

LE MAG DE L'INPH

1^{er} INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

N° 1

AVRIL 2014

QUADRIMESTRIEL
GRATUIT



**DOSSIER :
PH ET ATTRACTIVITÉ**

DÉCHIFFRER L'HÔPITAL : DEVENIR PH

**QUESTIONS ACTUELLES :
TEMPS DE TRAVAIL ET PÉNIBILITÉ**

WWW.INPH.ORG

La naissance d'un nouveau magazine est une bonne nouvelle.

Toujours.

L'INPH vous présente le sien, ou plutôt le vôtre.

Créé comme outil à la disposition de tous, ancré sur nos actualités, en recherche continue de propositions et d'actions en faveur d'un meilleur dialogue social, ce support prendra le sens que vous lui donnerez.

Ce magazine de l'INPH s'écrira sous forme de rubriques interactives, à la source des réflexions collectives, autour de nos métiers au sein des Hôpitaux Publics.

Puisque « *l'avenir n'est pas l'optimisation du présent, mais autre chose* » - (Elsa Triolet) - l'INPH innovera là encore. La « *diversité unique* » de ses composantes est sa force.

Certes, nous éditerons sur la base de l'actualité, celle de notre activité bien entendu, mais celle aussi qui préside à la pensée issue des débats de société.

L'actualité la plus récente est l'histoire d'un remaniement annoncé.

L'INPH a pris acte de la reconduite de Mme Marisol TOURAINE pour un nouveau tour sur place. Faisons le pari - insensé ! - que la santé publique soit dès les prochains jours au cœur des préoccupations des Pouvoirs Publics, en accord avec les engagements du Président de la République lors de sa campagne de 2012.

Reste que le bilan des 23 premiers mois est assez contrasté.

Certes il serait injuste de prétendre que les Hôpitaux publics ont été mal traités.

Plus simplement, ils n'ont pas été traités. Du tout.

Pourquoi ? Chacun trouvera le chemin de la réponse, de l'excuse ou de l'accablement.

La reprise par Mme TOURAINE, mot à mot, petit à petit, insidieusement, en silence, par oubli, par omission ou par intention, des dispositions de la loi HPST de Mme BACHELOT a surpris.

Et a déçu. Durablement.

Comme si cela ne suffisait pas à mécontenter, ajoutons les plus récentes annonces des prochaines restrictions budgétaires recherchées sur nos activités. Elles font craindre que le « *fond de la piscine* » ne soit pas encore atteint ; pendant les remaniements, la descente continue !

La santé doit être et doit rester une priorité.

Il faut se garder de la convertir en un terrain de chasse pour des économies.

La solidarité a un coût, la qualité des soins, les travaux de recherche, et la sécurité des patients comme celle des professionnels aussi.

Y renoncer ne peut pas faire office de programme, ou alors, il faut le reconnaître, - *l'avouer même* - ! Rien ne serait pire que l'action en sous-mains : effet « *cocote minute* » garanti.

Pourquoi cette nécessité de le rappeler ?

Drôle de période, curieux moment.

Alors ce mot de Talleyrand :

« *j'ai vu mieux, j'ai vu pire, je n'ai jamais rien vu de pareil* ».

Je nous souhaite longue vie ensemble dans ces colonnes du MAG'INPH.

Voici le numéro 1.

Bonne lecture.

Présidente de l'INPH
Dr Rachel BOCHER



SOMMAIRE



LE MAG DE L'INPH

1^{er} INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

Édition quadrimestrielle

Directeur de Publication D^r RACHEL BOCHER
Rédactrice en chef D^r ANTOINETTE BERNABE GELOT
Comité de lecture D^r JEAN MICHEL BADET
D^r ALAIN JACOB
D^r HENRI THOANNES
D^r EMMANUEL CIXOUS

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.

