

LE MAG DE L'INPH

1^{er} INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

N°5

AOÛT 2015

QUADRIMESTRIEL
GRATUIT



DOSSIER :

FINANCEMENT DE L'HÔPITAL PUBLIC

1^{ÈRE} PARTIE : LE PRIX DE L'ACTIVITÉ

PH ITINÉRANT : LA VALISE OU LA MALLE

CHRONIQUE D'HÔPITAL : PH DU BOUT DU MONDE

WWW.INPH.ORG

INVITATION AU VOYAGE

La grande conférence nationale de santé qui vient de s'ouvrir sous l'égide de M. le Premier Ministre, porte sur nos carrières et leur dynamisation, sur l'évolution de nos métiers, et sur les modes de collaborations interprofessionnelles et intersectorielles « publiques et privées ».

Bien entendu la conférence de Santé et le rapport LE MENN sont indissociables : On en attend les conclusions.

Ce nouveau rapport devra être autre chose qu'une nouvelle interprétation des vieilles recettes.

Ou il ne sera pas.

3 R sont convoqués : Revalorisation, Re-médicalisation, Responsabilisation.

L'union des 3 R sera notre point d'appui pour une participation constructive... ou pour une opposition de fond.

Nous vous donnons rendez-vous au Colloque annuel de l'INPH qui se déroulera à :

PARIS
le 16 septembre 2015
à l'Assemblée Nationale
sur la Loi de Modernisation
du Système de santé.

Nous comptons sur votre présence et sur votre participation.

Une nouvelle Loi est toujours une nouvelle chance.

Notre Colloque se déroulera en présence de Mme Marisol TOURAINE, Ministre de la Santé, ainsi qu'en la présence effective de nombreux parlementaires.

Dès le lendemain 17 septembre, le texte passera au Sénat.

N'hésitez pas à cliquer depuis notre site **INPH.org**

Il suffit d'un « clic » pour s'inscrire !

Soyons nombreux à ce colloque « **libre d'accès** ».

Votre voix compte et c'est une occasion pour la faire entendre que ce soit sur l'Attractivité des PH, sur la Gouvernance médicalisée, ou sur le financement et la responsabilité, autant de thèmes au cœur de nos débats du 16 septembre prochain.

Donc, dans ce calendrier de rentrée bien chargé, voici le nouveau numéro de votre MAG INPH, ancré dans le paysage de la santé, attendu par les lecteurs / acteurs.

La rédaction a choisi dans ce numéro de vous convier à revoir ensemble les grands chapitres du financement de nos hôpitaux.

Pas facile, mais avec audace, suivons GOETHE :

« *On a déjà pensé à tout : le problème est d'y penser à nouveau* ».

Et accompagnons aussi Edwin Herbert-Land :

« *Innover ce n'est pas avoir une nouvelle idée, mais arrêter d'avoir une vieille idée* ».

Voilà notre invitation à la lecture de ce numéro 5 : être au rendez-vous de nos pratiques revisitées à l'aune des attentes de nos patients et des nôtres, dessinées avec l'aide des économistes de renom comme M. Jean-Paul DOMIN (cf. l'excellent article page 25) ou celle des experts comme M. COUTY (cf. interview exclusif pour le MAG INPH page 29).

Notre motivation est là, parfois assoupie, rarement endormie.

Un signe, un mot, une intention, un texte, démontreront que notre engagement initial n'est pas tari.

C'est une chance, y compris pour les Pouvoirs Publics, qui ne sauraient en abuser sans craindre un retour sur « non investissement » à la première occasion.

Dans cette actualité lourde de nos attentes, riche des futures échéances, il

m'est agréable au nom de l'INPH de souhaiter une nouvelle fois la bienvenue aux Praticiens du Centre Hospitalier de Nouméa et à sa Présidente Erica SALINO.

Ils ont rejoint l'INPH et nous parlent dans ce numéro de leur exercice, de leurs spécificités, de leurs enjeux, ou de leurs approches culturelles éventuellement amendées à la faveur des nécessités de ce beau territoire d'exception.

Et s'il nous prenait l'envie d'accepter leur invitation à venir en visite en Nouvelle-Calédonie, à NOUMEA, lors d'un prochain CA de L'INPH ?

Chiche !

Sans hésitation je transmettrai leur invitation et la soumettrai au vote de notre prochain bureau.

Certes, restera à rassembler les finances nécessaires pour voyager vers nos amis éloignés.

Décidément,

Les financements, encore et toujours !

Mais cette fois la T2A n'y est pour rien.

Bonne lecture.

Présidente de l'INPH
Dr Rachel BOCHER



BUREAU

Présidente
Dr Rachel BOCHER
(CHU de Nantes)

Délégué général et chargé des CH Non Universitaires

Dr Alain JACOB
(SNHG - Corbeil Essonnes)

Secrétaire Général

Dr Jamil AMHIS
(FPS - Créteil)

Vice-Président Chargé CHU et de la Chirurgie

Dr Jean-Michel BADET
(SNPH - CHU - Besançon)

Vice-Présidente Chargée Pharmacie

Dr Mariannick LEBOT
(SYNPREFH - Brest)

Vice-Président chargé de la Pédiatrie et de la Néonatalogie

Dr Jean-Louis CHABERNAUD
(SNPEH - AP-HP)

Vice-Présidente chargée des Urgences

Dr Catherine BERTRAND
(SAMU - AP-HP)

Vice-Président Chargé CHS

Dr Angelo POLI
(SPEP - Saint Cyr au Mont d'Or)

Vice-Président chargé de l'Université Recherche

Pr Bertrand DIQUET
(SNHU - Angers)

Trésorier

Dr Olivier DOUAY
(SNPH - CHU - Angers)

Trésorier adjoint et chargé des Odontologistes

Dr Bernard SARRY
(SNOP - Limoges)

Vice-Président chargé de la Médecine

Dr Hugues AUMAÎTRE
(SNMInf - Angers)

Vice-Président chargé des temps partiels

Dr Tony RAHME
(SNPH TP - Montfermeil)

15 SYNDICATS POUR VOUS DÉFENDRE

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

SMPHNC

Syndicat des médecins et pharmaciens de Nouvelle Calédonie

Président : Dr E. MANCEL

15 SYNDICATS QUI VOUS ATTENDENT

SOMMAIRE N°05



INFORMATION

06 Les News / Les Views
PH itinérant : La valise ou la malle

08 Un pas de côté
Les FIRS

RÉFLEXION

11 Chroniques d'hôpital
PH du bout du monde

14 Dossier
Financement de l'hôpital public
1^{ère} Partie : Le prix de l'activité

Editeur & Régie publicitaire

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

Imprimé à 30 000 exemplaires. Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

CONSTRUCTION

28 Interview
Rencontre avec Edouard COUTY

32 Colloque de l'INPH
Le 16 septembre 2015 - Programme

ANNONCES

35 Les annonces
de Recrutement

LE MAG DE L'INPH

1^{er} INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

Édition quadrimestrielle

Directeur de Publication D' RACHEL BOCHER

Rédactrice en chef D' ANTOINETTE BERNABE GELOT

Comité de lecture D' JEAN MICHEL BADET
D' ALAIN JACOB
D' HENRI THOANNES
D' EMMANUEL CIXOUS

PH ITINÉRANT

LA VALISE OU LA MALLE



Dr Jean-Michel Badet
SNPHCHU - Vice-Président INPH



Ça y est je suis PH,
à moi le Territoire !



Heureux qui comme Ulysse...

Parmi les différents chapitres composant la future Loi de modernisation du système de santé, le territoire tient une place centrale. Qu'il s'agisse du secteur libéral, avec les communautés professionnelles territoriales de santé, ou de l'hôpital public avec la création de Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), le territoire s'impose comme une entité incontournable placé sous le regard « attentif » de l'Agence Régionale de Santé. Le financement des établissements ne se réalisera pleinement que s'ils font partie d'un GHT, l'ARS pouvant alors suspendre les dotations contractualisées (actuelles MIGAC) en l'absence de ce mode d'organisation.

Tout cela peut apparaître bien loin de nos préoccupations quotidiennes. Il n'en est rien. Le GHT se présente comme un outil de rationalisation des moyens mis à disposition sur le territoire, pardon : d'efficacité territoriale. Parmi ces moyens, les PH itinérants pourraient devenir la règle.

Actuellement, l'activité réalisée par les PH sur plusieurs établissements s'inscrit dans des missions dont la mise en œuvre, l'évaluation, la rémunération ne reposent que sur le temps passé sur place (2 demi-journées ou 1 garde par semaine). La rémunération, versée comme une indemnité, s'éteint au bout de 3 mois de CET ou d'arrêt maladie. Ces missions reposent sur la volonté du praticien de les entreprendre, avec parfois une re-composition (plus ou moins forcée) du profil de poste au cours de la carrière, vécu par certains comme une véritable souffrance.

Le futur GHT s'articulera sur un projet médical partagé définissant la répartition des activités entre les établissements le composant. Il devra préciser les missions territoriales avec leurs objectifs, les moyens consacrés et les modalités

Le mal de mer résulte d'une discordance entre les informations reçues par les yeux (lecture de mon statut), par l'oreille interne (situation géographique) et celles affichées par le compteur de ma voiture

de l'évaluation de ces missions. Bien entendu, la rémunération ne pourra plus se concevoir comme une indemnité, mais rejoindre le salaire du praticien qui s'engagera dans une telle démarche et se doit d'être très incitatrice.

Mais, si le volontariat dans ce domaine devrait être la règle, qu'en sera-t-il des GHT au sein desquels les PH ne souhaitent pas (ou plus) s'investir dans cette activité pluri-établissements ? La gouvernance de ces GHT pourra-t-elle lui imposer ce changement de profil de

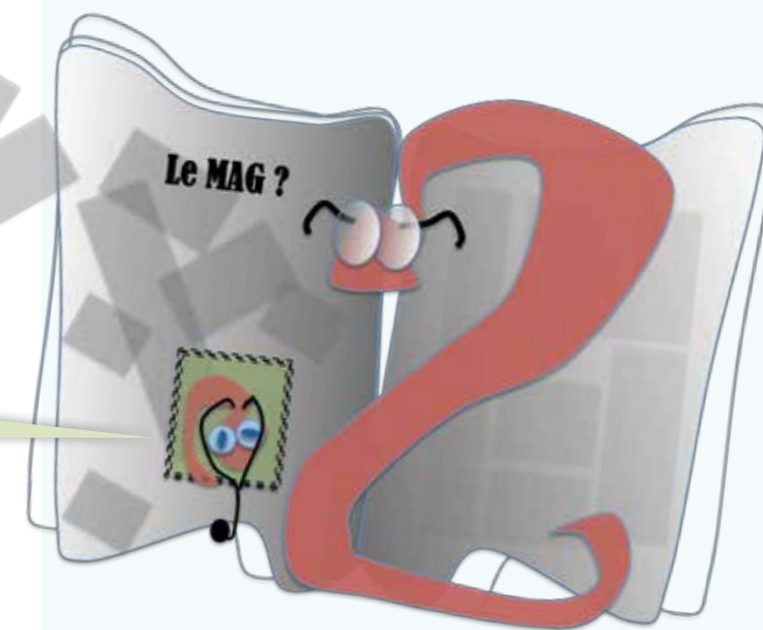
poste ? Quelle seront les conséquences de la généralisation des missions territoriales sur l'attractivité des carrières hospitalières ?

Au-delà du financement, c'est plus de gouvernance qu'il faut parler. Une telle évolution impose d'augmenter le poids de contrôle et de régulation des commissions régionales paritaires des PH qui devront se prononcer sur la mise en œuvre de cette territorialité.

Reste une question pour ce PH itinérant : qui payera le GPS ?



Le MAG ?



...fit un grand voyage.

« Dis moi muse cet homme subtil qui erra si longtemps... Et il vit les cités des peuples nombreux... Et dans son cœur il endura beaucoup de maux, sur la mer... »

Chant 1 l'Odyssée d'Homère

LES FIRS

Les modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional pour l'année 2015 ainsi que le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé viennent d'être fixés par la circulaire SG/2015/152 en date du 28 avril et par l'arrêté du 30 avril 2015.

Au même titre que les circulaires relatives à la campagne budgétaire et tarifaire annuelle des établissements de santé, cette circulaire est importante à suivre en tant que PH car y sont précisés les financements d'un certain nombre de projets nouveaux en lien avec nos activités ou avec les réorganisations territoriales.



Mariannick LEBOT
PH SYNPREFH
(Syndicat National des Pharmaciens des Etablissements publics de Santé)



Qu'est-ce que le FIR ?

Le FIR a été créé le 1^{er} mars 2012 en application de l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012. Les textes relatifs à son fonctionnement ont été codifiés aux articles L.1435-8 à L.1435-11 et R.1435-16 à R.1435-36 du code de la santé publique.

Le FIR se substituait en partie au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). Le FMESPP reste toutefois en vigueur et fait toujours l'objet de 3 dotations annuelles de financement.

Quels sont les objectifs du FIR ?

Pour 2015, l'article 56 de la LFSS vient de réorganiser les missions du FIR en cinq axes stratégiques regroupés, en cohérence avec la stratégie nationale de la santé.

1. La promotion de la santé et la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie.
2. L'organisation et la promotion de parcours de santé coordonné, la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale.
3. La permanence des soins et la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire.
4. L'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels.
5. Le développement de la démocratie sanitaire.

Comment le FIR est-il financé ?

Les ressources du FIR sont constituées par une dotation des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie, une dotation de l'Etat, une dotation de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Il fait l'objet d'un sous-objectif de l'objectif national de dépense de l'assurance maladie (ONDAM) voté dans le cadre de la LFSS.

Des arrêtés ministériels fixent chaque année la dotation des régimes d'assurance maladie au fonds ainsi que le montant des crédits alloués à chaque agence régionale de santé.

Le FIR a l'avantage de regrouper ainsi au sein d'une seule enveloppe financière globale et fongible des crédits qui étaient auparavant cloisonnés alors que destinés à des politiques proches ou complémentaires.

Le fonds n'a pas la personnalité morale, mais dispose d'une comptabilité propre consolidée par la CNAMTS qui en assure la gestion comptable et financière.

Le CNP émet un avis sur la répartition des crédits entre régions fixée chaque année par arrêté ministériel. Le CNP est aussi chargé du contrôle et du suivi de la gestion du fonds.

Chaque directeur général d'ARS établit un état prévisionnel des recettes et des dépenses du fonds dans sa région avant la fin du mois de mai et le transmet au secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales.

Les établissements élaborent et transmettent des dossiers, les ARS les instruisent, les agréent, autorisent ensuite ou non le financement et ordonnent aux CPAM le paiement de l'aide concernée.

La DGOS n'est plus en charge de l'instruction des dossiers de demande des établissements.

Comment le FIR est-il réparti entre les régions ?

Depuis la création du FIR en 2012, la répartition des dotations est pondérée en fonction de la population : la mortalité brute, un indice synthétique de précarité, le taux d'ALD standardisé pour tenir compte des maladies chroniques, un indice qui tient compte du poids des dépenses structurelles de prévention gérées et financées ou non au sein de chaque agence (actions dites recentralisées).

Une part des crédits du FIR continue à être exclue de ce périmètre de péréquation car prenant en compte d'autres impératifs, notamment la répartition territoriale de l'offre de soins. Il s'agit notamment des dispositifs relatifs à la permanence des soins et les mesures relatives au pacte territoire santé.

En quoi le FIR concerne-t-il les établissements hospitaliers ?

Le FIR est important pour les établissements car il constitue un appoint non négligeable aux budgets définis par la T2A, les MIGAC, les MERRI, en particulier pour toutes les opérations de restructuration et de développement d'activité en lien avec les plans de santé publique.

Ainsi pour l'année 2015, les établissements peuvent construire et déposer des dossiers sur, entre autres, les thèmes suivants :

- ☑ Les nouveaux programmes d'éducation thérapeutique dans le cadre du Plan Maladies neuro-dégénératives (sur une durée de 3 ans).
- ☑ Les missions relatives aux dispositifs d'annonce en cancérologie et la participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire.
- ☑ La mise en place d'unités de consultation dédiées pour personnes handicapées.
- ☑ Le déploiement de la télémédecine.
- ☑

Et la démocratie sanitaire ?

En 2015, plusieurs appels à projets sont diffusés par les ARS en vue du renforcement de la démocratie sanitaire et des droits des usagers : organisation de séminaires ou sensibilisation des usagers sur leurs

droits, mise en place d'actions de promotion des priorités identifiées dans le projet régional de santé (PRS), formation de représentants des professionnels de santé et des membres des instances de démocratie sanitaire sur la question des droits des usagers...

Quel est le dernier bilan du FIR ?

L'article 1435-10 du code de la santé publique prévoit qu'un bilan national est adressé au Parlement avant le 15 octobre en vue de permettre un suivi de l'utilisation des dotations des ARS affectées au FIR.

Le dernier rapport disponible est celui de 2013, il présente le périmètre des missions du fonds, explicite les critères de répartition des crédits entre régions et rend compte de leur utilisation.

- ☑ L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (mission 2), concentre plus de la moitié (54 %) des crédits consommés et constitue le premier poste de dépenses du FIR en 2013.
- ☑ La permanence des soins (mission 1) est le deuxième poste de dépenses et totalise 29 % des crédits consommés en 2013.
- ☑ La prévention, l'éducation et la promotion de la santé, et la sécurité sanitaire (mission 6) sont le troisième poste de dépenses avec 12 % des crédits consommés en 2013.
- ☑ La prévention et la prise en charge des personnes âgées et handicapées (mission 8) totalisent 2 % des crédits consommés en 2013, avec 79M€.

En perspective

La mission réalisée par les sénateurs Jacky Le Menn et Alain Milon sur les ARS en 2014 dresse un bilan globalement positif du FIR : « **Le Fonds d'intervention régional : une opportunité récente... nécessairement limitée** » et formule les propositions suivantes :

- ☑ Consolider le Fonds d'intervention régional.
- ☑ Stabiliser à court terme son champ d'intervention.
- ☑ Transférer la gestion des crédits de l'assurance maladie vers les ARS.
- ☑ Lui donner la capacité de financer des projets de manière pluriannuelle.

Conclusion

Partager une culture commune financière avec les directeurs d'établissements et les ARS est important pour notre mission de PH. Suivre et comprendre les enjeux des réorganisations territoriales en particulier au travers des financements du FIR en est une illustration.

Bibliographie FIR

Décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé JO 28 février 2012.
<http://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2012/2/27/ETSZ1134794D/jo>

Circulaire N° SG/2015/152 du 28 avril 2015 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2015.
http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/05/cir_39566.pdf

Arrêté du 30 avril 2015 fixant pour l'année 2015 le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional et le montant des transferts prévus à l'article L.174-1-2 du code de la sécurité sociale, JO 8 mai 2015.
<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030558952>

Arrêté du 19 mai 2015 fixant pour l'année 2015 le montant des dotations des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé, JO du 28 mai 2015.
<http://legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2015/5/19/AFSS1504866A/jo/texte>

Fonds d'Intervention Régional, rapport d'activité 2013 transmis au parlement.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_d_activite_FIR_2013_transmis_Parlement.pdf

Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales sur les agences régionales de santé, Par MM. Jacky LE MENN et Alain MILON.
<http://www.senat.fr/notice-rapport/2013/r13-400-notice.html>



PH DU BOUT DU MONDE

CHRONIQUE D'HÔPITAL



Erica Salino
PH SMPHNC
Syndicat des médecins et pharmaciens de Nouvelle Calédonie

Être praticien hospitalier au Centre Hospitalier de Nouméa (CHT), c'est une fin en soi et un retour au pays pour la dizaine de PH calédoniens de l'hôpital, dont je fais partie.

de la Nouvelle-Calédonie) dont 182 médecins (+ 24 internes) sont payés par les caisses de prévoyance calédoniennes (la CAFAT, équivalent de la Sécurité Sociale, et les directions des affaires sanitaires et sociales des 3 provinces Sud, Nord et Iles). Notre autorité de tutelle est la DASS-NC (direction des affaires sanitaires et sociales), qui gère en particulier le recrutement des nouveaux PH. La liste des postes disponibles peut être consultée, entre autre, sur le site du Centre National de Gestion. Le budget annuel du CHT est de plus de 24 milliards de Francs CFP (un tout petit peu plus de 200 millions d'euros).

