médicale toujours renforcée.



RECRUTE

- UN GASTRO-ENTÉROLOGUE
- UN CHIRURGIEN DIGESTIF/BARIATRIQUE
- UN CHIRURGIEN ORL

Poste à pourvoir dès que possible, installation libérale, aide à l'installation.

CONTACT

Mme Patricia MALOU
Directrice générale
direction@clinique-croixsaintmichel.fr

La clinique Croix Saint-Michel

est un établissement indépendant de 120 lits et places qui regroupe des services de chirurgie, une unité ambulatoire de 24 places, une maternité et des services de médecine, autour d'une équipe médicale de 60 praticiens.

Quelques chiffres :

La clinique accueille 12 000 patients par an.

- **Activité en anesthésie** : 9 000 actes par an.
- **Maternité de 800 accouchements**
- **Activité chirurgicale et endoscopique** activité ambulatoire très développée.
- **Spécialités représentées en chirurgie :**
 - Chirurgie orthopédique
 - Chirurgie urologique / Urologie médicale
 - Chirurgie digestive / bariatrique
 - Chirurgie gynécologique
 - Chirurgie ORL
 - Chirurgie maxillo-faciale
 - Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
- **Spécialités représentées en médecine :**
 - Gastro-entérologie / Obésité
 - Pneumologie / Centre du sommeil
 - Cardiologie
 - Gériatrie
 - Médecine Interne / Diabétologie
 - Médecine Polyvalente
 - Angiologie / Centre de plaies et de cicatrisation
 - Rhumatologie

Rejoignez

un établissement à taille humaine, indépendant, doté de la meilleure certification en A dans un cadre de vie idéal à seulement 45 minutes de Toulouse.



LE CH DE VERDUN SAINT-MIHIEL

met le patient au cœur de son dispositif. Établissement support du GHT Cœur Grand Est, ses activités sont organisées en pôles territoriaux. Une dynamique qui garantit une prise en charge de qualité et une offre de soins complète pour la population du territoire.

Venez nous rejoindre, nous sommes à votre écoute afin de vous accompagner dans votre carrière et vos projets médicaux.

N'hésitez pas à nous contacter pour tout renseignement sur le service, l'établissement, le GHT Cœur Grand Est, ou tout élément qui pourrait faciliter votre installation dans notre belle région !

Vous êtes :

- MÉDECIN SSR
- CARDIOLOGUE
- PÉDIATRE
- GYNÉCOLOGUE
- PSYCHIATRE



CONTACTEZ

M. Gauthier MENIGOT,
Directeur des Affaires Médicales
gmenigot@ch-verdun.fr
03 29 83 85 22



LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA HAUTE-MARNE

recrute

Un Médecin de Prévention

La Haute-Marne propose un cadre de vie exceptionnel avec un prix de l'immobilier très accessible (2^e département le moins cher de France pour l'achat d'une maison) et le haut débit partout. Au Conseil départemental de la Haute-Marne, 1 200 agents travaillent au quotidien pour le bien-être des Haut-Marnais. Accompagnement social, entretien des routes et des collèges, aides aux communes et à leurs groupements, culture, lecture publique, etc. Les métiers sont nombreux et très variés.

Cadre d'emplois / Statut : Médecins territoriaux.

Missions du service – Positionnement de l'agent : Le Pôle Prévention Santé est l'un des trois services de la DRH amenés à travailler en étroite synergie et en transversalité. Au sein de ce pôle, vous assurez la surveillance médicale des agents de la collectivité et les actions en milieu professionnel visant l'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels.

Profil du poste :

- **Savoirs être :** Aptitude au travail en équipe, qualités relationnelles et aptitude à l'écoute, rigueur, organisation, discrétion professionnelle, devoir de réserve, aisance rédactionnelle.
- **Savoir :** Connaissance du statut de la Fonction Publique Territoriale, maîtrise des dispositions relatives à l'hygiène et à la sécurité.
- **Expérience souhaitée :** Titulaire d'un CES ou DES de Médecine du travail.
- **Organisation de travail :** Travail sur 5 jours avec amplitude variable en fonction des obligations du service public. 17 jours RTT et 25 jours de congés annuels.