INFORMATION

06 Les News / Les Views

Le Compte épargne temps
La pénibilité en 10 points

12 Déchiffrer l'Hôpital

devenir PH

RÉFLEXION

18 Chroniques d'hôpital

La pochette plastique

20 Dossier

Attractivité

CONSTRUCTION

36 Interview

Rencontre avec le Pr Benoit Vallet

40 Colloque de l'INPH

Programme

ANNONCES

45 Les annonces de Recrutement

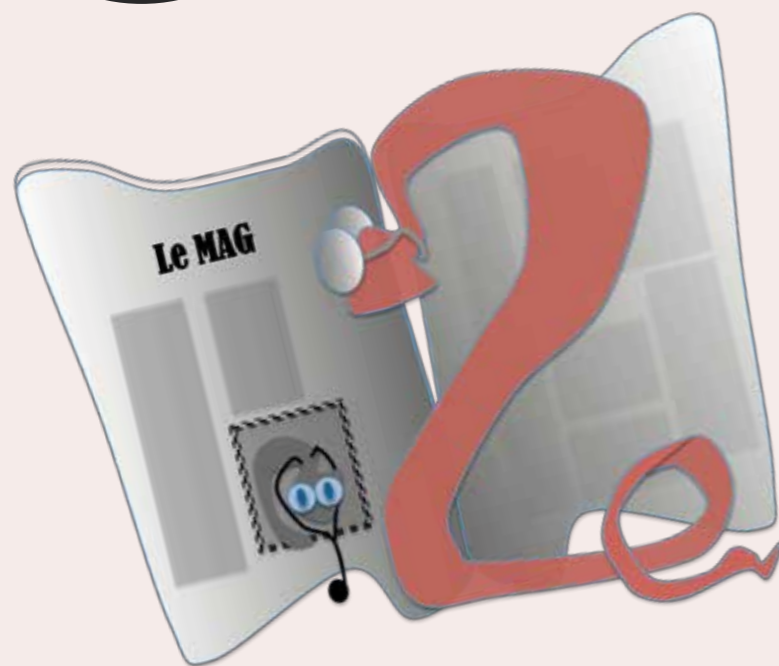
10 QUESTIONS

POUR COMPRENDRE LE COMPTE EPARGNE TEMPS (CET)

RAPPEL DE 2013 POUR COMPRENDRE LE **CET 2014**

L'arrêté du 17/10/2002 a fixé les modalités d'application dans la réduction du temps de travail chez les personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements publics de santé. A l'article 1, il est inscrit le bénéfice de 20 jours de congés rémunérés au titre de la RTT. Cet acquis statutaire fut obtenu à l'occasion de négociations difficiles et ardues grâce à l'action pugnace de l'INPH.

NEWS



2013 : Rapports etc.

1

Est-ce que le délai de 10 ans pour les jours inscrits sur le CET est encore d'actualité ?

Non, cette limite a été supprimée par les textes récemment publiés.

2

Faut-il toujours déclarer ses congés à l'avance si on les prend sur les jours de CET ?

Non, le délai de « prévenance » a été supprimé.

3

J'ai entendu dire qu'il y aura dorénavant un plafond à ne pas dépasser pour cumuler les jours de CET ?

Oui, jusqu'au 31 décembre 2015, ce plafond est fixé à 300 jours et sera ramené à 208 jours (soit une année civile de PH). Attention, ce point est important pour ne pas risquer de perdre des jours. Des mesures dérogatoires sont prévues sous couvert de l'ARS pour le maintenir à 300 en particulier en raison de problèmes démographiques.

4

Y a-t-il une différence entre les jours déjà stockés sur le CET et ceux qui le seront à partir de l'année 2013 ?

Oui, le stock c'est-à-dire les jours épargnés jusqu'à la fin 2012 s'appellent le CET historique. A partir de 2013, les jours amassés constituent le CET pérenne. Le plafond décrit précédemment s'applique à la somme des deux.

5

Est-ce que je peux me faire payer des jours de CET cette année ?

Oui, à plusieurs conditions. Il faut avoir plus de 20 jours sur le CET historique. Le maximum qui peut être payé est de 80 jours. Chaque jour est payé 300 euros brut ; le paiement est étalé sur 4 ans. Ce choix a dû être fait avant le 1^{er} juin 2013.

6

Pourquoi cette somme de 300 euros ?

Elle correspond à la valeur d'un jour de travail d'un PH au 7^{ème} échelon. Attention, c'est 300 euros brut et c'est imposable bien sûr.