Pour les médecins métropolitains qui viennent « faire souche » au CHT, l'intérêt est d'intégrer un hôpital dynamique avec une activité importante, sans compter les attraits propres de la Nouvelle Calédonie : loisirs nautiques très variés (lagon, plongée, voile, kitesurf et wind-surf toute l'année), randonnées dans une nature préservée, climat tropical toute l'année et facilités pour élever les enfants surtout en bas âge...

Les PH métropolitains peuvent être détachés ou intégrer le statut territorial des PH : ce statut est en grande partie inspiré du statut métropolitain, avec des particularités liées à l'isolement comme la prise en charge par le CHT d'un billet tous les ans pour la métropole, une année pour la formation, l'année suivante pour un congé administratif dont bénéficient aussi le conjoint et les enfants.

La Nouvelle Calédonie est autonome financièrement du point de vue de la santé depuis 25 ans, et les 1800 agents du CHT (2^{ème} employeur

Le CHT, du fait de son plateau technique et de la permanence des soins, est le recours du système de santé calédonien pour les patients provenant des dispensaires de brousse et du secteur libéral, en complément des 3 cliniques privées en cours de regroupement. Il regroupe les fonctions d'hôpital de proximité pour le Grand Nouméa (4 communes regroupant environ 140 000 habitants), de référence régionale pour la Nouvelle Calédonie (270 000 habitants) et aussi de référence « pays » avant le recours aux filières extra-ter-

ritoriales principalement représentées par les CHU Australiens notamment de Sydney, avec lesquels les échanges sont fréquents et faciles. En somme, il représente une synthèse entre un CHG et un CHR par certains côtés et prend en charge quasiment toutes les pathologies hospitalières traditionnelles de Métropole.

Il existe toutefois des spécificités locales qui peuvent étonner le PH qui prend ses fonctions : importance de la traumatologie, de certaines maladies infectieuses (RAA, dengue, zika, chikungunya, leptospirose, lèpre, tuberculose non résistante sans HIV, syphilis, infections cutanées et de la face particulièrement

fréquentes l'été, etc.), des conséquences de l'alcoolisation massive du week-end comme dans la plupart des pays d'Océanie, épidémie majeure d'obésité et de diabète liée au gène de l'épargne sélectionné dans le Pacifique par les disettes régulières avant l'arrivée de l'alimentation occidentale.

Le CHT comporte actuellement 3 sites : Gaston Bourret (court séjour, urgences), Magenta (mère/enfant, néphrologie, hémodialyse, pharmacie, DIM), et le Centre Raoul Follereau (hanséniens, diabétologie et plaies chroniques), sans compter l'installation récente des médecins de rééducation dans un Centre de Soins de Suite et de Réa-

daptation mixte privé/public. **Les bâtiments de Gaston Bourret datent en partie du baigne**, et le sable de mer non lavé alors utilisé a corrodé 150 ans après la structure métallique coloniale, aussi des parties importantes de ce site sont condamnées en raison du risque d'effondrement. On a pallié ces fermetures par des migrations (médecine interne à Magenta) et des préfabriqués, mais le manque chronique de lits pénalise beaucoup la prise en charge des patients, de même que les problèmes traditionnels des établissements multisites.

L'enjeu majeur est donc la construction d'un nouvel hôpital qui regroupe tous les sites actuels en un seul site et 3 pôles (chirurgie, médecine, mère/enfant) : le Médipôle de Koutio (12 minutes du centre-ville), dont la mise en activité opérationnelle est prévue en novembre 2016.

La préparation de ce « grand déménagement » est l'occasion pour la direction du CHT d'introduire parallèlement à un changement de locaux, un « changement d'exercice médical » basée sur une analyse des pratiques professionnelles et sur une optimisation de celles-ci pour l'ensemble de l'hôpital. Ceci induit une surcharge de travail, mais avec l'espoir d'une amélioration à terme des conditions de travail et des parcours de soins des patients.

L'approche culturelle de la maladie est un autre enjeu important, du fait des accords de Nouméa qui nous amènent à construire un destin commun. Malgré les assauts de la mondialisation et du changement, les aspects traditionnels de la culture en Océanie demeurent vivaces et les communautés océaniques utilisent encore tous leurs

systèmes de valeurs et de médecines traditionnelles qui coexistent à côté des modèles apportés par l'Occident. Il existe ainsi des différences notables selon les cultures dans le domaine de la santé : nosologies, causes des maladies, mode de prise en charge des pathologies, etc. La prise en compte de la dimension inter-culturelle dans la pratique de soin hospitalière (formations institutionnelles des médecins et paramédicaux sur ce sujet, présence d'un ethno-psychologue, etc.) fait partie de la démarche qualité et de l'accréditation du CHT, et améliore le confort du patient, ainsi que la pertinence des prises en charge par les médecins et les équipes soignantes : par exemple diminution des conflits avec des patients angoissés qui explosent ou qui ne reviennent plus, des ré-hospitalisations pour complications après arrêt du traitement d'une maladie chronique, et au total une pratique plus sereine et plus gratifiante car plus efficiente.

Un dernier enjeu d'actualité est la coopération inter-hospitalière : des spécialistes du CHT sont sollicités pour travailler au Centre Hospitalier du Nord qui regroupe les hôpitaux de Koumac et Poindimié (Nouméa / Koumac 368 km soit 5 heures de route ; ou Nouméa/Poindimié 300km soit 4 heures de route, mais 45 minutes d'avion). Ces consultations avancées peuvent être rendues difficiles par la charge de travail déjà très dense au CHT qui peut amener à privilégier la permanence des soins sur le plateau technique du CHT, ou par des annulations possibles de vols entre Nouméa et ces villes de brousse. Plusieurs réseaux de soins existent et fonctionnent très bien : l'ATIR (insuffisance rénale), Naitre en Nouvelle Calédonie (périnatalité), Onco-NC (oncologie).

Pour finir, un mot de notre syndicat, le SMPHNC (Syndicat des Médecins et Pharmaciens Hospitaliers

de Nouvelle Calédonie) qui est le plus gros syndicat médical hospitalier, non corporatiste, regroupant une quarantaine de PH du CHT, du Centre Hospitalier Spécialisé, et du Centre Hospitalier du Nord (Koumac et Poindimié), sans compter de nombreux sympathisants. Notre affiliation à l'INPH est chère à notre cœur, car elle permet de rompre l'éloignement, de rester informés et actifs dans le mouvement global de modernisation des systèmes de santé hospitaliers. En plus des informations, de notre excellent Mag, l'INPH est intervenu à deux reprises ces dernières années afin que nous puissions discuter ensemble avec la direction du Centre National de Gestion à Paris pour faire évoluer le statut des PH calédoniens, en concordance avec les évolutions récentes du statut métropolitain.

Donc, à quand un conseil d'administration de l'INPH à Nouméa ? **Vous serez chaleureusement reçus sur « le caillou », comme on appelle notre territoire.**



Bureau du SMPHNC



Un ancien baigne?

Et des maladies dont je ne connais même pas le nom?

Et tu es heureuse là?

Ben..Oui !

« Prenez vos conques, Soufflez sur les montagnes, Soufflez sur les airs, Soufflez dans les forêts, Et dans les vallées, Pour appeler tout le monde A danser la danse de la terre ».

DOSSIER : FINANCEMENT DE L'HÔPITAL PUBLIC

1^{ÈRE} PARTIE : LE PRIX DE L'ACTIVITÉ

Antoinette GELOT
PH SNPH CHU - INPH

« Un service vaut ce qu'il coûte ».

Victor Hugo
œuvres complètes, Tome 1

« La recherche a besoin d'argent dans deux domaines prioritaires : le cancer et les missiles antimissiles. Pour les missiles antimissiles, il y a les impôts. Pour le cancer, on fait la quête ».

Pierre Desproges

NOUS Y VOILÀ

Nous l'avons approché par ellipses (attractivité MAG 1) puis par cercles de plus en plus rapprochés (les avènements du statut du PH MAG 3 ; La Gouvernance MAG 4) et finalement nous y voilà, au cœur du sujet : le financement de l'hôpital public.

Nous traitons d'abord des aspects techniques du financement de l'hôpital avec la première partie de ce dossier dans le MAG 5 : « le prix de l'activité ». La deuxième partie de ce dossier traitera du « prix humain » dans Le MAG 6 à venir.

D'OÙ VENONS-NOUS ?

Initialement œuvre de charité, appartenant au patrimoine ecclésiastique (1), l'hôpital fut d'abord financé par les dons individuels des fidèles (tout établissement et toute fonction ecclésiastique devait consacrer ¼ de ses revenus aux pauvres) et permit l'émergence au moyen-âge des ordres hospitaliers. Les hôpitaux bénéficiaient de dons (« bénéfiques » en référence à « bienfaits ») qui leur assuraient

des capitaux immobiliers (mais pas forcément des moyens de fonctionnement) ; ces dons pouvaient aller jusqu'à la fondation d'un hôpital entier : Saint Louis fonda ainsi les Quinze-Vingt (pour 15 fois 20 lits). On perçoit ainsi l'émergence du concept de lit (meuble + entretien du résident) et celui du « lit » (achat du mobilier et rente nécessaire à l'entretien du résident) comme unité de compte de la gestion hospitalière.

Mais la gestion est mauvaise, souvent les dons ne vont pas jusqu'à l'hôpital, les titulaires du « bénéfice » détournant souvent les biens en leur faveur. Au sortir du Moyen-Âge, les hôpitaux sont ruinés, on y peut mourir de faim. Durant la Renaissance, ces dons sont complétés par des taxes communales, un moyen pour la royauté de prendre une place dans l'administration hospitalière, aux hauts

postes, de laquelle elle place des officiers royaux à partir de 1543, en lieu et place de la gestion épiscopale. Cela marque l'entrée du laïque et de l'État dans la gestion hospitalière. Et l'œuvre de charité devient œuvre de bienfaisance.

D'abord site d'accueil des voyageurs, non forcément dans le besoin, les hospices ou hôpitaux peu à peu diversifient leur domaine d'action, notamment du fait de l'irruption de l'État dans leur gestion : ils répondent à un besoin de santé publique : les Hôtels Dieu accueillent les malades contagieux (et protègent de ce fait le reste de la population), ils répondent également à un besoin d'ordre public : les hôpitaux généraux accueillent les laissés pour compte de la société : vieillards, orphelins, femmes abandonnées, pauvres et vagabonds ; ils répondent enfin à une nécessité de soins de cette population fragilisée par la précarité. Peu à peu, la fonction d'hospitalité s'efface derrière celle de soin. Mais à la veille de la révolution, sur les 105 000 personnes hospitalisées, 40 000 étaient des enfants trouvés, 40 000 des vieillards sans ressources et seuls 25 000 étaient des malades (des malades pauvres, cela s'entend, les riches se faisant soigner chez eux).

SOMMAIRE

Nous y Voilà

D'où venons-nous ?

Où sommes-nous ?

- Assurance maladie
- Le codage pour les nuls (Josette MAHEUT-LHOURMIERE)
- Assurance maladie : juge et partie ?
- La DAF en Psychiatrie (Thierry ARESU)
- ONDAM le pion (Emmanuel CIXOUS)

Où Allons-nous ?

- Avant d'être un coût, la santé est un secteur créateur de richesses (Jean Paul DOMIN)



Quand survient la Révolution, les Hôpitaux sont enlevés à l'Eglise et nationalisés. En effet, pour la Convention, la redistribution des terres mettra fin à la paupérisation de la partie de la population que l'hôpital prend en charge et qui, de fait, n'aura plus de raison d'être. Las ! Les hôpitaux sont à nouveau ruinés et on y meurt à nouveau de faim. L'État ne peut assumer les dépenses hospitalières et se désengage : ce sont les communes qui les assumeront. Sous le Directoire, la loi du 7 octobre 1796 établit que l'admini-

stration des hôpitaux sera faite par une commission municipale (ancêtre des conseils d'administration). Le consulat et l'Empire restituent aux hôpitaux les biens qui n'avaient pas été vendus et réintroduisent le système de charité publique sous forme de « fondations de lits ». Ce système perdura jusqu'à la première guerre mondiale, l'inflation aura raison de lui et la part croissance du budget de l'État posera la question du financement du service public de santé.



Le financement des hôpitaux a d'abord consisté à régler les jours d'hospitalisation (continuum du « lit » comme unité de compte), puis à donner une autorisation de dépense d'un budget déterminé (dotation globale, forfaitaire calculée en fonction du nombre de journées et reconduite chaque année sur la base de l'exercice précédent, mo-

dulée d'un taux directeur de croissance des dépenses hospitalières). Depuis 2004, il ne repose plus sur le règlement des dépenses ni sur un budget mais sur un état prévisionnel des recettes et des dépenses (l'hôpital n'est plus remboursé de ce qu'il dépense : il doit au contraire produire ce qu'il peut dépenser).

L'hôpital n'est plus remboursé de ce qu'il dépense : il doit au contraire produire ce qu'il peut dépenser

Mode de financement	Nb de journées % Δt de séjour	Dotations globale Non % à l'activité Non % Δt de séjour	T2A % à l'activité Inversement % à Δt de séjour
But recherché	Réponse aux besoins	Contrôle des dépenses	Diminution des dépenses Productivité
Moyen Utilisé	Autorisation de dépenses	Limitation des dépenses	Financement par l'activité ONDAM
Effets délétères	Δt de séjour comme variable d'ajustement des besoins financiers Augmentation des dépenses	Pénalisation des services avec forte activité et avec activité à actes Fuite des activités à actes dans le privé	Sélection des pathologies Mise en concurrence des hôpitaux Diminution accès aux soins Gouvernance : fuite des praticiens Perte attractivité de l'hôpital public
	1983	2004	2015

Pas très efficient tout cela...
...Si je puis me permettre...

OÙ SOMMES-NOUS ?

Pour les hôpitaux MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), l'essentiel du financement des hôpitaux provient de l'assurance maladie qui verse à l'hôpital une somme dépendante du nombre et de la nature des actes et des séjours réalisés : c'est la tarification à l'activité.

Une partie cependant du financement des hôpitaux est restée forfaitaire, visant à couvrir des

missions des hôpitaux non tarifées : ce sont les MIGAC (Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation) dont les MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation). Ces financements concernent des activités difficilement identifiables par patient (donc non éligibles à la T2A) comme les actions de prévention ou de dépistage ou des missions qui doivent

être assurées indépendamment de l'activité (permanence des soins, SAMU, centres anti-poison...). De même, certaines activités comme les urgences, la coordination des prélèvements d'organe et les greffes disposent d'un financement forfaitaire. Enfin certains médicaments onéreux et certains dispositifs médicaux sont financés en sus des tarifs de prestation.

Assurance maladie

L'essentiel du financement de l'activité des hôpitaux provient de l'assurance maladie. Ces sommes proviennent des cotisations sociales versées par les employeurs, les salariés et les travailleurs indépendants. L'assurance maladie est l'une des branches de la sécurité sociale, qui couvre les risques maladie, invalidité, vieillesse, décès, veuvage et maternité.

Chaque année, le Parlement vote une loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Celle-ci :

- ☑ Approuve l'orientation de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs déterminant les conditions générales de son équilibre financier ;
- ☑ Prévoit, par catégorie, les recettes de l'ensemble des régimes de base ;
- ☑ Fixe, par branche, les objectifs de dépenses des régimes de base ;
- ☑ Fixe l'objectif national de dépense d'assurance maladie (Ondam).

<http://www.hopital.fr/Nos-Missions/Le-fonctionnement-de-l-hopital/Le-financement-de-l-hopital>

LE CODAGE

POUR
LES NULS



Le financement des établissements hospitaliers publics en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO)

Avant 1984, la tarification se faisait au prix de journée (plus un séjour était long plus il « rapportait »).

De 1984 à 2003, le financement était un budget global (l'établissement devait gérer une enveloppe budgétaire).

Depuis 2004, le financement se fait selon la Tarification A l'Activité (TAA ou T2A).

Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière, il a été créé le PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information). Ce PMSI est la mise en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte des pathologies et des modes de prise en charge. Pour les séjours hospitaliers MCO, cette analyse est fondée sur le recueil systématique d'un petit nombre d'informations administratives et médicales, qui constituent le Résumé de Sortie Standardisé (RSS).

Pour chaque séjour hospitalier, les données médicales du RSS sont recueillies sous forme de Diagnostic Principal (DP), Diagnostic(s) Associé(s) Significatif(s) (DAS) et Acte(s). Le codage de ces diagnostics se fait selon la Classification Internationale statistique des Maladies, la CIM dont la 10e version date de 1994. Des révisions ont été faites

depuis mais certains intitulés de code sont ambigus. Par exemple, l'insuffisance rénale fonctionnelle est, en CIM10, l'urémie extra-rénale. Il y a, actuellement, près de 40 000 codes.

Comment code-t-on ?

- ☒ **Le DP est le diagnostic, déterminé à la sortie du patient, qui est à l'origine de l'hospitalisation dans l'Unité Médicale (UM)** (ex : un patient est hospitalisé pour douleurs abdominales. Le bilan et la surveillance font poser le diagnostic d'appendicite, le DP est appendicite. Si, chez ce patient, aucun diagnostic n'est posé, le DP est douleur abdominale).
- ☒ **Les DAS sont toutes les pathologies prises en charge au cours de l'hospitalisation** (ex : le patient venant pour appendicite est hypertendu et diabétique et il fait une pneumopathie au cours de son hospitalisation, l'HTA, le diabète et la pneumopathie sont des DAS). Ces DAS peuvent être affectés d'un « niveau de sévérité », de 2 à 4, qui vont valoriser le séjour. Ces niveaux de sévérité ne sont pas toujours des sévérités médicales (ex : le lymphome n'a pas de niveau de sévérité

par contre le muguet buccal a un niveau de sévérité 2). De plus, l'obtention d'un niveau de sévérité, est liée à la durée du séjour. Pour obtenir un niveau 2, il faut au moins 3 jours d'hospitalisation, un niveau 3 au moins 4 jours et un niveau 4 au moins 5 jours.