Merci d'adresser votre candidature

(lettre de motivation + curriculum vitae) à : contact.recrutement@haute-marne.fr

À Monsieur le Président Conseil Départemental de la Haute-Marne - 1, rue du Commandant Hugueny - 52000 CHAUMONT





L'OHS DE LORRAINE

Recrute pour le Centre d'éducation motrice de Flavigny sur Moselle,
Etablissement médico-social pour enfants et adolescents porteurs d'une déficience motrice

MÉDECIN EN MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION

C.D.I. À TEMPS PLEIN

ACTIVITÉS PRINCIPALES

Sous l'autorité du Directeur de l'établissement, le médecin :

- Analyse la demande du patient, réalise une évaluation globale de sa situation, établit son projet thérapeutique et de soins dont il assure le suivi du parcours de soins.
- Assure les fonctions inhérentes à l'activité médicale de l'établissement (examen clinique, stratégie diagnostique, évaluation, prévention...). Participe à la continuité médicale sur l'établissement.
- Coordonne le programme de rééducation et réadaptation fonctionnelle des patients et organise l'activité des professionnels paramédicaux et rééducateurs pour répondre aux projets thérapeutiques et de soin du patient.
- Réalise une synthèse d'éléments pertinents pour l'élaboration d'un projet thérapeutique et de soin.
- Maîtrise les outils inhérents à une prise en charge continue, globale et sécurisée.
- Rédige des synthèses et restitue le contenu des réunions.
- Assure des formations auprès des équipes.

CONDITIONS D'EMPLOI

Doctorat en médecine et inscription au conseil de l'Ordre, diplôme de spécialisation en médecine MPR, formation médicale continue obligatoire.

- Connaissance de l'organisation sanitaire et du secteur médico-social serait un atout.
- Assurer la veille professionnelle, se tenir informé(e) et décliner les modes de compensation du handicap.
- Disponibilité, appétence pour le travail en partenariat, capacité d'adaptation.
- Développement de la téléconsultation.
- Ni garde ni astreinte.



CONDITIONS DE RÉMUNÉRATION

Convention Collective FEHAP du 31 octobre 1951 rénovée selon le profil du candidat.

DÉPÔT DE CANDIDATURE :

Le(a) candidat(e) devra adresser sa demande accompagnée d'un curriculum vitae et d'une lettre de motivation précisant les références de cette offre (MED/CEM/04/01) à :

OHS DE LORRAINE ETABLISSEMENTS DE FLAVIGNY

Monsieur le Directeur des Etablissements - 46, rue du Doyen Parisot - 54630 Flavigny-sur-Moselle

Établissement public de santé, dans lequel exercent près de 850 professionnels, EPSYLAN dispose d'une capacité d'accueil de 405 lits et places. Situé à 40 km de Nantes et de Saint-Nazaire, il dessert le nord de la Loire-Atlantique, soit 337 000 habitants répartis sur une superficie couvrant 55% du département.

Le parcours de soins s'organise autour de deux secteurs de psychiatrie adulte, un secteur de pédopsychiatrie, un secteur d'unités intersectorielles, un service d'accueil familial thérapeutiques adulte. L'établissement développe des projets ambitieux pour compléter la large gamme d'offre de soins déjà proposée :

- Centre d'addictologie ambulatoire L'Escabelle.
- Dispositif d'activités thérapeutiques et sociales : Sociothérapie et vie sociale, équitérapie (INTERMED').
- Unité de thérapie familiale systémique.
- Unité « Admission Psychiatrique du Sujet Agé » (APSA).
- Service « Santé Mentale Vieillesse » (SMV).
- Unité de Soins de Longue Durée (USLD).
- Équipe urgences et post urgences.
- Soins Psychiatriques à Domicile (SPAD).

RECHERCHE PSYCHIATRE À TEMPS PLEIN OU À 80 %



Candidature à envoyer par mail avec CV à :
recrutement@ch-epsylan.fr

Contact : Secrétariat des affaires médicales : 02 40 51 52 54



Secteur Ouest (M-G) - Service (M-G) - Responsable de psychiatrie adulte (M-G)



recrute 2 Pédopsychiatres en temps partagé avec les secteurs

ayant une expérience professionnelle auprès d'adolescents ou dans le domaine des Urgences Pédopsychiatriques. L'équipe des Urgences Médico-Pédopsychiatriques sera composée de 3 IDE permettant une présence de 9h à 21h du lundi au vendredi.

LES URGENCES MÉDICO-PÉDOPSYCHIATRIQUES,

intégrées aux Urgences Pédiatriques du CHU de Nantes, permettent d'accueillir les mineurs de moins de 16 ans en dehors du secteur pris en charge par Saint Nazaire. La création des Urgences Médico-Pédopsychiatriques a pour objectif d'améliorer le parcours de soins des jeunes admis aux urgences pour motif psychiatrique et la gradation de la réponse dans la gestion de la crise et la crise suicidaire.

Les postes sont ouverts aux contractuels avec une évolution possible vers le statut de praticien hospitalier.

LES MISSIONS

Au sein d'une équipe pluridisciplinaire, les missions du Pédopsychiatre sont les suivantes :

- Travail de régulation en amont, évaluation clinique, avis et orientation de situations d'enfants et adolescents admis aux urgences pour motif pédopsychiatrique dans le cadre de la mise en place du dispositif des UMPP.
- Appui sur le travail infirmier du dispositif et sur l'évaluation somatique réalisée préalablement par les collègues pédiatres.
- Travail de liaison avec les dispositifs d'hospitalisation, les différents secteurs, les partenaires du soin.
- Activités de Post Urgence in situ ou sur l'HDJ de Crise favorisant des relais rapides.
- Rattachement au secteur afin de permettre une activité clinique diversifiée.

RÉGULATION EN AMONT DES URGENCES

Consultation et décision médicale d'orientation.

Après les premières évaluations somatiques et aidé des éléments recueillis par l'entretien infirmier pédopsychiatrique, le praticien établira un diagnostic concernant la nature des difficultés présentées à la recherche d'une psychopathologie sous-jacente ou d'éventuels troubles psychiatriques manifestes.

De ces évaluations cliniques concernant la situation du jeune et de son entourage et selon des facteurs de gravité plus ou moins présents, différentes décisions d'orientation pourront être prises :

Cas « simple » : RAD +/- orientation vers des suivis en libéral, associatifs, ou CMP Enfants Adolescents.

Cas nécessitant d'être revu rapidement :

CPU (consultation de post-urgence).

Orientation vers des dispositifs réactifs sectoriels : HDJ de Crise (secteur 1 et 2 du CHU de Nantes), DEST (secteur du CH G.Daumézon), Dispositif de réactivité territoriale du CHS de Blain.

Situation nécessitant une hospitalisation.

Hospitalisation au CAP ou en pédiatrie (compatible avec l'état clinique et en bon accord avec les pédiatres).

Hospitalisation en pédopsychiatrie (selon la clinique et fonction des disponibilités).

Hospitalisation en psychiatrie adulte (Unité Espace, exceptionnellement autres services).

TRAVAIL D'ARTICULATION

Des liens forts avec les équipes de pédiatrie (urgences, UAED), garantiront la bonne intégration et la complémentarité des approches cliniques. La participation de tout ou partie de l'équipe pédopsychiatrique des UMPP à des réunions de staff et périodiquement à des bilans de fonctionnement est attendue.

Un travail de lien sera régulier avec l'équipe de pédopsychiatrie de liaison qui prendra le relais pour les jeunes hospitalisés en pédiatrie dont le CAP.

Le travail de lien sera également fait pour les indications d'hospitalisation pédopsychiatrique (SHIP, SHADO, Unité Espace).

Les dispositifs de soins réactifs ambulatoires seront sollicités pour les situations nécessitant des réponses rapides.

Le travail de relais vers les secteurs doit permettre de mettre en place des réponses graduées et coordonnées et de garantir une continuité de prise en charge dans le parcours de soin du jeune.

Le médecin psychiatre aura pour fonction d'encadrer le travail de son équipe avec des temps de reprise clinique.

Il pourra être sollicité par les infirmiers pour les situations le nécessitant, dans les temps de présence ou au téléphone si besoin.