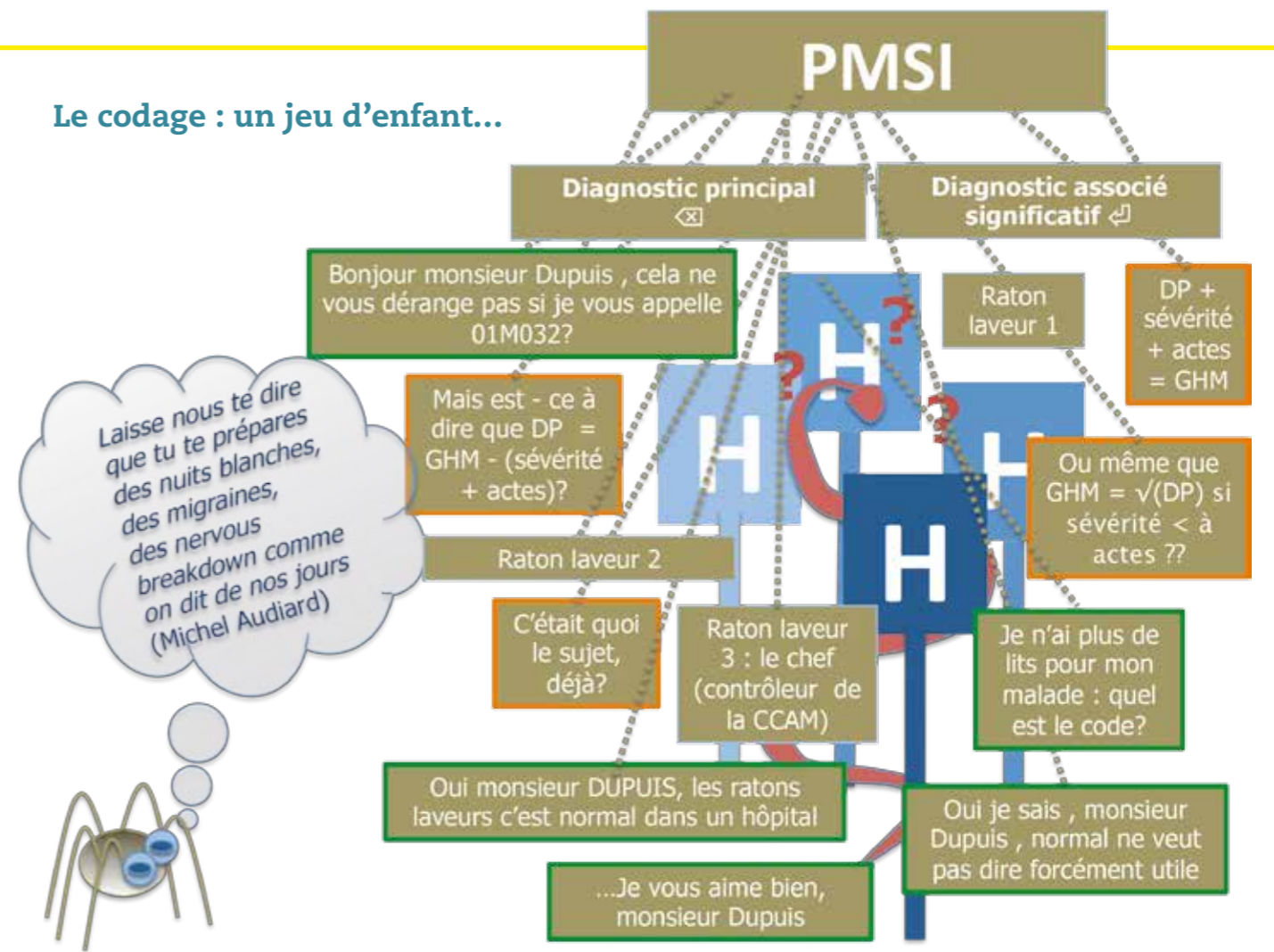
- ☒ **Les actes sont codés, par le médecin qui a réalisé l'acte, selon la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)** mise en place en 2009.

Le groupage « envoi » le séjour dans un Groupe Homogène de Malades (GHM), en fonction du DP, du niveau de sévérité et de la réalisation ou non d'acte(s).

Ce GHM s'écrit, par exemple, 01M032 :

- 01 = Catégorie Majeure de Diagnostic (CMD) ici « affection du système nerveux », il y a 28 CMD.
- M = séjour Médical (C séjour Chirurgical, K séjour de cardiologie interventionnelle, de radiologie interventionnelle...).
- 03 = renseignement sur la pathologie (méningite virale si séjour médical, craniotomie en dehors d'un traumatisme si séjour chirurgical).
- 2 = niveau de sévérité.

Le codage : un jeu d'enfant...



Lorsque le patient est hospitalisé dans plusieurs UM au cours d'un même séjour, chaque UM doit générer un Résumé d'Unité Médicale (RUM) qui comprend un DP, et éventuellement des DAS et actes. Le chaînage (« la mise bout à bout ») de ces RUM « choisira » un des DP des RUM pour en faire le DP du séjour, tous les autres diagnostics codés au cours de ce séjour seront les DAS du GHM.

Il y a près de 2600 GHM différents, chacun associé à un tarif. Ce tarif est, selon les GHM, modulé en fonction de la durée de séjour.

Certains GHM ont une borne basse de « x » jours. Si le séjour a une durée plus courte, la valorisation du séjour sera celle du GHM diminuée d'une certaine somme, sauf si le patient décède. Certains GHM ont une borne haute de « y » jours.

Si le séjour a une durée supérieure à cette borne haute, la valorisation du séjour sera celle du GHM auquel on ajoute soit un forfait soit un supplément pour chaque journée dépassant la borne haute.

Lorsqu'un patient séjourne dans une unité de réanimation, de soins intensifs, de surveillance continue, il est ajouté au tarif du GHM des suppléments de réanimation, soins intensifs, surveillance continue selon certains critères (IGS II, actes marqueurs de réanimation, actes chirurgicaux, certains diagnostics). Il est facturé autant de suppléments que de journées passées dans ces unités.

Lorsque le patient a reçu au cours de son séjour une Molécule Onéreuse (MO), elle est payée en sus du GHM. Il en est de même pour certains Dispositifs Médicaux Implan-

tables (DMI), alors que d'autres sont inclus dans le GHM.

Enfin, l'âge du patient peut « valoriser » un séjour en augmentant le niveau de sévérité du GHM. Il s'agit des âges extrêmes de la vie pour certains GHM.

Il existe d'autres modes de financement : MIGAC (Missions d'Intérêt Général et Aide à la contractualisation), MERRI (Missions d'Enseignement, Recherche, Référence et Innovation).

Tout ceci est un résumé d'un système très complexe, régulièrement modifié. Et il est bien difficile aux cliniciens d'être « compétents » en codage !

Pour les hôpitaux psychiatriques (CHS), la dotation forfaitaire, la DAF, a été maintenue.

Ces deux types de financement, à l'activité et forfaitaire, en MCO

ou en CHS sont, quoiqu'il en soit, tributaires de l'ONDAM (l'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie), fixé par la loi de sécurité sociale et dont le montant ne peut être dépassé. De plus,

concernant les MCO, l'assurance maladie qui est le payeur, est aussi le contrôleur : une « anomalie » qui questionne sur l'objectivité des contrôles... et leur finalité.

Assurance maladie : juge et partie ?

L'assurance maladie finance les hôpitaux. Mais elle pratique aussi les contrôles et fixe les tarifs...

L'Assurance Maladie réalise des contrôles de séjours valorisés dans le PMSI. Pour cela, elle cible des séjours de l'année précédent, les contrôle, selon certains critères (priorités nationales de contrôle, atypies de séjours, contrôle des séjours de niveau de sévérité élevé...). Les conséquences de ce contrôle sont le paiement des indus, le paiement de sanctions supplémentaires par l'établissement hospitalier. Mais aussi, depuis 2011, l'établissement a la possibilité d'obtenir la valorisation des séjours sous-valorisés.

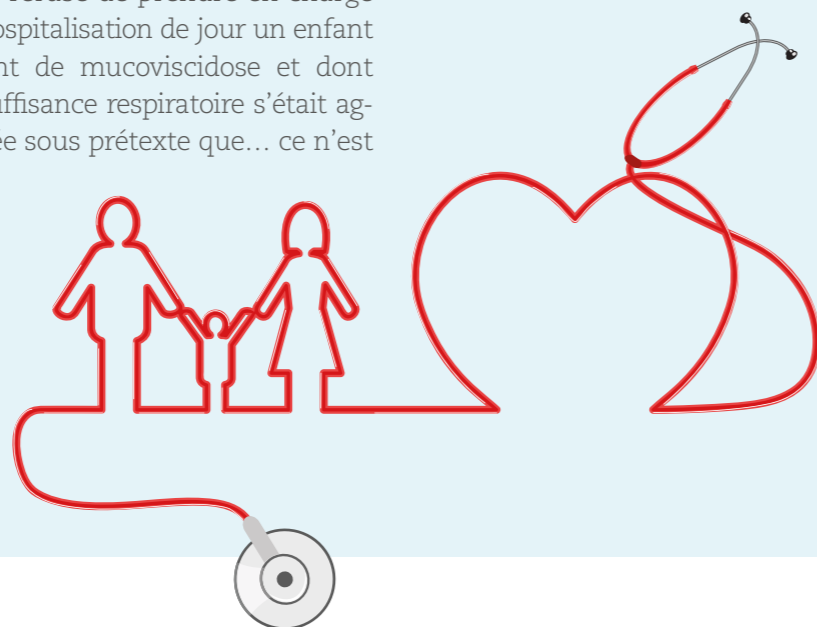
Les contrôles de l'Assurance maladie sont principalement ciblés sur les hospitalisations de jour « médicales », c'est-à-dire en dehors de la chirurgie ambulatoire. Il faut distinguer les hospitalisations de jour (programmées) et les hospitalisations complètes de moins d'un jour (justifiées par l'urgence). Les conditions de facturation d'un GHM dans le cadre d'une hospitalisation de jour sont précisées dans l'arrêté du 19 février 2009 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation. Cet arrêté a été complété par l'instruction DGOS 201 du 15 juin 2010, qui précise certaines situations cliniques autorisant, ou non, la facturation d'un GHM dans le cadre d'une hospitalisation de jour.

Lors du contrôle de l'activité 2013 (contrôle réalisé en mars-avril 2015), il nous a été dit que cette instruction n'était pas opposable et que seul l'arrêté serait pris en compte. De ce fait, les clarifications ou précisions apportées par la circulaire ont disparu. Ce qui a des conséquences. Exemples.

La notion de « plusieurs plateaux techniques » (par exemple, en dehors du Compte Rendu d'Hospitalisation, prise en compte d'actes de radiologie ou d'une consultation d'une autre spécialité que celle qui a motivé l'hospitalisation de jour) a été réfutée et seul l'état clinique du patient a permis de justifier d'une hospitalisation de jour (par exemple un état clinique dégradé). Sinon cela a été considéré comme des examens réalisés en consultation (moins bien rémunérés, bien sûr). Le problème est que la notion d'« état clinique dégradé » est lui aussi déterminé par l'assurance maladie : ainsi il nous a été refusé de prendre en charge en hospitalisation de jour un enfant atteint de mucoviscidose et dont l'insuffisance respiratoire s'était aggravée sous prétexte que... ce n'est

pas lui qui conduit la voiture et qu'il peut donc venir en consultation ! Autre problème : étant donné qu'il n'y a pas consensus national des contrôles de l'Assurance Maladie, on arrive à ce qu'un patient qui, par exemple, vient pour la surveillance d'une greffe rénale, soit pris en charge en hospitalisation de jour à Marseille : l'Assurance Maladie de cette région considérant qu'il existe un GHM de surveillance de greffe, autorise une hospitalisation de jour. En revanche, ce même patient suivi ailleurs réalisera tout son bilan de surveillance en externe.

Il est clair que le glissement se fait vers une prise en charge en consultation plutôt qu'en hospitalisation de jour. Et clairement en vertu de critères non médicaux. Aura-t-on la même qualité de suivi en faisant disparaître la qualité de la prise en charge, en supprimant la coordination, en supprimant le temps de synthèse ???



La DAF en Psychiatrie

Docteur Thierry ARESU

Praticien Hospitalier en psychiatrie
Chef de pôle clinique
Médecin coordonnateur du
Département d'Information Médicale
C. H. Guillaume Rénier - 35000 Rennes

Le financement de la psychiatrie publique a longtemps vécu et vit encore sur le socle de **la dotation annuelle de fonctionnement (DAF)**. Ce mécanisme, issu de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), voté par le Parlement et dont le montant est fixé de manière annuelle par circulaire ministérielle avait pu, par le passé, et sous le vocable de « budget global », préserver des ressources potentiellement intéressantes pour la psychiatrie publique.

Les temps changent. L'évolution du contexte actuel avec l'apparition d'un climat économique devenu des plus tendus pour l'ensemble des établissements et la mise en place (depuis 2004) d'une tarification à l'activité (T2A) pour les établissements MCO (Médecine Obstétrique Chirurgie) ne permet plus à ce seul mécanisme de dotation globale annuelle d'assurer un fonctionnement adéquat pour la psychiatrie publique. Il en fait par ailleurs ressortir avec plus de vigueur ses inconvénients, à savoir : une construction nationale de la dotation qui tend à être, de toute manière, une variable d'ajustement économique et donc nettement à la baisse actuellement, une répartition régionale par les ARS pouvant être jugée arbitraire, enfin un socle d'allocation basé sur des considérations budgétaires historiques ne respectant pas l'évolution au fil du temps du couplage moyens/activité des établissements, ce qui aboutit à des iné-

galités importantes entre ceux-ci. Il faut également citer la grande difficulté des secteurs de psychiatrie isolés dans les hôpitaux MCO où deux systèmes de financement coexistent donc, la T2A et la DAF. **Cette dernière, déconnectée de l'activité, peut facilement devenir un élément de correction du budget de tels établissements.**

Il importe donc de faire évoluer le système et il est nécessaire que la psychiatrie puisse faire reconnaître son activité afin de la valoriser. Celle-ci est en constante augmentation depuis de nombreuses années alors même que la méthode de financement (DAF) va très clairement stagner pour les années à venir.

Cette reconnaissance de l'activité en psychiatrie fait l'objet de travaux anciens, datant de 1990 où un premier modèle de construction d'un PMSI en psychiatrie a commencé à être élaboré. L'idée d'avoir un outil pouvant se calquer sur la T2A a rapidement connu ses limites en particulier lorsque l'expérimentation de celui-ci a montré **qu'une facturation axée sur la base de groupes de diagnostics analogues n'était pas possible dans la mesure où le diagnostic en psychiatrie n'est pas apparu comme une variable significative de lourdeur de prise en charge.** Prenant acte de ces faits, le ministre de la Santé de l'époque (2004), Philippe DOUSTE BLAZY, avait relancé les travaux en proposant un nouvel outil, la Valorisation de l'Activité en Psychiatrie (VAP). Celle-ci est basée

sur quatre compartiments (activité, compartiment géo-populationnel, missions d'intérêt général (MIG), médicaments onéreux). Un seul de ces compartiments est actuellement opérationnel, il s'agit de l'activité sous la forme du recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIMpsy). Il est, dans de nombreuses régions, l'un des éléments d'ajustement de la dotation par établissement. Ce système qui n'est pas achevé pénalise notre spécialité : le compartiment géo-populationnel, important pour lisser l'allocation des moyens, le compartiment des MIG, n'ont pas fait l'objet de réunions depuis 2008 et sont donc actuellement à l'arrêt ; le RIMpsy, s'il est abouti, n'est pas parfait avec de nombreuses difficultés d'harmonisation du codage des actes ambulatoires. Depuis cette même année 2008, le comité de pilotage de la VAP mais également le comité consultatif associé (composé des représentations syndicales de la profession) n'ont également fait l'objet d'aucune réunion. La seule instance qui siège régulièrement reste le Comité technique de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIHI) qui traite essentiellement des données du RIMpsy et de l'évolution de celui-ci, avec le risque, puisqu'il est la seule instance, de s'ériger en décideur politique alors que son rôle est purement technique.

Il est essentiel, dans l'ensemble de ce contexte, de relancer la VAP sous son format initialement prévu et qui intégrait le cadre d'un pilotage politique nécessaire (comité de pilotage, comité consultatif associé), format qui avait fait consensus lors de sa création il y a maintenant près de 11 ans.

Si nous résumons, il s'agit :

- ☒ A l'échelle nationale d'un budget dépendant des ressources de l'État « L'enveloppe globale allouée aux hôpitaux n'est pas fixée par référence à une analyse de la situation des établissements (activité, tension interne, réserve de productivité) mais essentiellement en fonction des contraintes générales des finances publiques »(2) ;
- ☒ Qui va fixer un prix indépendamment du coût ;
- ☒ Ce qui, au niveau local, mettra en concurrence les établissements de santé (via la T2A). « De ce point de vue, la tarifica-

tion à l'activité pour le secteur MCO, dès lors qu'elle peut inciter chaque établissement à accroître son activité... l'on peut craindre une dégradation de la qualité ou une tension excessive sur les personnels. »(2).

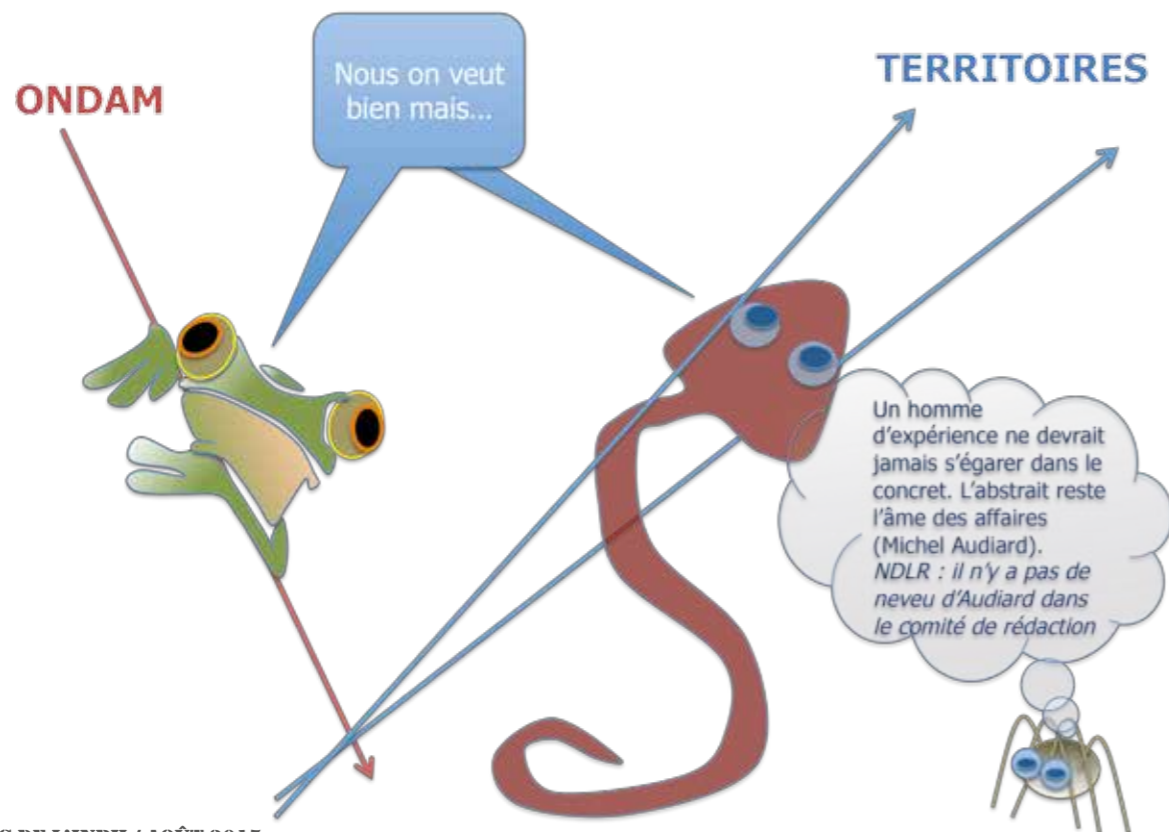
Les dépenses des hôpitaux se répartissent en dépenses de personnel (67 % en moyenne), achats de médicaments et de dispositifs médicaux (15 %), achats autres (9 %) et amortissements et frais financiers (9 %).

- ☒ Il apparaît d'emblée qu'en cas de situation critique sur le plan financier (et c'est exactement le cas actuellement), la tentation sera grande d'intervenir sur le secteur de la plus grosse dépense, celui des dépenses en personnel. Le problème c'est que c'est justement ce secteur qui « produit ». Si son démantèlement se confirme, cela donnera un autre éclairage aux injonctions d'équilibre faites à l'hôpital : cela signifiera simplement que le but est non pas de sauver l'hôpital mais bien de ne pas le faire vivre. (cf. MAG 4 : Gouvernance).
- ☒ Le secteur amortissements et frais financiers mérite que l'on s'y arrête, car, une fois n'est pas coutume, ce ne sont pas les médecins qui sont en cause mais les directeurs d'hôpitaux (certes sur incitation à investir de l'État) : le rapport IGAS 2012 « l'hôpital » (2) signale des erreurs de management et des investissements surdimensionnés, aggravés par les emprunts toxiques (emprunts réalisés à un taux inférieurs à ceux du marché mais indexés sur le franc suisse, qui secondairement grimpe et rend le remboursement terriblement plus onéreux... pour le plus grand bonheur des banques).

En y réfléchissant bien, que ce soit via la suppression de postes (qui tueraient l'hôpital et donc le service public) ou via le surendettement provoqué et quasi mafieux des hôpitaux, ce sont les mêmes ressorts qui apparaissent.

« Toute une vie de vols effroyables, non plus à main armée, comme les nobles aventuriers de jadis, mais en correct bandit moderne, au clair soleil d'ela bourse, dans la poche du pauvre monde crédule, parmi les effondrements et la mort ».

ZOLA L'argent 1891



ONDAM le pion



Emmanuel CIXOUS
PH SNPEH-INPH

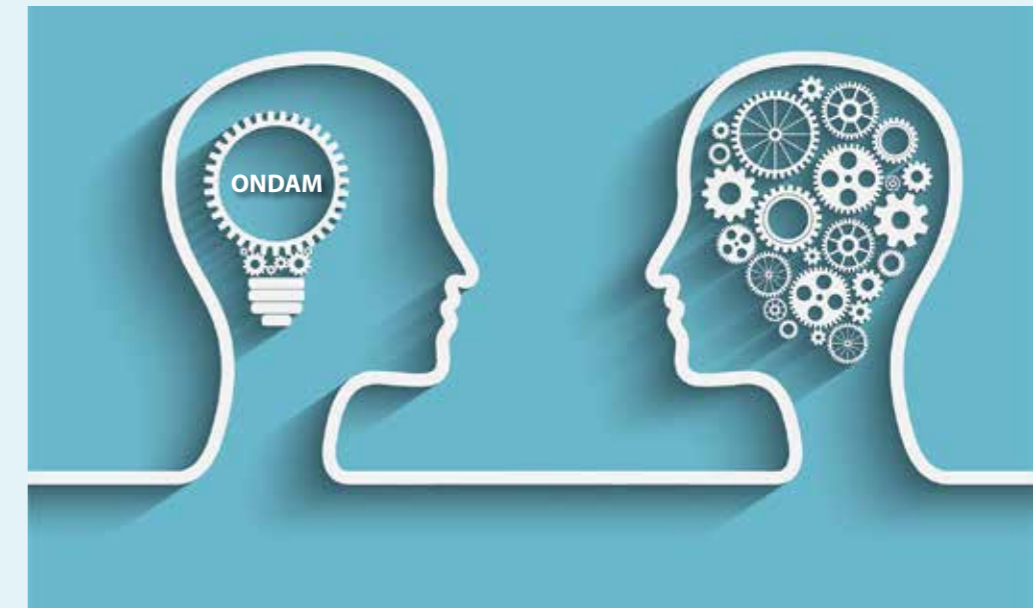
L'ONDAM est l'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie créé par les ordonnances de 1996 ; il est fixé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS).

Il intègre un objectif de dépenses de santé à ne pas dépasser en matière de soins de ville ou d'hospitalisation en établissement privé ou public, dans les centres médico-sociaux.

Voté par le parlement, il ne constitue pas un budget mais plutôt un indicateur de maîtrise des dépenses de santé donc non limitatif.

Il a été systématiquement dépassé depuis 1997 jusque 2010 puis sous exécuté depuis (dépenses de ville comme hospitalières). On tente de culpabiliser le milieu hospitalier, les médecins particulièrement, en leur suggérant que c'est leur manque de travail et/ou d'organisation qui est responsable du déficit et en leur demandant de "travailler plus pour rapporter plus" tout en les « conseillant » / encadrant dans leur organisation (ça, cela a un coût).

Le déséquilibre est pourtant lié au système de l'ONDAM (budget calculé sur l'état de santé des finances publiques) et à sa répartition calculée sur la T2A. Cela est accentué par la diminution annuelle des points T2A (actes, séjours moins gratifiés financièrement et malgré ou à cause des efforts réalisés, persistance du « déséquilibre financier » de nombreux hôpitaux).



Le 08 mars 2015, diffusion dans Libération d'un texte confidentiel où il apparaît qu'il est demandé une réduction de 10 milliards d'euros de l'ONDAM dont 3 milliards pour les hôpitaux et cela sur 3 ans : 2015-2017. Cela se traduit par une diminution de l'augmentation annuelle de l'ONDAM hospitalier qui structurellement est de 2,9 % (augmentation des salaires) : l'objectif de 2,1 % en 2015, est ramené à 1,75 % dans le document transmis par l'ARS aux hôpitaux pour 2016, 1,9 puis 1,75 % pour 2017.

On voit mal comment atteindre ces objectifs :

- ☒ En diminuant les effectifs hospitaliers ? - même si le ministère s'en défend ! - Les hôpitaux augmentant fortement leurs effectifs sont montrés du doigt sans que soit pris en compte l'effectif initial ni son adéquation à l'activité.
- ☒ En accentuant le virage ambulatoire ? Depuis quand les indications de la prise en charge médicale (ici en mode ambulatoire) sont données par les économistes et non par les sociétés savantes ?

☒ Avec un recours plus systématique aux génériques ? Mais nos pharmaciens hospitaliers ne commandent-ils pas déjà aux meilleurs prix ? Contrairement aux produits délivrés aux officines, dans le marché hospitalier. Le générique n'est pas toujours le moins cher.

☒ En suivant d'autres pistes comme l'amélioration de l'offre hospitalière et de la pertinence et de l'usage des soins. Mais comment penser que nos praticiens, à moyens constants, voire réduits, puissent améliorer leur pratiques à l'heure de la certification, des RMM, EPP, IPAQSS, ... ?

Les présidents de CME crient au manque de concertation et au caractère irréaliste de certaines mesures. Si les économies réalisées selon ces axes ne suffisent pas - ce qu'on peut craindre - le risque est que les économies finissent par être réalisées au détriment des effectifs. On risque ainsi, un jour, malgré des appareillages sophistiqués, une « tiers-mondisation » de la santé.

OÙ ALLONS-NOUS ?

« Rares sont les périodes où les décisions politiques ont été prises dans un environnement et un contexte budgétaire aussi contraints, alors même que les facteurs de croissance des dépenses de protection sociale sont omni-présents : taux de chômage au plus haut, vieillissement de la population, croissance atone. Dans le domaine de la santé, ces fortes contraintes se traduisent en 2015 par la proposition de fixer l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) à 182,3 milliards d'euros (+ 2,1 % par

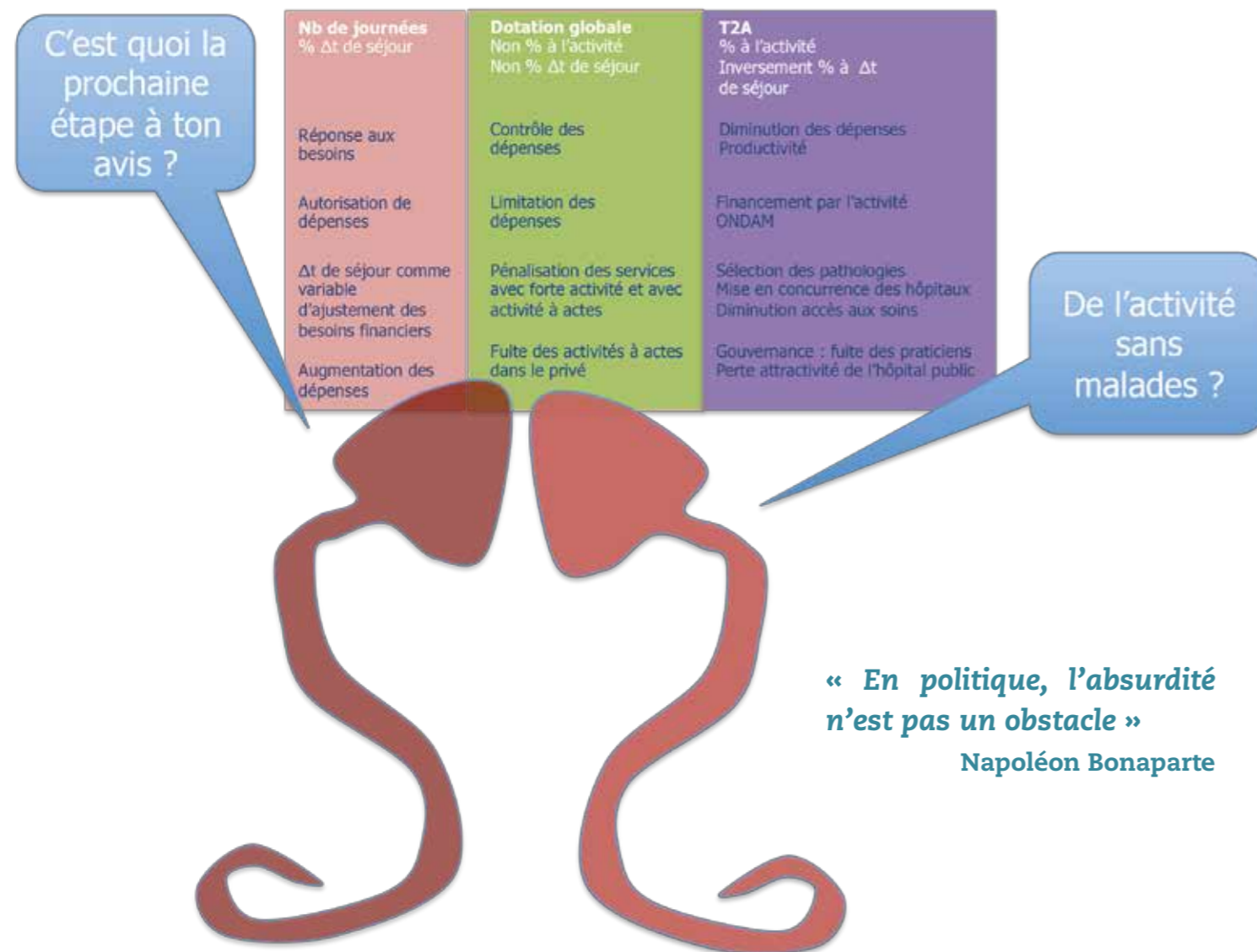
rapport à 2014), soit le taux de progression le plus faible voté depuis 1997 (PLFSS, 2015) (3) ».

Nous allons vers la loi de modernisation de la santé et ses 3 axes « prévenir avant d'avoir à guérir, faciliter la santé au quotidien et innover pour consolider l'excellence du système de santé ».

Certes, mais avec quel financement ? ou plutôt quel choix politique de financement ? Le choix de la production ou celui du service ? Et pourquoi toujours présenter la santé comme un coût ?

La santé est une richesse, la santé est un investissement.

Les Economistes atterrés, par la voix de JP Domin proposent que l'évaluation du service public hospitalier se fasse via d'autres indicateurs que les économiques (oui, cela existe). Un grand sage du monde hospitalier, E. Couty (voir interview) propose une prise en charge différenciée des pathologies laissées pour compte par la T2A.



Jean Paul DOMIN
Maître de conférences
à l'université de Reims

Avant d'être un coût, la santé est un secteur créateur de richesses

Jean Paul DOMIN est maître de conférences à l'université de Reims, Champagne-Ardenne ; il a écrit deux ouvrages sur l'histoire économique de l'Hôpital (1)(2). Il est par ailleurs membre du collectif « Les Economistes Atterrés » (3).

Quelle analyse pourriez-vous nous proposer de l'évolution du mode de financement des Hôpitaux durant ces 25 dernières années ?

Il s'agit d'une évolution marchande, caractérisée par des incitations à la productivité. En 1982 est mis en place le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), appelé non sans humour « petit machin sans importance » par certains médecins. Son objectif est de regrouper les malades qui ont une pathologie commune dans un Groupe homogène de malades (GHM). **Le PMSI est présenté comme un indicateur interne, mais va rapidement devenir un comparateur externe.** En 1992, le PMSI est expérimenté en Languedoc-Roussillon et en 1996, après les ordonnances dites Juppé, la dotation globale est désormais calculée en fonction des indicateurs d'activité liés au PMSI. En 2003, la T2A est mise en œuvre et les ARH (ancêtres des ARS) rémunèrent les hôpitaux pour chaque patient soigné selon son GHM. Le prix moyen d'un GHM est défini par l'Étude nationale des coûts à méthodologie commune (ENCC). L'objectif est selon les principes du modèle de concurrence par comparaison, autrement appelé benchmarking, **de fixer un prix indépendant du coût.** La technique permet donc de reporter les efforts de productivité sur les éta-

blissements de soins qui sont dans l'obligation de baisser leur coût moyen en dessous du prix fixé par l'ENCC. Cette course à la baisse du coût de fonctionnement accélère la mise en concurrence des établissements de santé. **À force de mimer le marché, la réforme conduit l'hôpital à renier ses principes fondateurs.**

Que pensez-vous des modalités actuelles de financement de l'hôpital ? Quelles sont selon vous ses forces ? Ses faiblesses ?

Je n'y vois aucune force et plus que des faiblesses. **En d'autres termes, la T2A accélère la sélection des patients, la baisse de la qualité des soins et la suppression des activités non rentables.**

D'abord, la T2A accélère la sélection des patients. Les hôpitaux ont en effet intérêt à garder les patients rentables, en d'autres termes ceux dont le coût de prise en charge sera inférieur au coût du GHM auquel ils appartiennent et à se séparer des malades coûteux. **Certains établissements pratiquent quant à eux la surcotation (up coding) en classant des malades dans des GHM plus rémunérateurs.** On fait en sorte que l'activité la plus « lucrative » apparaisse dans la prise en charge du malade ; c'est ainsi que le nombre de césariennes a augmenté (Le taux de césarienne

est de 22 % en clinique et 19 % en hôpital. À noter que la clinique est majoritairement une maternité de niveau 1 donc à risque faible) <http://www.dhmagazine.fr/post/Tarifification-a-l-activite-T2A> (4).

Ensuite, la T2A incite les établissements à réduire la qualité des soins en favorisant la réduction du temps de séjour et ce pour des raisons purement économiques. En effet, le séjour génère des dépenses (hôtelières) incompressibles. Ce souci de réduction des dépenses est la base de la campagne d'incitation au développement de la chirurgie ambulatoire. Une incitation quelque peu malsaine quand on ajoute que les GHM ambulatoires sont mieux rémunérés que les GHM « sédentaires ». Ces incitations à la réduction des temps de séjours ne font qu'augmenter les taux de réadmission.

Enfin, ce type de financement incite les établissements à réduire tant que faire se peut le nombre de pathologies prises en charge (le case mix) pour se centrer sur celles qui ont un GHM bien rémunéré. Il pousse donc à la spécialisation répondant aux critères économiques au détriment de l'offre de soins répondant aux besoins de la population. Ce mode de fonctionnement met à mal l'un des piliers du service public qui est l'adaptabilité (aux besoins de la population).

Ces dérives sont des conséquences directes de la gouvernance, qui s'appuie sur un modèle économique (théorie de l'agence) qui suppose qu'a priori, l'individu est opportuniste (NDLR : *et non porté par des valeurs*) et qui justifie ainsi la mise en place d'incitations (NDLR *par exemple : la rémunération liée aux résultats qui existe dans la part variable du salaire des directeurs d'hôpitaux*). Ainsi, par exemple, il existe une relation d'agence (basée sur les incitations) entre la tutelle (ARS) et les directeurs d'hôpitaux, concrétisée par les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) (5). On retrouve un dispositif semblable entre les directions et les pôles.

Comment voyez-vous le futur du financement des hôpitaux dans l'idéal... et dans la réalité ?

La santé n'est pas un coût mais un investissement, et osons le mot : un bienfait. On oublie un peu trop souvent qu'avant d'être un coût, la santé est un secteur créateur de

richesses. Il représente 9,3 % de la valeur ajoutée totale et contribue plus à la création de richesses que le BTP (5,8 %) et l'hôtellerie-restauration (2,3 %). Par ailleurs, la dépense de santé en France n'est pas si démesurée qu'on voudrait nous le faire croire. Elle représente 11,2 du Produit intérieur brut (PIB) contre 16,2 aux États-Unis en 2014. Quand on étudie la dépense par habitant (per capita), la France n'occupe que la 11^e place des pays de l'OCDE (avec 4 123 dollars PPA contre 8 713 dollars PPA aux États-Unis) (6).

Actuellement, c'est tout le contraire, la santé n'est pas un investissement mais un objet de marchandisation (7). La relation d'agence a des impacts très délétères, car elle subordonne la prise en charge du malade à son impact économique. Au-delà du contexte d'incitation, ce modèle de relations bâtit son socle sur une défiance qui exclue toute possibilité de co-construction et donc toute possibilité de fonctionnement social harmonieux.

Quelques références (données par la rédaction)

- (1) DOMIN J.-P. [2013], Une histoire économique de l'hôpital (XIX^e-XX^e siècles). Une analyse rétrospective du développement hospitalier (1945-2009), tome II, Paris, CHSS/La Documentation française.
- (2) DOMIN J.-P. [2008], Une histoire économique de l'hôpital (XIX^e-XX^e siècles), Une analyse rétrospective du développement hospitalier (1803-1945), tome I, Paris, CHSS/La Documentation française.
- (3) <http://www.atterres.org/page/presentation>
- (4) « Alors que la plupart des établissements (CLINIQUES et HÔPITAUX) ont un taux de césarienne compris entre 16 et 24 %, on s'aperçoit qu'au-delà de 24 %, on ne trouve presque plus que des CLINIQUES ; et qu'en deçà de 16 % il semble qu'il n'y ait que des HÔPITAUX. Cette différence de mode de prise en charge, pour des patientes a priori à risque similaire, crée un surcoût pour l'assurance maladie. Ce surcoût est donc plutôt dû à un mode de prise en charge des parturientes plus interventionnel en CLINIQUE qu'en HÔPITAL ». <http://www.dhmagazine.fr/post/Tarifcation-a-l-activite-T2A>
- (5) <http://www.sante.gouv.fr/les-contrats-pluriannuels-d-objectifs-et-de-moyens-cpom.html>
- (6) <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA&Lang=fr>
- (7) « Les personnes pauvres n'ont pas les moyens de sortir de la pauvreté. Accroître leur productivité en investissant dans leur éducation et leur santé est souvent la meilleure façon d'améliorer leur bien être ». [http:// donnees.banquemondiale.org/thème/sante](http://donnees.banquemondiale.org/thème/sante).