PERSONNES À CONTACTER POUR TOUT RENSEIGNEMENT
OU PRÉPARATION DE CANDIDATURE

Dr Thierry DEMEILLERS : 02 40 74 94 94 - thierry.demeillers@chu-nantes.fr

MAYOTTE

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

DÉPARTEMENT

MAYOTTE

Conseil
Général

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 « île 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.
- Évaluer 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.



M. Germain CHARABOU
Chargé de recrutement
DGA Santé Famille et Enfance
Portable : 06 39 29 07 08



Unilabs s'étend sur trois continents et dispose de la plus large offre de services (biologie médicale, génétique, imagerie médicale, tests spécialisés, développement pharmacologique et pathologie) de diagnostic en Europe. Ce qui fait de lui un réseau incontournable du secteur. Doté d'une technologie d'analyse de pointe et d'une grande force médicale, les actions d'Unilabs s'inscrivent dans une culture d'entreprise forte, Care big, qui place le patient au cœur de toutes les décisions thérapeutiques et soucieuse de ses collaborateurs.

Qu'est-ce qui nous caractérise ?

En deux mots : CARE BIG.



Parce que notre métier ne consiste pas seulement à fournir des résultats d'analyses médicales, mais qu'il contribue directement à améliorer et sauver des vies, en apportant des réponses concrètes et opérationnelles à nos patients et nos correspondants, notre culture s'exprime à travers un mantra ouvert sur les autres qui incarne et résume nos valeurs : CARE BIG.

■ Unilabs recrute des Pathologistes

Notre groupe dispose de 5 entités en pathologie réparties sur le territoire qui sont Unilabs IHCP, Pathologie Nord Unilabs, Unilabs Pathologie Paris, Unilabs Sipath et désormais Unilabs Praxea et représente aujourd'hui l'une des plus grandes forces médicales en anatomo-cyto-pathologie en France.

Le réseau Unilabs Pathologie France doté d'une technologie d'analyse de pointe et pionnier de la pathologie numérique, contribue fortement à l'introduction de la pathologie digitale en France, secteur sur lequel nous sommes déjà leader en Europe.

■ Unilabs recrute des Biologistes

Grâce à ses 159 sites, notre réseau dispose des meilleures compétences techniques, scientifiques et médicales, d'équipements de très haute technologie et de tous les outils logistiques et informatiques nécessaires pour réaliser chaque jour des milliers d'analyses extrêmement variées avec une rapidité et une fiabilité irréprochable. C'est ce qui vous permettra de traiter un large éventail de diagnostics tels que la biochimie générale et spécialisée, l'hématologie ou la microbiologie.

LA MÉDICALE ASSURE PLUS DE 280 000 PROFESSIONNELS DE SANTÉ... C'EST RASSURANT.

Un acteur dédié depuis 1948

- Depuis 73 ans, au service exclusif des métiers de la santé, avec une mission : vous permettre d'exercer votre activité en toute sérénité.
- Aujourd'hui, partenaire de plus de 280 000 praticiens, libéraux, salariés ou hospitaliers.

Toutes vos protections, professionnelles et privées

- Une gamme experte pour :
- vous protéger professionnellement : responsabilité civile, prévoyance...
 - vous sécuriser dans votre vie privée : complémentaire santé, assurance de prêts...
 - préparer l'avenir : assurance-vie, plan épargne retraite.

100% humain, 100% digital, 200% à votre service

- Votre Agent Général, un partenaire au quotidien qui se déplace à domicile ou sur votre lieu de travail.
- Pour vous faire gagner du temps, un Espace Client sécurisé et constamment enrichi de nouvelles fonctionnalités.

Contactez vite votre Agent Général



APPEL NON SURTAXE

La Médicale - S.A. au capital entièrement libéré de 5 841 168 € - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : 3, rue Saint-Vincent-de-Paul 75010 Paris - Immatriculée sous le numéro 582 068 698 RCS Paris - Téléphone : 01 57 72 55 00 - Société d'assurance agréée en France par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4, place de Budapest, CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 - Adresse de correspondance : 3, rue Saint-Vincent-de-Paul 75499 Paris Cedex 10. Document à caractère publicitaire simplifié et non contractuel achevé de rédiger en Août 2021.



lamedicale.fr

La médicale
assure les professionnels de santé