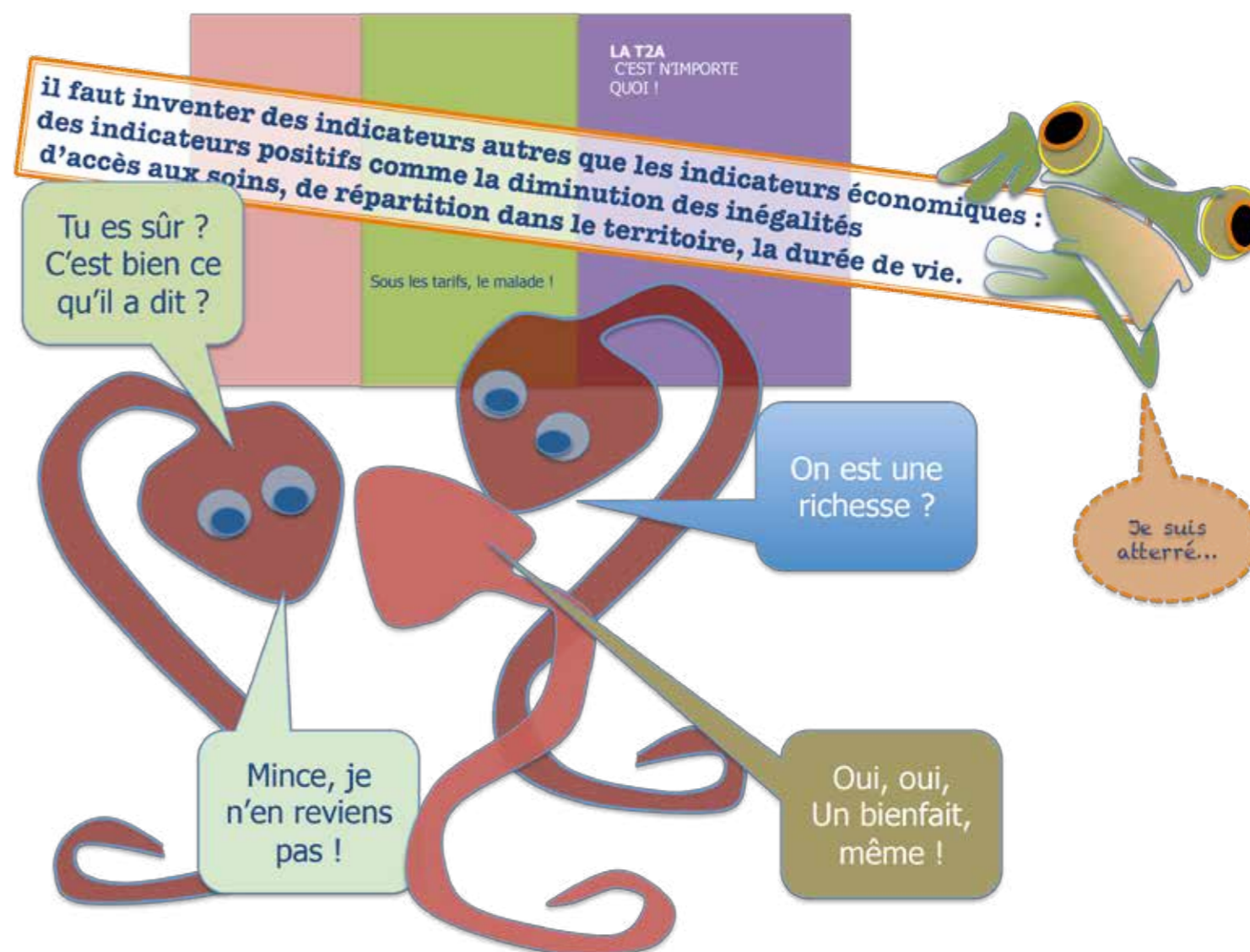
Mais nous pouvons agir et les solutions existent.

- ☒ Il faut revenir au dispositif type budget global : ainsi l'État donne les moyens pour soigner la population (ce qui est la base des missions du service public) alors qu'avec la T2A, le malade doit « produire » de quoi de se faire soigner.
- ☒ Il faut supprimer la gouvernance (*basée sur la profit : LE MAG 4*) et revenir aux valeurs du service public : égalité d'accès, adaptabilité aux besoins, continuité dans la prise en charge et fixation des prix échappant au marché (LE MAG 1).
- ☒ Il faut inventer des indicateurs autres que les indicateurs économiques : des indicateurs positifs comme la diminution des inégalités d'accès aux soins, de répartition dans le territoire, la durée de vie.

...La rentrée de l'automne 2015 sera celle de la loi de modernisation du système de santé. D'ici là, nous aurons rédigé le « tome 2 » de ce dossier : le prix humain, dont il se trouve qu'il est celui qui a, et de loin, tout notre intérêt.

Références

- (1) <http://chemphys.u-strasbg.fr/naud/droit-science/formations/admin.cours/admin2.2.2.html>
Université Paris Nanterre ; maîtrise histoire de l'administration publique, Part 2, Titre II, Chapitre 2 : l'hôpital semestre 1 année 2000-2001.
- (2) Rapport IGAS l'hôpital 2012.
- (3) Economie et Statistique N° 475-476, 2015, p 17-29.



INTERVIEW

EDOUARD COUTY



Votre parcours est intimement lié à celui du système hospitalier en France, vous avez notamment et entre autres piloté « le pacte de confiance » à la demande de madame la ministre de la Santé. Comment pourriez-vous vous définir et vous présenter à nos lecteurs ?

Toute ma vie j'ai été un hospitalier ; j'ai eu un déroulé de carrière qui m'a permis de voir l'hôpital sous tous ses angles. D'abord en tant que directeur d'hôpital : j'ai pu beaucoup circuler au sein et entre les hôpitaux de toutes tailles jusqu'à mon dernier poste en tant que directeur général des hôpitaux universitaires de Strasbourg. Mais j'ai aussi vu l'hôpital avec le recul de la DHOS, d'un cabinet ministériel, de la cour des comptes et aujourd'hui depuis Sciences Po où j'enseigne dans la chaire de la santé, la politique de Santé et la politique hospitalière. Je revendique un vrai attachement pour le monde hospitalier ! C'est un monde difficile mais passionnant, un monde où les relations sont fortes, profondes et où je retrouve des valeurs qui sont aussi miennes : respect, partage et humanisme. Mes combats pour la défense du service public hospitalier puisent leurs racines dans ces valeurs.

Quelle analyse pourriez-vous nous proposer de l'évolution du mode de financement des Hôpitaux durant ces 25 dernières années ?

Jusqu'en 1983, l'hôpital était financé sur la base du prix de la journée. Ce prix couvrait toutes les dépenses (hôtelières, de soin, d'alimentation) et, en l'absence de politique de maîtrise des dépenses (le contexte économique ne le requerrait pas) il était d'une plasticité bienvenue : si le service avait besoin de plus d'argent, on prolongeait les durées d'hospitalisation, si l'hôpital avait besoin d'argent alors le prix de la journée était révisé à la hausse.

Dès la fin des années 70, l'hôpital change : dans l'hôpital « moderne », du fait des progrès de la médecine, la durée de séjour diminue, le nombre de patients pris en charge augmente, l'activité se densifie et devient plus technique et dans un contexte économique plus contraint, la maîtrise des dépenses s'impose.

En 1983, Le prix à la journée fait place au budget global : l'hôpital dispose d'un budget annuel dont il dépense 1/12 chaque mois. Ce montage qui garantit la recette révèle rapidement ses effets pervers : quand un service augmente son activité, il augmente ses dé-

penses à budget constant : il va donc vers un déficit ; a contrario, moins un service a d'activité, plus il est bénéficiaire. Ce qui n'est évidemment pas le but recherché. Ce système engendre un deuxième effet pervers : celui de la fuite des praticiens exerçant une activité à l'hôpital (par ex : chirurgie, obstétrique) vers le privé (où le règlement à l'acte est la règle) et ce d'autant plus que ces praticiens ont une activité forte (source de déficit dans le public). L'instauration du budget global se solde donc par une entrave au développement des activités et par une hémorragie des disciplines techniques (payées à l'acte) vers le privé.

Toute ma vie j'ai été un hospitalier ; j'ai eu un déroulé de carrière qui m'a permis de voir l'hôpital sous tous ses angles

Au début des années 90, le monde hospitalier commence à réfléchir à un autre mode de rémunération possible. Il apparaît en effet impossible que perdure cette situation où le budget global instaure une grande inégalité entre le privé (où l'activité génère des bénéfices) et le public (où l'activité génère des déficits), d'autant qu'à l'inégalité s'ajoute la démobilité des acteurs de l'hôpital. La loi de 1991 (à l'élaboration de laquelle E. COUTY a participé, NDLR) instaure le projet médical et le projet d'établissement ainsi que le contrat d'objectifs et de moyens. Elle prévoit des expérimentations pour tester une tarification à la pathologie. La tarification à l'activité est souhaitée, alors, par les deux fédérations hospitalières publique et privée. Elle est votée en 2003 avec mise en application à partir de 2004. Le schéma initial prévoyait une double évolution : un remplacement progressif du budget global par la T2A à l'hô-

pital public ainsi qu'une convergence tarifaire public/privé programmée pour 2012. Mais l'hôpital public refuse cette convergence au motif que les charges et obligations public/privé diffèrent : l'hôpital du fait de son appartenance au service public (égalité d'accès, continuité et adaptabilité de l'offre) (NDLR : Cf. Le MAG 1, dossier attractivité) doit accueillir tous les patients, quels que soient leur pathologie, leur statut social et leur âge ; il est soumis à des charges (permanence des soins, formations des professionnels) dont le privé peut s'exonérer.

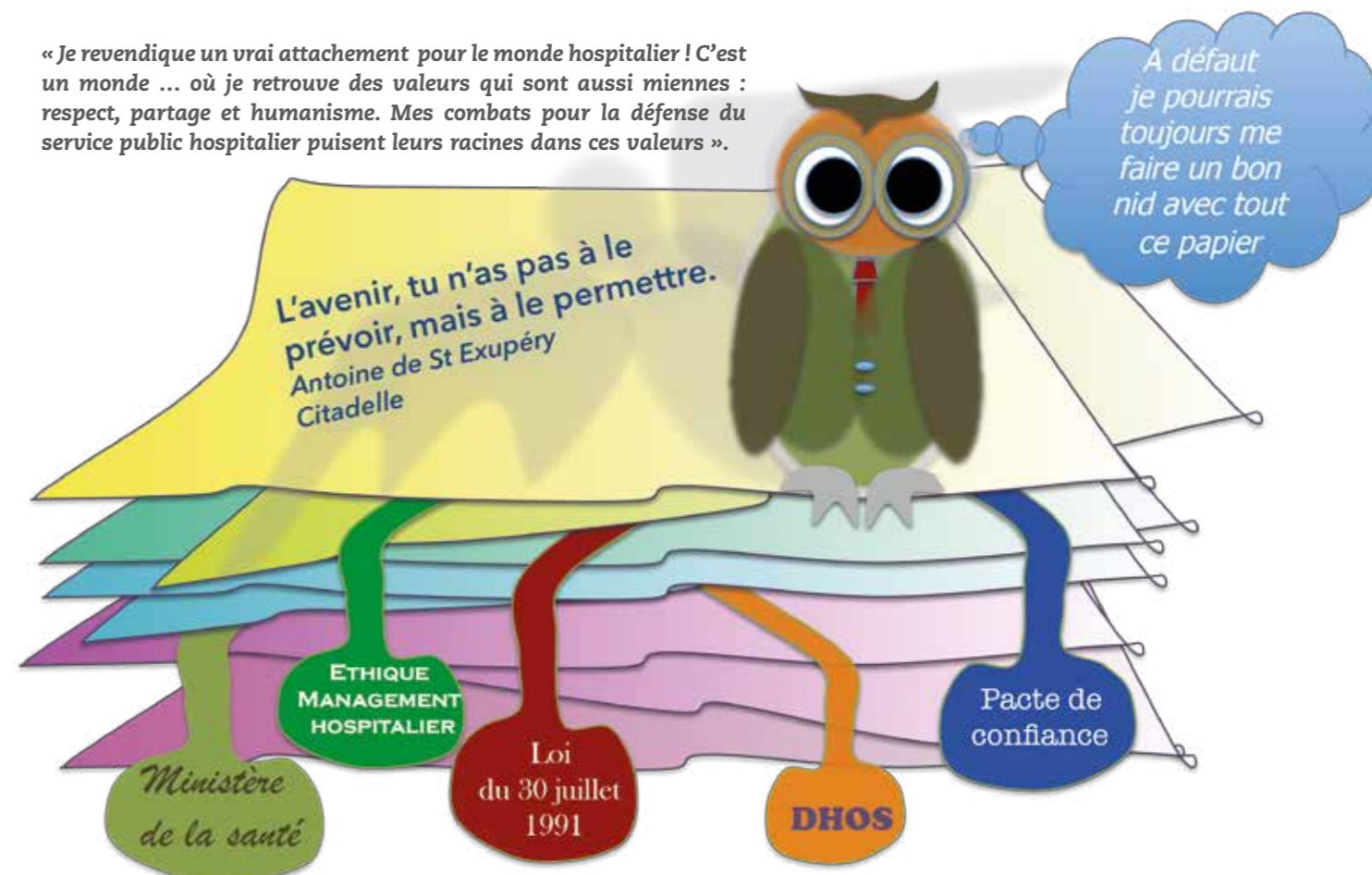
En 2013, à la suite du changement de gouvernement, la convergence tarifaire est supprimée et les deux échelles de tarification (pour le public et pour le privé) sont maintenues. Parallèlement, la baisse programmée de la part des MIGAC (enseignement, recherche, soins non tarifables) dans le financement est stoppée.

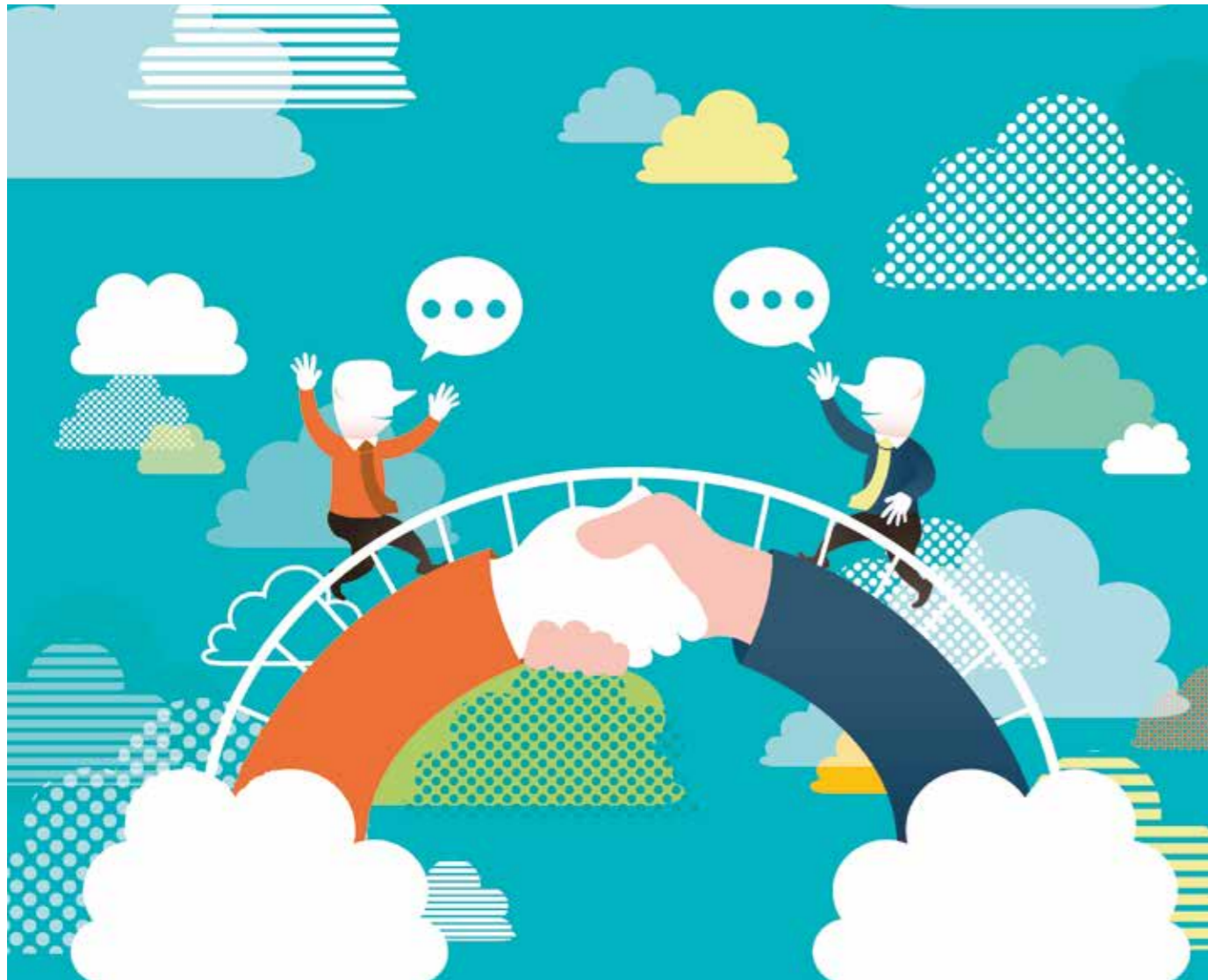
Que pensez-vous des modalités actuelles de financement de l'hôpital ? quelles sont selon vous ses forces ? ses faiblesses ?

Le pacte de confiance a dressé un état des lieux de l'hôpital dont celui de son financement.

☒ La T2A est principalement centrée sur la durée de séjour : si celle-ci, pour un malade souffrant d'une pathologie donnée, se situe en deçà ou delà de la fourchette déterminée pour le tarif correspondant à ce groupe homogène de séjour (GHS), le tarif est diminué... Très clairement, ce mode de financement, s'il est bien adapté aux activités de court séjour (chirurgie, obstétrique), n'est pas du tout adapté aux maladies chroniques pour lesquelles il y a des hospitalisations de longue durées, et des réhospitalisations. Cet état de fait

« Je revendique un vrai attachement pour le monde hospitalier ! C'est un monde ... où je retrouve des valeurs qui sont aussi miennes : respect, partage et humanisme. Mes combats pour la défense du service public hospitalier puisent leurs racines dans ces valeurs ».





n'incite pas non plus l'hôpital à participer au parcours de soin du patient, ce qui est malgré tout le but à atteindre pour sa bonne prise en charge. Or, l'enjeu actuellement est justement la prise en charge des maladies chroniques qui ne cessent de croître du fait notamment du vieillissement de la population.

☒ L'instauration de la T2A a mis en concurrence les hôpitaux. A l'heure de la territorialisation, il est difficile de demander à des hôpitaux concurrents de coopérer, de mutualiser leurs moyens et de développer des projets médicaux partagés.

☒ L'application de la T2A a contribué à la perte de motivation des acteurs de l'hôpital : la tarification à l'activité ne signifie pas que, mécaniquement, plus un établissement aura de l'activité plus son financement sera important. Car l'ONDAM ne devant pas être dépassé, si l'activité augmente plus que prévu, le tarif baisse. Ce mécanisme de régulation au niveau national peut contribuer à une certaine démotivation des professionnels sur le terrain (NDLR : ou est-ce parce que le but ultime n'est pas le service rendu mais l'équilibre financier ?).

C'est pour cela que le pacte de confiance avait fait la recommandation de modifier les règles d'application de la T2A en la conservant pour les activités de court séjour et en instituant un financement différent pour la prise en charge des maladies chroniques et pour favoriser les processus de coopération (réf. : pacte de confiance).

Pensez-vous que la loi de santé en cours de discussion apporte des solutions à ces faiblesses ? sur quels points ?

La loi de santé ne peut répondre sur le mode de financement de l'hôpital, cela est du ressort de la loi de financement de la sécurité sociale. En revanche, la loi de santé peut mettre en place un contexte permettant l'évolution des conditions d'application de la T2A ou celle de nouveaux modes de financement, la territorialisation est l'un d'eux.

La loi de santé ne peut répondre sur le mode de financement de l'hôpital, cela est du ressort de la loi de financement de la sécurité sociale.

Une organisation centrée sur le patient, sur son parcours personnel (médecin traitant, soins de suite, domicile, éventuellement réhospitalisations, etc.) requiert deux conditions au moins :

- ☒ Une bonne coopération entre le médecin de ville et le médecin hospitalier avec des liens effectifs et opérationnels ;
- ☒ Une bonne coopération entre les hôpitaux et une bonne coopération entre les hôpitaux et les soins de suite ou médico-sociaux.

Pour l'hôpital public, la loi de santé prévoit que sur un territoire, les établissements se regroupent autour d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) et désignent l'un d'eux comme établissement support. Le moteur de cette association doit être le projet médical partagé et son outil la mutualisation des charges et des moyens. Chaque CHT doit inclure un CHU ou passer

convention avec un CHU voisin. Les CHU ont obligation de répondre à ces demandes sur leur territoire. Au sein de ce GHT chaque hôpital, s'il coopère dans le cadre du projet médical partagé, conserve son identité et son organisation. Il serait lo-

gique que l'organisation médicale de chaque hôpital soit librement définie par celui-ci en fonction de sa taille, de son activité (CHU, CH, Hôpital local) ou de sa spécialité (CHS) en respectant cependant deux principes de base : i) conformité au projet médical partagé ; ii) taille des structures internes (pôles, départements) telles qu'elles puissent disposer d'une masse critique activité/moyens permettant la gestion. Une fois les GHT constitués, ceux-ci pourront passer des conventions

ou des accords de bonne coopération avec les professionnels libéraux du territoire et avec les autres établissements (médico sociaux ou spécialisés).

Comment voyez-vous le futur du financement des hôpitaux dans l'idéal... et dans la réalité ?

Ce financement devrait être mixte - associant une dotation forfaitaire et une rémunération à l'activité - pour le financement de la psychiatrie (cf. dossier, DAF de la psychiatrie), des maladies chroniques et des soins de suite.

Il faut raisonner en file active de patients : le financement comporterait une part dépendante du nombre de patients inclus dans la file active et une part forfaitaire qui financerait les activités de suivi, d'accompagnement, d'éducation thérapeutique. Un nouveau modèle est à concevoir et à expérimenter pour bien financer l'hôpital dans les 20, 30 ans à venir.

Au-delà, deux points me semblent essentiels pour l'avenir de l'hôpital : la restauration du rôle des instances consultatives et la formation intensive de tous les acteurs au dialogue social (dont le management médical).

Quelques références

Pacte de confiance 2013 : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_de_confiance_-_rapport_de_synthese.pdf

La loi HPST : regards sur la réforme de santé 2010.

Presse de l'Ecole des hautes Etudes en santé publique.

Missions et organisation de la santé mentale 2009.

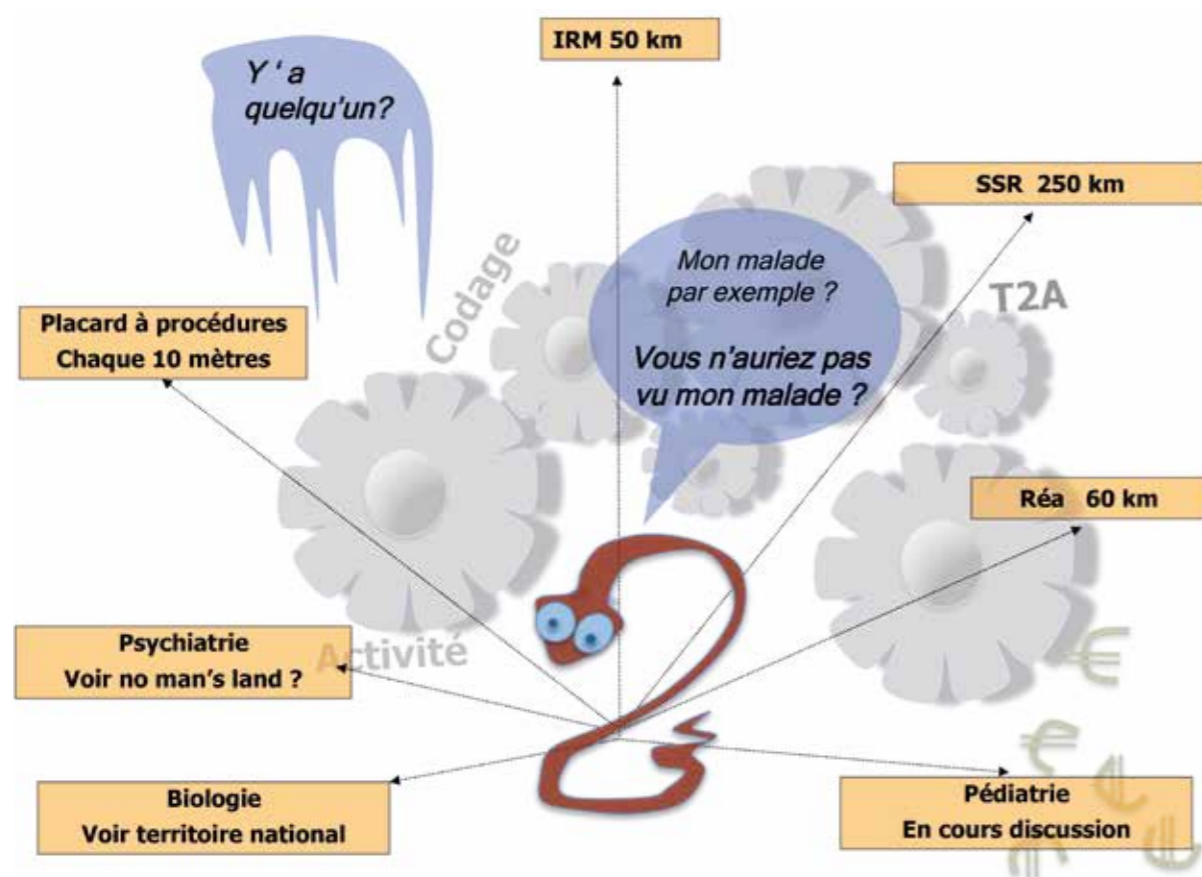
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Missions_et_organisation_de_la_sante_mentale_et_de_la_psychiatrie-2.pdf

COLLOQUE INPH

Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers

Mercredi 16 septembre 2015

Salle Victor Hugo, Immeuble Jacques Chaban Delmas
101 rue de l'Université 75007 Paris
Assemblée Nationale - PARIS



« LOI DE MODERNISATION DU SYSTEME DE SANTE »

- ♣ 13H15 : Accueil des participants
- ♣ 13H45 :
 - › Les enjeux actuels : Dr Rachel BOCHER, Présidente de l'INPH
 - › Allocution du Ministre de la Santé et des Affaires Sociales, **Madame Marisol TOURAINE**

14H30 À 16H10 : 1^{ÈRE} TABLE RONDE

« PRATICIEN HOSPITALIER ET GOUVERNANCE »

MODÉRATEUR : Monsieur Pascal BEAU, Espace Social Européen

ANIMATEURS	INTERVENANTS
Dr Jean-Louis CHABERNAUD VP - INPH	Julien LENGLET ISNCCA
Dr Jean-Michel BADET VP - INPH	Edouard COUTY Ministère de la Santé
Pr Bertrand DIQUET VP - INPH	Guy MOULIN Pdt des pdt de CME de CHU
Dr Hugues AUMAITRE VP - INPH	Barbara ESCANDE Management consulting
Dr Alain JACOB Délégué Général INPH	Gérard VINCENT Délégué Général FHF

16H10 À 17H45 : 2^{ÈME} TABLE RONDE

« PRATICIEN HOSPITALIER ET TERRITORIALITÉ »

MODÉRATEUR : Monsieur Pascal BEAU, Espace Social Européen

ANIMATEURS	INTERVENANTS
Dr Patrick LEGLISE VP - INPH	Cécile COURREGES ARS Pays de Loire
Dr Eric GERARD VP - INPH	Danielle TOUPILLIER CNG
Dr Antoinette GELOT INPH	Jean-Paul DOMIN Maître de conférences en Sciences Economiques
Dr Michel TRIANTAFYLLOU VP - INPH	Dr Olivier VERAN Rapporteur de la Loi
Dr Jamil AMHIS Secrétaire Général INPH	Jérémie SECHER Pdt du Syndicat des Managers Publics de Santé

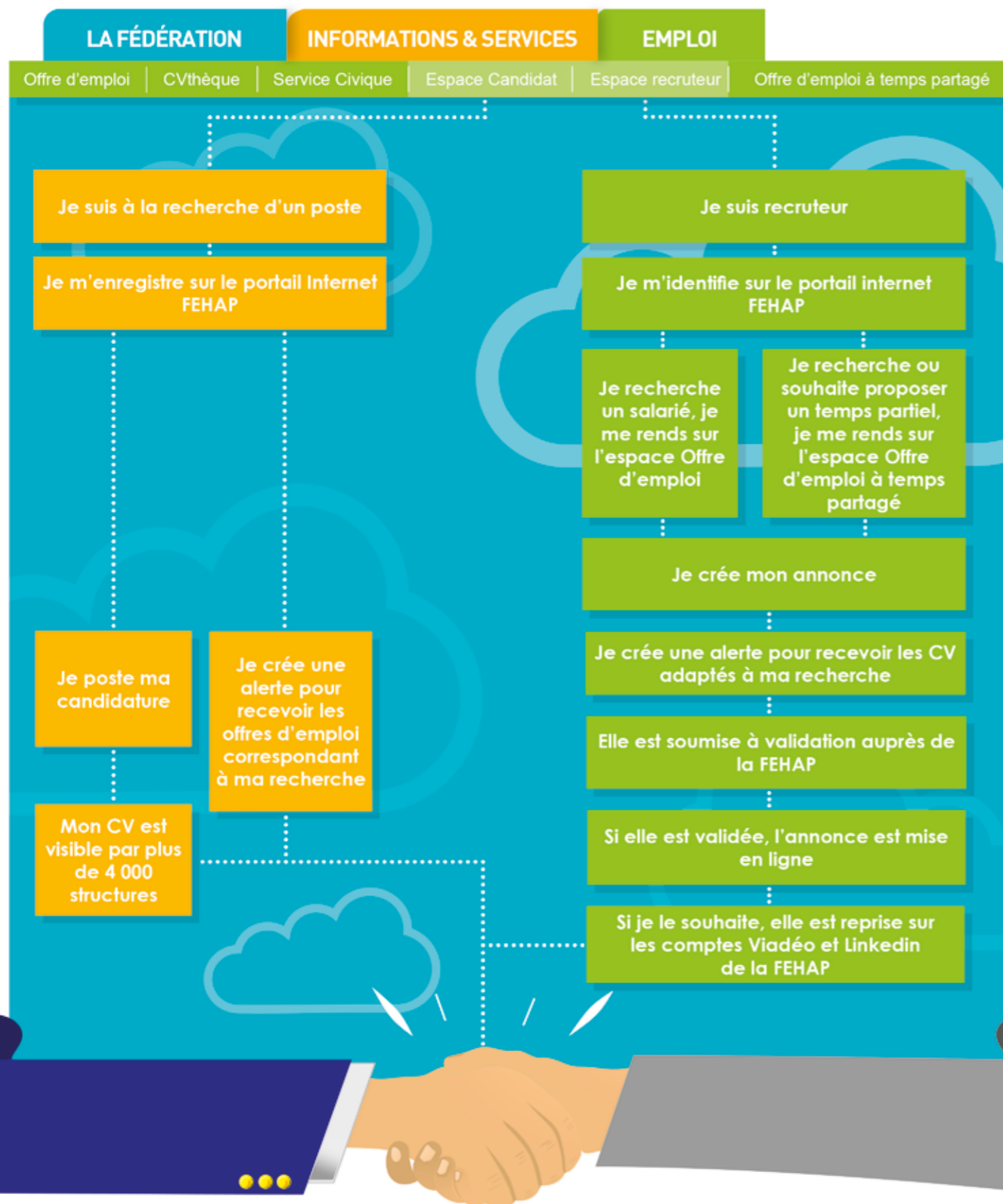
- ♣ 17H45 à 18H00
 - › **Grand témoin :** Regards Européens, Docteur DAKILIC
 - › **Conclusion :** Dr Rachel BOCHER, Présidente de l'INPH

Un pot de convivialité sera servi en clôture de la journée

Mots clés : *Attractivité, pénibilité, démographie, retraite, passerelles, DPC.*

RECRUTEZ EN QUELQUES CLICS

sur notre portail internet www.fehap.fr



MATCHING !



Vous êtes médecin spécialiste, parlez-nous de vos projets...

Chiffres clés :

- 14 établissements
- Un rayonnement national
- Des plateaux techniques performants
- Un management participatif
- + de 800 médecins



REJOIGNEZ UN LEADER PROFESSIONNEL DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE ET VALORISEZ VOS COMPÉTENCES

Le Groupe Vivalto Santé construit son réseau d'établissements d'hospitalisation privée sur un maillage territorial poly-régional performant, au service du soin de proximité.

Il bâtit son développement sur un modèle original qui associe la vision métier des médecins actionnaires et la puissance d'investisseurs institutionnels et sur trois valeurs fondamentales que sont : la **Confiance**, l'**Engagement** et l'**Audace**.

Contact & renseignements

GIE Vivalto Santé Management
6 rue d'Ouessant
Immeuble le Pentagone 2
35760 Saint Grégoire

Tél. : 02 23 25 31 07

ou par mail : ebriquet@vivalto-sante.fr
Docteur Emmanuel Briquet
Directeur du Développement et de la Stratégie Médicale



Pour nous rejoindre : <http://www.vivalto-sante.com>



ET SI VOUS EXERCIEZ AUTREMENT ? médecine militaire de proximité, hospitalière, formation, recherche LE SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES RECRUTE TOUTE L'ANNÉE DES RÉSERVISTES

- S'enrichir d'une nouvelle expérience
- Servir au profit des Armées et de la Gendarmerie
- Planifier de 5 à 30 jours de réserve par an
- Partir en mission extérieure
- Réaliser une deuxième carrière
- Percevoir une solde (salaire), bénéficier de la couverture sociale militaire
- Intégrer une communauté solidaire, riche en valeurs et traditions

LA RÉSERVE DU SSA, POUR QUI ?

- Français/Française volontaire
- Profession médicale, paramédicale ou dans le domaine de la santé
- Moins de 65 ans (officier) ou moins de 62 ans (sous-officier)
- En règle avec les obligations du service national
- Apte médicalement



“ Je vais désormais beaucoup plus vite, je suis beaucoup plus efficace. Au niveau humain et professionnel, c'est un enrichissement immense qu'il ne faut absolument pas manquer. ”
Médecin de réserve G.

POURQUOI PAS VOUS ?

Le service de santé des armées, c'est 15 800 civils et militaires.

Notre cœur de métier : le soutien médico-chirurgical des militaires.

Acteur de santé publique : 8 hôpitaux d'instruction des armées, ouverts à tous les assurés sociaux ; gestion des crises sanitaires.



- 1 DRSSA ST-GERMAIN-EN-LAYE
drssa-sgl.recrutement.fct@intradef.gouv.fr
- 2 DRSSA METZ
03 87 15 57 77 ou 03 87 15 60 29
- 3 DRSSA LYON
04 81 11 50 20
- 4 DRSSA TOULON
04 83 16 28 60
- 5 DRSSA BORDEAUX
05 56 94 45 29 ou 05 56 94 45 20
- 6 DRSSA BREST
02 98 22 07 59 ou 02 98 22 03 53



ANTILLES, SAINT-PIERRE ET MIQUELON
05 96 39 59 16

GUYANE
05 94 39 55 41 ou 05 94 39 55 77

Nouvelle-CALÉDONIE ET DÉPENDANCES,
Nouvelles Hébrides, Wallis et Futuna
(00 687) 29 24 73

POLYNÉSIE FRANÇAISE
(00 689) 40 46 31 37

LA RÉUNION, MAYOTTE
02 62 93 56 15

SÉNÉGAL, AUTRES PAYS,
DRSSA St-Germain-en-Laye



Le Centre d'action sociale de la Ville de Paris, établissement public municipal de 5600 agents comptant 250 sites, recrute pour ses Ehpad et ses résidences services



Recrute médecins

Les postes à pourvoir sont les suivants :

Médecin coordonnateur en EHPAD :

Ehpad « Julie Siegfried » à Paris 14^e : 89 places à pourvoir à compter d'août 2015 : 17h30 hebdomadaires de coordination.

Médecins gériatres ou traitants en EHPAD :

Ehpad « Alice Prin » à Paris 14^e : 112 places ouverture prévue en novembre 2015 : 10h30 hebdomadaires.

Ehpad « Harmonie » à Boissy-Saint-Léger (94) : 102 places, établissement restructuré en 2014 : 9h30 hebdomadaires à compter d'octobre 2015.

Ehpad « Payen » à Paris 15^e : 108 places, réouvert en 2016, 6h30 hebdomadaires.

Ehpad « Valsecchi » à Paris 15^e : 101 places, réouvert en 2015, 3h30 hebdomadaires.

Et pour ses résidences services situées dans Paris (18^e et 5^e) à Saint-Vrain (91) et à Thiais (94).

Recrutement sous contrat, sous conditions d'inscription à l'ordre national des médecins, temps médical modulable et cumulable dans la limite des 35 heures réglementaires, possibilités de prise en charge des formations.

Pour toute informations complémentaires vous pouvez joindre le docteur Soudani, médecin conseil du CASVP au 06 30 06 43 96 ou par courriel martine.soudani@paris.fr

Joindre CV + lettre de motivation à la sous-direction de Ressources, service des Ressources humaines, bureau de la gestion des personnels hospitaliers, 5 boulevard Diderot - 75589 Paris Cedex 12, Tél. : 01 44 67 18 46 ou 16 41 ou par courriel à marie-christine.domingues@paris.fr et à nathalie.glais@paris.fr

Groupement de cliniques et ehpad privés, Ile-de-France



Nous recherchons, en exercice libéral, pour nos établissements en Ile-de-France :

GÉRIATRE (possibilité de salariat) CHIRURGIEN toutes spécialités
GYNÉCO-OBSTÉTRICIEN GASTRO-ENTÉROLOGUE

Découvrez-nous aussi sur www.sante-retraite.org

Pour tout renseignement, contacter le service Recrutement :
rh@sante-retraite.org - 01 40 46 42 29



Le Centre Hospitalier Sud Francilien, hôpital neuf, est le plus grand établissement public d'Ile-de-France hors AP-HP plus de 1 000 lits MCO - SSR - PSY.

Hôpital de recours de tout le sud de l'Ile-de-France. Plateau technique complet et moderne regroupant de nombreuses spécialités. Bloc opératoire avec activité chirurgicale multidisciplinaire (9 673 passages par an) : chirurgie viscérale, chirurgie bariatrique, gynécologie, vasculaire, orthopédie, ophtalmologie, ORL, maxillo-facial, endoscopies digestives, cardiologie interventionnelle. Unité de chirurgie ambulatoire avec un bloc dédié. Activité obstétricale avec une maternité de niveau 3 de plus de 5 000 accouchements/an. Trois gardes d'anesthésie sur place dont deux dédiées à la maternité et une à la chirurgie.

Equipe composée actuellement de 19 médecins anesthésistes.

**Recherche pour son secteur d'anesthésiologie
un Praticien Hospitalier ou un Assistant temps plein**

Pour tout renseignement, contacter le chef de service anesthésiologie : Dr DOLO au 01 61 69 81 43

Candidature, veuillez contacter :

Par courrier : Direction des Affaires Médicales

Centre Hospitalier Sud Francilien - 116, boulevard Jean Jaurès - 91106 Corbeil Essonne Cedex

ou par mail : service.affairesmedicales@ch-sud-francilien.fr



LA REGION LIMOUSIN RECHERCHE
SON MEDECIN DE PREVENTION
 POUR SA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES
 Service Prévention, Sécurité, Santé et Action Sociale

Sous l'autorité directe du Directeur des Ressources Humaines, vous serez chargé des missions suivantes :

- ✓ Assurer les visites annuelles et spéciales des agents de la Région Limousin, réaliser des examens complémentaires si nécessaires, vaccinations
- ✓ Conseiller l'autorité territoriale pour l'amélioration des conditions de travail, l'hygiène, la protection des agents contre les nuisances
- ✓ Assurer le suivi des accidents du travail et rédiger le rapport d'activités en fin d'année
- ✓ Participer aux différentes actions dans le domaine de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail en liaison avec le CHSCT.

PROFIL ET
COMPETENCES
REQUISES

- ✓ Docteur en médecine, titulaire de préférence du Diplôme d'Etudes Spéciales ou du Certificat d'Etudes Spéciales de médecine du travail
- ✓ Expérience similaire souhaitée
- ✓ Capacités relationnelles, d'écoute
- ✓ Sens du travail en équipe.

De préférence par voie statutaire.

RECRUTEMENT

Adresser lettre de motivation et curriculum vitae à :
 Monsieur le Président du Conseil Régional du Limousin
 Direction des Ressources Humaines
 27 boulevard de la Corderie
 87031 LIMOGES CEDEX

**Date limite
de dépôt des
candidatures :
25 septembre 2015**

Pour tous renseignements complémentaires, veuillez contacter : le n° 05 55 45 54 01 ou le n° 05 87 21 20 22



LE CENTRE HOSPITALIER DE ROYAN
 RECRUTE DES A PRESENT :

**MEDECIN URGENTISTE
TEMPS PLEIN**

URGENCES - SMUR

**MEDECIN INTERNISTE
TEMPS PLEIN**

**UNITÉ D'HOSPITALISATION
POST URGENCES POLYVALENTE**



LE CENTRE HOSPITALIER DE ROYAN :
 319 lits de médecine et spécialités
 Unité de surveillance continue
 Plateau médico technique
 Unité Technique Interventionnelle
 Service des urgences-SMUR : 20 000 passages annuels / 800 sorties SMUR.

Renseignements et candidatures : Mme Cécile LACASSAGNE | Chargée des affaires médicales | Tél : 05.46.39.53.39 | Mail : cecile.lacassagne@ch-royan.fr



L'Hôpital Robert-Pax - Centre Hospitalier de Sarreguemines - France

Recrute

**Un praticien contractuel
à temps plein pneumologue**

Afin de renforcer l'équipe médicale de son service de pneumologie.

Un praticien contractuel à temps plein

(spécialisé dans la prise en charge de la douleur chronique)

Pour le service de consultation de la douleur.
 Afin de renforcer l'équipe médicale du service.

Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins Indispensable.

Rémunération au 4^{ème} échelon de la carrière des praticiens hospitaliers à temps plein, majorée de 10 %.

Hôpital public récent ouvert en 2009, bien positionné dans son territoire de santé et en plein développement de son activité (médecine chirurgie - obstétrique - hospitalisation de jour - chirurgie ambulatoire - scanner - IRM). Situé à côté de Sarrebruck (Sarre) et à proximité de Strasbourg et Nancy.

Adresser candidature et CV à : Monsieur Pascal SCHMIT - Directeur-Adjoint des Hôpitaux de Sarreguemines
 Centre Hospitalier Robert-Pax - 2, rue René François-Jolly - 57211 Sarreguemines Cedex
 Tél. : 03 87 27 98 40 - E-mail : pascal.schmit@chs-sarreguemines.fr

Centre Hospitalier Ariège Couserans,
 au pied des pyrénées ariégeoises, à une heure
 de Toulouse, proche stations de ski, à 2 heures de
 la Méditerranée et à 3 heures de l'Atlantique, le
 CHAC bénéficie d'un cadre de vie exceptionnel.

Etablissement public de santé dont le siège social
 est à Saint-Girons - Le centre hospitalier comprend
 plus de 1 000 salariés dont plus de 60 médecins,
 4 pôles cliniques, des activités diversifiées (MCO,
 urgences, SSR, SIR, centre de réadaptation neurolo-
 gique, psychiatrie intra et extra de l'Ariège, EHPAD) et
 un plateau technique complet avec
 laboratoire, pharmacie et
 scanner.



CHERCHE

**MEDECIN MPR/PH
TEMPS PLEIN**

Pour centre de rééducation neurologique
 Médecins hors Union Européenne : PAE obligatoire
 Toutes les candidatures seront étudiées

**UN CHIRURGIEN
TEMPS PLEIN**

CHIRURGIE GENERALE POLYVALENTE - Orthopédie...
 (en binôme avec chirurgien en poste) - Toutes les candidatures seront étudiées
 Unité de 20 lits - Médecins Hors Union Européenne - PAE acquise obligatoire
 et inscription Conseil de l'Ordre des Médecins

**DES PSYCHIATRES
ET PEDOPSYCHIATRES**


Toutes les candidatures seront étudiées
 Sur poste PH temps plein titulaire ou PH Contractuel
 P.A.E obligatoire pour les médecins hors Union Européenne


Affectations diverses possibles sur la psychiatrie :

*Psy adulte/urgences psychiatriques avec projet CAP 48 - Projet HAD - Unités d'admission - CMP et HJ
 Pédopsy/CMP Pamiers - HJ - AFT - ...Projet Maison des adolescents...*

**Envoyer candidature conforme à la réglementation nationale
 et européenne et CV détaillé à : Mr D. GUILLAUME**

Directeur des Ressources Humaines Centre Hospitalier Ariège Couserans
 BP 60111 - 09201 Saint-Girons Cedex
 Ou par mail : secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr

 Le centre hospitalier du val d'Ariège
une structure de soins et des professionnels de santé à votre service



Situé à 45 minutes de Toulouse au pied des Pyrénées, le centre hospitalier du val d'Ariège recrute :
1 oncologue médical (h/f - temps plein)
L'objectif est de renforcer l'équipe actuelle qui dispose déjà de 1,5 ETP de PH pourvus.
Statut : PHC pouvant évoluer vers un PH.

Le service d'oncologie est composé d'une unité de chimiothérapie ambulatoire et d'un secteur d'hospitalisation conventionnelle. Equipe dynamique et prise en charge pluridisciplinaire, dont l'équipe mobile de soins palliatifs. Plateau technique moderne (IRM et Scanner); travail en réseau avec plusieurs établissements de santé du département et de la région. RCP en lien avec les autres intervenants en oncologie. Réactivation du 3C.

1 médecin anesthésiste réanimateur (h/f)
Statut : praticien contractuel ou praticien hospitalier.

L'activité des anesthésistes porte sur les domaines suivants : Bloc chirurgical - Bloc obstétrical - Endoscopies digestives - Consultations d'anesthésie. Permanence des soins organisée en garde sur place.

Le candidat devra disposer de compétences en anesthésie obstétricale et en anesthésie loco régionale écho guidée.

La candidature + CV + lettre de motivation et toutes pièces justificatives doivent être adressés à :
Centre hospitalier du val d'Ariège - Direction des ressources humaines - BP 90064 - 09017 Foix Cedex
E-mail : nathalie.sanmartin@chi-val-ariège.fr - Tél. : 05 61 03 30 50

 UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER Université de Toulouse

Recrute un médecin de prévention

Description du poste :

- Le médecin de prévention de l'université a pour rôle de prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur de travail.
- Il participe à la politique de santé mise en place par le président en faveur des personnels.
- Il intervient en faveur de tous les personnels enseignants et BIATSS (Personnels de bibliothèque, ingénieurs, administratifs, techniciens, du secteur social et santé), quel que soit leur statut.

Adresser CV et lettre de motivation à :
Université Paul Sabatier - DRRH - Pôle carrière - 118, Route de Narbonne - 31062 Toulouse Cedex 9
Tél. : 05 61 55 62 04 ou 87 78 - Mail : carriere.biatss@univ-tlse3.fr

 HAD AURA Auvergne

Médecin coordonnateur à temps partiel (80%)

Sous l'autorité du responsable d'établissement, le médecin coordonnateur, actera la prise en charge des patients en hospitalisation à domicile dans le respect de la circulaire du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile. Il remplira quelques missions aussi bien administratives que médicales et assurera ces missions en binôme.

Dans ce cadre, vous avez pour missions de :

- Garantir la qualité de la prise en charge des patients • D'élaborer et d'optimiser le projet personnalisé de soins et sa réalisation • D'assurer le lien entre les médecins hospitaliers et les médecins traitants • Contribuer à la cohésion de l'équipe soignante et à la formation du personnel • Garantir la pertinence et l'exhaustivité de la tarification à l'activité • Participer à des actions de communication et de promotion de l'HAD • Contribuer au développement de la culture qualité et au respect des bonnes pratiques au sein de la structure • D'effectuer des visites au domicile conjointement avec le médecin traitant.

Profil recherché :

- Médecin généraliste • Une expérience HAD, oncologie médicale ou soins palliatifs serait un plus • Goût du travail en équipe et du contact
- Sens de l'organisation • Maîtrise des outils informatiques.

Coordonnées du recruteur : Monsieur BAYLE Bernard - Directeur HAD AURA - Rue Marie Marvingt - CS 10001 CEBAZAT - 63360 GERZAT
Tél. : 04 73 98 98 10 ou par mail : b.bayle@aura-auvergne.com

 Centre Hospitalier d'Armentières

Hôpital Référent du Territoire Flandre-Lys (590 lits dont 206 MCO). A 15 mn du CHRU de Lille (Nord)
Plateau technique performant (IRM, scanner, réanimation, SMUR, urgences).

**RECHERCHE
DES PRATICIENS A TEMPS PLEIN**

1 ANESTHESISTE
1 CHIRURGIEN VISCERAL
1 GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN
1 REANIMATEUR

Pour tout renseignement contacter :
Mme B. MONTIGNIES - Directrice des Affaires Médicales
Tél. : 03 20 48 33 25 - b.montignies@ch-armentieres.fr
Mme le Dr Julie QUENTIN - Présidente de la CME - j.quentin@ch-armentieres.fr

 Institut Inter-régional de Cancérologie

LA CLINIQUE MEDICALE VICTOR HUGO
située au Mans

recherche
Un 3^{ème} médecin généraliste salarié
temps plein (8 demi-journées par semaine)

dans le cadre d'un contrat à durée indéterminée

Prise de fonction : dès que possible

L'activité de la Clinique est exclusivement oncologique et hématologique avec des services de chimiothérapie ambulatoire, d'hospitalisation conventionnelle (35 lits) et de radiothérapie, complétés par un plateau technique comprenant médecine nucléaire, radiologie et laboratoire de biologie.

Les médecins généralistes assurent, en collaboration avec les oncologues, la prise en charge des patients hospitalisés pour leurs traitements et leurs toxicités, ou les complications évolutives du cancer (douleur, soins palliatifs, dénutrition).

Contact : Clinique Victor Hugo | Mme Hélène PAPIN - DRH | 18 rue Victor Hugo - 72015 LE MANS cedex 2 | 02 43 47 94 94 ou h.papin@cvh72.org



L'EPSM de la Vallée de l'Arve en Haute-Savoie, environnement agréable, au cœur des montagnes, entre Chamonix et Annecy et à 20 Km de Genève.

RECHERCHE

1 PSYCHIATRE et 1 PEDOPSYCHIATRE à temps plein 1 SOMATICIEN à 50%

- Postes à pourvoir rapidement.
- Inscription nécessaire à l'Ordre des médecins.

S'adresser à Mme PELLETIER, DRH : PELLETIER-E@ch-epsm74.fr



MEDECIN COORDONNATEUR (H/F)

Lieu de travail : EHPAD Notre Dame des Vignes - 73200 ALBERTVILLE - 300, rue Edouard Piquand
Contrat à durée indéterminée à temps partiel : 0,50 ETP
Poste à pourvoir à partir du 1^{er} juillet 2015

Mission : Sous la responsabilité du Directeur, et conformément aux 13 missions du médecin coordonnateur.

- Il est le conseiller privilégié de l'équipe soignante.
- Il élabore le projet général de soins avec le concours de l'équipe soignante, le coordonne et évalue sa mise en œuvre.
- Il participe et conseille lors de l'admission des nouveaux résidents.
- Il évalue la dépendance et les besoins en soins et réalise des prescriptions médicales en cas d'urgence.
- Il participe aux projets personnalisés.
- Il préside la commission de coordination gériatrique en articulation avec les partenaires médicaux.
- Il participe également à la formation du personnel et au développement des bonnes pratiques de soins.

Profil recherché : Titulaire d'un diplôme spécialisé en gériatrie ou d'une capacité en gérontologie ou d'un diplôme universitaire de médecin coordonnateur. Investi dans le domaine de la gérontologie. Sens du travail d'équipe et capacités pédagogiques dans une approche médico-sociale. Intérêt pour le partenariat pluridisciplinaire. Maîtrise de l'outil informatique.

Rémunération : Selon Convention Collective du 31/10/1951.

Candidature à adresser à : Madame Nathalie PLANTIER
dir.notredamedesvignes@cheminsdesperance.org

LE CENTRE HOSPITALIER ALPES LEMAN (Haute-Savoie)
Dans une région à fort potentiel touristique, sportif et culturel, dans un cadre agréable entre lac et montagne, (proximité de Chamonix), à 20 km du grand Genève, permettant les communications internationales (aéroport), dans zone d'attraction de 200 000 habitants, 445 lits.
Possibilité d'accueil enfants du personnel au sein de la crèche de l'établissement.



CHAL
CENTRE HOSPITALIER ALPES LEMAN
ch-alpes-leman.fr

Recrute

Un neurologue

Compétences en EEG, explorations fonctionnelles neuro-vasculaire. Plateau technique performant (scanner et IRM sur place, EEG avec vidéo, EMG, Doppler). Membre actif du Réseau Rhône-Alpes sclérose en plaque (SEP).

Un radiologue polyvalent ou avec orientation notamment Imagerie de la femme, radiologie interventionnelle

Equipe dynamique de 6 PH temps plein. Plateau technique performant.

- Scanner Siemens 128 coupes • 3 IRM • 1 mammographe numérique avec tomosynthèse et macrobiopsie
- 1 PACS GE une dictée numérique avec reconnaissance vocale • le transfert d'images.

Renseignements :

- Pour la neurologie : Dr BERROIR - sberroir@ch-alpes-leman.fr - Tél. : 04 50 82 29 95
- Pour la radiologie : Dr VIGNOLI - pvignoli@ch-alpes-leman.fr - Tél. : 04 50 82 25 55
- Candidature à adresser au Directeur des Affaires Médicales : Mr GONIN - pgonin@ch-alpes-leman.fr - Tél. : 04 50 82 24 93



D'une capacité de 250 lits de MCO. 35 000 passages/an aux urgences. 19 000 séjours. 28 000 consultations spécialisées. 1 300 naissances (Maternité de niveau IIA)

Toutes les informations utiles sur notre site internet
www.chi-mont-blanc.fr

NOUS RECHERCHONS

1 INTERNISTE et 1 GENERALISTE

Médecine interne et infectiologie. Service de 30 lits. Consultations VIH, hépatites, CAI.

1 GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN

7^{ème} poste, orientation obstétricale recherchée, avec compétences en diagnostic anténatal et en échographie (DU souhaité), pratique chirurgicale d'urgence en gynécologie. Gardes sur place.

1 CARDIOLOGUE

Pour compléter une équipe de 3.2 ETP. Service de 30 lits, toute exploration non invasive.

Contact : Virginie Delrio-Collin – Responsable des Affaires Médicales
affairesmedicales@ch-sallanches-chamonix.fr – Tél. : 04 50 47 30 77



Le Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP) de l'APF de l'Isère

Recherche médecin pédiatre ou neuropédiatre

pour assurer la direction médicale des soins ambulatoires assurés à des enfants entre 0 et 6 ans, en situation de handicap ou qui nécessitent une surveillance.

L'accompagnement des familles, le travail avec les partenaires et la mise en synergie pluridisciplinaire sont d'autres responsabilités du médecin directeur technique.

Le poste est évolutif et à pourvoir en septembre 2015. Il s'agit dans l'immédiat d'un CDI, 0,5 ETP sur deux sites Voiron et Grenoble. La convention collective 51 est appliquée.

Pour toute information concernant ce poste veuillez contacter Monsieur Patrick GREGOIRE - Directeur
pgregoire@camsp-apf38.fr ou au 06 45 46 54 85



La Ville de Saint Quentin recherche un **médecin scolaire (à mi-temps)** dans le but de mettre en œuvre des actions de prévention individuelle et collective et de promotion de santé en faveur des enfants scolarisés dans les écoles publiques de la Ville

Celui-ci aura pour mission de réaliser des bilans de santé, de mettre en place des protocoles d'accueil individuels visant à l'intégration des enfants porteurs de handicap ou chroniques, participer aux actions de prévention, de dépistage et d'orientation des enfants, de participer à la gestion des situations traumatiques et des urgences sanitaires, de participer et collaborer aux programmes de santé publique de la DSDEN de l'Aisne.

Missions spécifiques :

- Participer en lien avec les infirmières, les équipes éducatives, la diététicienne aux parcours d'éducation à la santé mis en place par la Ville
- Assurer un appui technique aux infirmières
- Évaluer les besoins sanitaires du territoire et élaborer des propositions d'actions aux élus en matière de prévention dans le cadre d'un bilan annuel
- Participer à des réunions de travail, d'information ou de formation.

Qualifications nécessaires pour occuper le poste

- Diplôme d'état de docteur en médecine
- Permis B obligatoire
- Utilisation des outils bureautiques (Excel, Word) à un niveau de pratique courante.

Savoirs - être

- Esprit d'initiative et autonomie
- Sens relationnel aigu
- Sens de l'écoute et de l'observation
- Déontologie, éthique
- Disponibilité.



Compétences acquises ou à acquérir

- Connaissances des problématiques relatives à l'enfant
- Connaissance des problématiques de santé publique et des modes de gestion des risques sanitaires
- Procédure de prévention et de signalement des actions de maltraitance
- Connaissance du code de déontologie associé à la fonction
- Connaissance des législations relatives à la protection de l'enfance, au handicap, à la santé publique, à la santé scolaire
- Capacité à travailler et à développer des partenariats avec le tissu institutionnel et sanitaire local
- Aptitude à la mise en œuvre de tests cognitifs et d'apprentissage destinés aux enfants.

Merci d'adresser votre candidature (lettre de motivation + C.V.) à :

Mairie de SAINT QUENTIN | DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES | BP 345 - 02107 ST QUENTIN CEDEX France
dir@stquentin.fr

Dans le cadre du Contrat Local de Santé du Montargois en Gâtinais en collaboration avec

Pour l'ouverture à Montargis de sa MAISON DE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRE
L'Agglomération Montargoise recherche

2 MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Plateau technique public-privé
Déjà 7 professionnels de santé participent au projet

Possibilité de temps partagé libéral - assistant hospitalier

Agglomération dynamique de 64 000 habitants à 1 heure au Sud de Paris
Installation facilitée Charges réduites

Contact :
Paul-Josua KOCH
Chargé de mission
Animateur du Contrat Local de Santé
Agglomération Montargoise -
Syndicat Mixte du Pays Gâtinais
Tel : 02 18 20 01 60
Mail : pj.koch@pays-gatinais.com



Les Hôpitaux de Chartres (28) recherchent un praticien temps plein - animateur de la filière neuro-vasculaire eurélienne

Missions :
* Les missions de l'animateur de filière consistent à constituer, formaliser puis animer la filière territoriale dans toutes ses composantes (établissements de santé, établissements médico-sociaux et professionnels libéraux), en complémentarité avec les UNV de proximité (Centre Hospitalier de Dreux et Centre Hospitalier de Chartres), de recours (CHRU de Tours) et le comité de pilotage régional * La formalisation repose sur l'identification et l'information des acteurs, l'organisation de formations, l'élaboration de protocoles et conventions (pouvant intégrer la télé-médecine) précisant les orientations et les parcours de prise en charge et la mise en place d'un système d'évaluation du dispositif * L'animateur de filière contribue à l'organisation de la continuité des soins au sein de la filière (neuro-vasculaire, imagerie, SSR, HAD, médecine de ville...) et sa lisibilité pour le centre 15 et le répertoire opérationnel des ressources * Il animera les réunions de sa filière, représentera sa filière aux réunions du comité technique régional neuro-vasculaire, participera aux Journées Nationales des Animateurs de « filière AVC », ainsi qu'au Bureau (trésorier) de l'association France AVC-28 (Dr Philippe RONDEPIERRE - Président).

Au fur et à mesure que le temps consacré à l'animation de la filière le permettra, l'animateur de filière participera aux activités cliniques des 2 UNV du département :
* A Chartres, il participera aux staff médicaux hebdomadaires et staff médico-sociaux bi-hebdomadaires, participera aux visites à l'UNV/USINV (par exemple 1 semaine/mois au début puis 3 semaines/mois dans 2 ans) et intégrera progressivement le tour d'astreinte de l'UNV * A Dreux, il intégrera progressivement le tour d'astreinte de l'UNV drouais (à terme 1 astreinte/mois ou 1 week-end/trimestre) * Il participera également aux consultations avancées au CH de Châteaudun et au CH de Nogent-le-Rotrou, en alternance avec les autres neurologues du service.

Compétences requises : neurologue clinicien ou médecin clinicien inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins.

CONTACT :
Docteur GRIMAUD - Chef du Service Neurologie - Tél. : 02 37 30 30 65



Le Centre Hospitalier de Pithiviers recherche :



- 👉 Un médecin urgentiste
- 👉 Un pédiatre
- 👉 Un gynécologue
- 👉 Un Radiologue

Conditions :
Pour postuler à cette offre, vous devez être Titulaire d'un diplôme de médecine.

Postes libres de suite, ouvert aux praticiens par mutation, contractuel, attaché ou attaché associé dès lors que le candidat répond aux conditions réglementaires d'exercice de la spécialité en France.

Accompagnement vers un statut de Praticien Hospitalier.

Personne à contacter :
Lettre de candidature et CV à adresser à Mme Lagoyer Micheline, Attachée d'Administration Hospitalière, Responsable des Ressources Humaines et des Affaires Médicales - Centre Hospitalier de Pithiviers - 10 boulevard Beauvallet - BP 700 - 45307 PITHIVIERS CEDEX | Email : mlagoyer@ch-pithiviers.fr | Tél. Affaires médicales : 02 38 32 31 03



Le Centre d'Examens de Santé de la CPAM de l'Yonne propose des examens périodiques aux assurés du régime général, notamment aux assurés dits vulnérables. Il réalise 8 500 bilans par an et apporte un soutien au médecin traitant en matière de prévention.
Ses missions principales sont le dépistage, la prévention des comportements à risques et l'éducation thérapeutique et en santé (diabète, maladies cardio-vasculaires...).

Il travaille en étroite collaboration avec les partenaires sociaux et les services de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Yonne.

Le centre recherche un médecin à temps plein pour compléter son équipe composée de :

- Cinq médecins • Un médecin biologiste (laboratoire intégré au Centre) • Cinq infirmier(e)s • Une diététicienne • Une psychologue
- Un dentiste • Une équipe administrative

Ses missions seront de :

- Réaliser des examens périodiques de santé (examens cliniques, dépistage, conseils de prévention et de santé publique, éducation thérapeutique).
- Assurer ces missions lors de déplacements ponctuels dans le cadre des unités mobiles du Centre d'Examens de Santé.

Contact : Docteur BROUCHE - 03 86 72 14 82
Adresser CV + lettre de motivation : Centre d'Examens de Santé - 25, rue du Clos - 89000 Auxerre ou par e-mail : said.brouche@cpam-auxerre.cnamts.fr



Le Centre Médical « LA SOURCE »
60 Lits de Soins de Suite
Situé à 05260 ST LEGER LES MELEZES
(Hautes-Alpes)

Propose

Pour tout renseignement
Veuillez contacter
Mme MARTINEZ Anne-Marie
Tél : 04.92.50.47.03
annemarie.martinez@la-source-sa.com



Un poste de « MEDECIN GENERALISTE » salarié
Pour un Contrat à Durée Indéterminée à temps partiel
(A compter de Décembre 2015)

Un poste de « MEDECIN GENERALISTE » salarié
Pour un Contrat à Durée Déterminée à temps partiel ou temps complet
(De Octobre 2015 à Mars 2016)
Possibilité de logement



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

recherche pour compléter son équipe de médecine de spécialités. **1 pneumologue à temps plein.**

Service à orientation pneumologie et cardio-vasculaire avec une activité de médecine polyvalente, visites, avis dans les services, bronchoscopies, EFR... il comprend 18 lits (dont 2 d'exploration du sommeil) et bénéficie d'un plateau technique complet (IRM, scanner, pharmacie centrale) et d'une collaboration étroite avec l'unité de surveillance continue et l'unité de soins palliatifs.

Le centre hospitalier dispose également d'un hôpital de jour et travaille en collaboration étroite avec un institut spécialisé en cancérologie.

Contacts :
Dr Driss Mikou - Responsable d'Unité - 04 90 11 22 00 - mikou.driss@neuf.fr
Dr Samir Chamouni - Chef du Pôle - 04 90 11 22 10 - schamouni@ch-orange.fr
Mme L. Blanchi - Bureau des Affaires Médicales - 04 90 11 24 06 - lblanchi@ch-orange.fr



L'Etablissement Français du Sang, établissement public de l'Etat, est l'opérateur unique de la transfusion sanguine en France.

Son rôle majeur dans le système de soins français et la sécurité des politiques sanitaires l'amène à rechercher :

Pour la Bretagne (Ille-et-Vilaine) :

UN OU DES MEDECIN(S) DE PRELEVEMENT (H/F)

Garant de la sécurité et du bon déroulement de l'activité, vous réalisez les entretiens médicaux des donneurs ainsi que leur suivi. Interocteur privilégié des donneurs et amicales vous organisez et supervisez la collecte de sang et êtes garant de son bon déroulement. Vous êtes activement impliqué dans le management de l'équipe de collecte.

Postes CDI ou CDD à pourvoir dès que possible (temps de travail à définir).

Postes s'adressant à des docteurs en médecine. Formation assurée par l'établissement.

Les candidatures (CV, lettre de motivation) sont à adresser : par courrier à EFS Bretagne - Direction des Ressources Humaines - Rue Pierre-Jean Gineste - BP 91614 - 35016 Rennes Cedex ou par mail à Josiane LE RHUN : josiane.le-rhun@efs.sante.fr ou via notre site www.donusang.net, rubrique "carrières et métiers"/"nos offres d'emploi"



CENTRE HOSPITALIER
DES PAYS DE MORLAIX

Le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix (29)

Etablissement de 1 054 lits, avec des activités MCO
Psychiatrie - SSR - USLD - EHPAD

Recherche afin de compléter l'équipe
médicale de ses services de médecine
et de psychiatrie :

2 psychiatres temps plein



Centre Hospitalier des Pays de Morlaix - 15, rue de Kersaint Gilly - 29600 Morlaix
Tél. secrétariat affaires médicales : 02 98 62 69 11
Courriel : azarrella@ch-morlaix.fr | Site internet : www.ch-morlaix.fr

Le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix comporte un grand nombre de spécialités (cardiologie, gastro-entérologie, médecine interne, médecine gériatrique, chirurgie viscérale et orthopédique, urgences, réanimation, gynécologie), d'une filière gériatrique complète (court séjour, SSR PAPD, USLD, consultation mémoire, UCC), d'un plateau technique performant.

Le pôle de Psychiatrie/Addictologie (274 lits+ 50 lits USLD, 187 places) comprend 3 secteurs de psychiatrie adulte, un intersecteur de pédopsychiatrie, un intersecteur d'addictologie, une fédération intersectorielle de 50 lits de gériopsychiatrie, ainsi que 5 services spécialisés à recrutement intersectoriel : gériopsychiatrie, hospitalo-requérants, UPEC/Liaison, centre de réhabilitation et de réinsertion pour patients souffrant de schizophrénie, unité pour patients autistes adultes et souffrant de déficiences psychomotrices sévères (18 psychiatres, 5 médecins généralistes dont un gériatre et un addictologue).

Le Centre Hospitalier de Mayotte



Situé au cœur de l'Océan Indien avec un lagon exceptionnel à 2h de la Réunion et 1h de Madagascar, le centre hospitalier de Mayotte (CHM) connaît un fort développement de son activité dans toutes les disciplines.

Afin d'accompagner cette évolution le CHM recrute

DES PRATICIENS HOSPITALIER

RADIOLOGUE

Service équipé de matériel performant et récent servis par une équipe de 15 manipulateurs, 1 IDE, 6 secrétaires, 1 assistant d'échographie et 3 radiologues en poste.

Renseignements : Docteur Thierry PELOURDEAU - Chef de Pôle - Courriel : t.pelourdeau@chmayotte.fr - Téléphone : 06 39 69 26 10

URGENTISTE

Service d'urgences, SAMU, SMUR, UHCD, EVASAN desservant l'ensemble de l'île pour 32 praticiens.

Renseignements : Docteur Philippe DURASNEL - Chef de Pôle ou Docteur BAH-ASSOUMANI - Chef de Service des Urgences
Courriel : p.durasnel@chmayotte.fr ou s.bah-assoumani@chmayotte.fr - Téléphone : 06 39 61 37 58 (Docteur DURASNEL) ou 02 69 61 80 00 poste 5436 (Docteur BAH-ASSOUMANI)

PEDIATRIE-NEONATOLOGIE

Pédiatrie : 34 lits (nourisson et grand enfant) - 4 lits soins continus - HJ - consultations. Activité riche et variée avec des pathologies infectieuses tropicales, des cardiopathies, dénutrition ainsi que les pathologies pédiatriques courantes. Centre de compétence des maladies constitutionnelles érythrocytaires.

Néonatalogie : 6 lits de réanimation, 8 lits de soins intensifs et 16 lits de médecine néonatale. Gardes de pédiatrie et de néonatalogie séparées.

Renseignements : Docteur Abdourahim CHAMOUINE - Chef de Pôle - a.chamouine1@chmayotte.fr - Téléphone : 06 39 69 38 15

OPHTALMOLOGUE - NEPHROLOGUE - DERMATOLOGUE

Renseignements : Etienne MOREL - Directeur - Monsieur le Docteur AHMED ABDOU - Président de la Commission Médicale d'Etablissement
direction@chmayotte.fr ou m.ahmedabdou@chmayotte.fr

MEDECIN GENERALISTE

13 dispensaires sont rattachés au CHM. Ils dispensent des soins de proximité, la prise en charge des maladies chroniques, les vaccinations et font de la prévention pour le compte de l'état dans des structures à taille humaine au plus près de la population (horaires continus 7h-14h).

GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN - CHIRURGIEN DES HOPITAUX

Le CHM étant le seul établissement de santé de l'île, le pôle gynécologie obstétrique prend en charge le suivi gynécologique obstétrique de la quasi-totalité des patientes de Mayotte.

La répartition géographique du pôle sur 5 sites est un réel atout pour la couverture des soins.

Renseignements : Docteur Madi ABDOU - Chef de Pôle - Courriel : m.abdou@chmayotte.fr - Téléphone : 06 39 67 11 18

REANIMATEUR

Le service de réanimation : 14 lits, activité polyvalente, plateau technique complet (ECMO...).

Effectif : 7 ETP (dont un réanimateur pédiatrique) et 4 internes (subdivision océan indien). Possibilité d'être recruté sous statut de praticien clinicien.

Renseignements : Docteur Renaud Blondé - r.blonde@chmayotte.fr

CONTRAT ET AIDES A L'INSTALLATION :

> Contrat de courte durée : (1 mois minimum). Rémunération attractive. Prise en charge du billet d'avion pour le candidat, mise à disposition d'un logement et d'une voiture de location pendant la durée du remplacement.

> Contrat d'un an : Rémunération attractive. Prise en charge du billet d'avion (candidat + famille) + indemnité de changement de résidence + mise à disposition d'un logement (6 mois) et d'une voiture de location (3 mois). Possibilité d'être recruté sous statut de praticien clinicien.

Mutation ou première nomination : Indemnité Particulière d'Exercice ouverte aux praticiens hospitaliers nommés à titre probatoire et permanent.

Prise en charge du billet d'avion (candidat + famille) + indemnité de changement de résidence + mise à disposition d'un logement (3 mois) et d'une voiture de location (3 mois). Possibilité d'être recruté sous statut de praticien clinicien.

Contact :

Madame BARBEZIEUX-BETINAS - Directrice Adjointe en Charge des Affaires Médicales - c.barbezieux@chmayotte.fr

Adresse : Centre Hospitalier de MAMOUDZOU - BP 04 - 97600 MAYOTTE

Madame Marie-Paule CLEMENT - Courriel : mp.clement@chmayotte.fr - Téléphone : 02 69 61 86 94

Fonction : Attachée d'administration



Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais Franck JOLY

B.P 245 - 97393 Saint-Laurent du Maroni Cedex

Tél. : 05 94 34 88 88 - Fax : 05 94 34 87 42 - E-mail : affmedicales@ch-ouestguyane.fr



LE CHOG RECRUTE 2 URGENTISTES

Horaires : en semaine de 8h30 à 18h30. De garde de nuit 18h30 à 08h30, de garde les jours fériés et week-end 8h30-18-30

Participation à la permanence de soins : temps plein 48h par semaine avec 6 à 8 gardes (nuit comme week-end end et jours fériés) par mois.

Astreinte opérationnelle en dehors des murs du CHOG : en cas de sortie SMUR et en fonction de flux de passage des patients aux urgences.

Missions de soins :

• Participation aux activités cliniques dans les secteurs suivants : zone d'accueil et orientation, secteur hospitalisation, salle d'accueil des urgences vitales, SMUR, maison médicale adossée aux urgences

Mission d'enseignement :

• Participation aux enseignements formalisés du service :
 • Auprès de l'équipe médicale - Auprès des étudiants : externes et internes - Auprès de l'équipe paramédicale.
 • Participation aux enseignements formalisés externes au service par exemple EPU.

Qualifications requises :

• Capacité de médecine d'urgence • DESC de médecine d'urgence • DIS de médecine d'urgence • Capacité de médecine de catastrophe
 DES d'anesthésie réanimation.

Les conditions de recrutement :

• Assistant spécialiste, praticien contractuel - émoluments majorés de 40% • Prise en charge du billet avion aller • Mise à disposition d'un véhicule et d'un logement pendant 2 mois.

Personnes à contacter :

Monette VOYER - Attachée d'Administration Hospitalière - Direction des Affaires Médicales - Tél. : 05 94 34 87 03 - 06 94 41 12 13

Partie Technique : Dr Crépin KEZZA - 06 94 21 32 13 - E-mail : m.voyer@ch-ouestguyane.fr

Le Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais Franck JOLY

B.P 245 - 97393 Saint-Laurent du Maroni Cedex

Tél. : 05 94 34 88 - Fax : 05 94 34 87 42 - E-Mail : secdirection@ch-ouestguyane.fr



Recrute

■ 2 RADIOLOGUES

à compter du 1^{er} août 2015 afin de renforcer l'équipe en place.

■ 1 CHIRURGIEN OPHTALMOLOGUE

à compter du 1^{er} septembre 2015 pour renforcement de l'équipe.

Postes à pourvoir dans l'immédiat

Conditions de recrutement :

- Emoluments selon grille des praticiens hospitaliers + 40% indemnité DOM.
- Mise à disposition d'un véhicule et d'un logement pour 2 mois.
- Prise en charge billet d'avion.

Pour postuler à cette offre vous devez être titulaire d'un diplôme de médecine.

Contacts :

Monsieur DEFOUR - Directeur - 05 94 34 87 01
Monette VOYER AAH - Affaires Médicales
05 94 34 87 03 - E-mail : m.voyer@ch-ouestguyane.fr

Dr DOSSA Jean Baptiste - Ophtalmologue - 05 94 34 88 88
Dr BEUGRE GBEHI - Radiologue - 05 94 34 87 29

Vous êtes dynamique, organisé, volontaire
Vous avez le sens du travail en commun
Rejoignez-nous !



LE CENTRE DE REEDUCATION YLANG YLANG - ILE DE LA REUNION

recrute pour son Centre de rééducation à l'ILE de la Reunion (Mention spécialisée en neurologie, appareil Locomoteur, cardiologie et respiratoire).

- **Un médecin rééducateur H/F** pour renforcer son équipe médicale.
 CDI temps complet - Conditions avantageuses, reprise d'ancienneté.

DESCRIPTION DU POSTE : 60% service MPR et 40% service EVC/EPR.

Orientations médicales : neurologie, orthopédie, traumatologie, pathologies du rachis.
 Plateau technique complet et balnéothérapie, isocinétisme, analyse de la marche, vestibulographie.

PROFIL RECHERCHE : médecin rééducateur H/F spécialiste en MPR ou médecin généraliste avec compétence en rééducation ou médecine du sport. Expérience en centre souhaitée.

- **Un médecin cardiologue H/F** pour renforcer son équipe médicale.
 CDI temps complet - Conditions avantageuses, reprise d'ancienneté.

PROFIL RECHERCHE : médecin cardiologue - Expérience en centre de réadaptation souhaitée.

Contact :

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

LE CENTRE

Situé à l'Ouest de l'île, dans la ville du Port. Structure à taille humaine, dynamique. Activité sur 25 lits d'hospitalisation complète, 60 patients en hospitalisation de jour MPR et 30 patients en hospitalisation de jour SSR Cardiologie et Respiratoire. Equipe pluridisciplinaire complète.
 Ouverture d'un service EVC/EPR de 9 lits



Suisse

- Cabinet médical des Alpes
- Prévention et promotion de la santé
- Aide et soins à domicile
- Structures d'accompagnement médico-sociales
- Hôpital - polyclinique et urgences
- Hébergement

RECHERCHE UN PEDIATRE

Pour son cabinet médical des Alpes

Le Réseau Santé Balcon du Jura comprend l'ensemble des prestataires de soins de la région. Dans le cadre du développement des soins intégrés, la médecine de premier recours et la prévention ont été placés au centre du dispositif.

Afin de compléter notre équipe médicale nous recherchons un pédiatre qui œuvrera au sein du cabinet médical des Alpes. Ce dernier a été inauguré en janvier 2015 et comprend d'ores et déjà 3 médecins de famille et un pédopsychiatre.

Le médecin pédiatre fait partie intégrante du réseau et bénéficie ainsi de toutes les compétences et infrastructure nécessaire à son activité.

Idéalement situé sur la frontière Franco-Suisse, le choix du lieu de résidence est libre. Les conditions salariales sont celles de la Suisse.

Personnes à contacter :

- M. Thierry MONOD - DG - 0041 244 55 16 00 - thierry.monod@cssc.ch
- Mme Renate STAUFFER - RH - 0041 244 55 16 42 - renae.stauffer@cssc.ch
- Dr Oscar DAHER - DM - oscar.daher@cssc.ch



Rejoignez la communauté des Praticiens Hospitaliers

Sur
Reseauprosante.fr

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



Association pour les praticiens hospitaliers et assimilés

Une association solidaire

10 000 médecins hospitaliers ensemble pour leur protection



Des contrats adaptés à chaque statut hospitalier et hospitalo-universitaire.

Prévoyance

Percevoir son salaire, ses primes et ses indemnités de gardes en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité. Protéger sa famille en cas de décès.

Complémentaire Santé

Bénéficier de remboursements frais de santé performants

Obtenir
un conseil
personnalisé

01 75 44 95 15*

*Les contrats APPA sont distribués par Ressources France - SAS au capital de 41.024 € RCS PARIS B 414926 740 - APE 5522Z - Immatriculation O9145 07002783 - www.appa.fr - Organisme de contrôle pour toute réclamation ACPH - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09

www.appa-asso.org

APPA - Association à but non lucratif, régie par la loi de 1901. Siège social : 23 rue Bailu - 75009 Paris

PRÉVOYANCE



SANTÉ



RETRAITE