7

J'avais décidé de garder des jours pour partir plus tôt. Est-ce encore possible ?

Oui, mais ce stock ne peut dépasser 300 jours, ce qui dépasse sera monétisé. Vous pouvez panacher (en garder et vous en faire payer). Il faut de toute façon, tout avoir consommé avant la date de votre retraite. (à vos calechettes) Pendant cette période, ce sont des congés. Vous conservez les primes en particulier l'indemnité d'exercice public exclusif.

8

Comment gérer au mieux le CET pérenne dès 2013 ?

Vous devez toujours garder 20 jours à prendre en congés avant de pouvoir déclencher une option de rémunération. Cette option est également de 300 euros/jour et doit être prise avant le 31 mars de l'année n+1. Vous ne pouvez pas stocker sur le CET plus 20 jours par an, l'excédent est obligatoirement monétisé.

9

Qui s'occupe de la gestion du CET ?

C'est le Directeur Général qui ouvre le CET pérenne pour les PH. Il est tenu d'en assurer le suivi, de vous en informer, de le provisionner. Vous avez reçu ou vous allez recevoir une notice explicative de votre direction avec un état de votre CET historique et le nombre de jours maximum que vous pouvez monétiser cette année. Des mesures adaptées sont prévues pour la mutation, la recherche d'affectation, les congés maladie, le congé parental, etc. Votre syndicat est là pour vous renseigner.

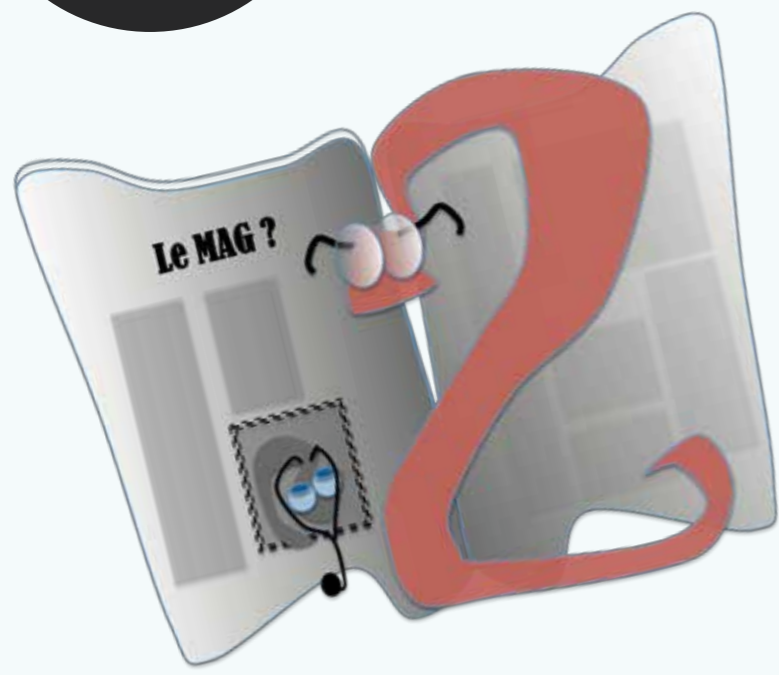
10

Comment est gérée la prise de congés au sein de l'établissement ?

Cette gestion est placée sous la responsabilité du chef de pôle. Les modalités de gestion des congés doivent figurer dans les contrats de pôle. Il est essentiel que vous soyez vigilants à ce niveau, ne laissez pas un chef de pôle décider à votre place la façon dont vous pourrez prendre vos congés. Votre syndicat est à vos côtés pour préserver vos intérêts.

10 PROPOSITIONS

POUR RÉDUIRE LA PÉNIBILITÉ ET ESSAYER DE PRÉVENIR L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL



46.000 PH
Et moi, et moi...

1

Définir clairement le Service Public Hospitalier, ses missions et la place du praticien hospitalier

Le service public hospitalier doit retrouver la place que la Loi HPST lui a fait perdre. La notion de service public est une donnée forte de l'identité des PH. Elle doit être confortée en permettant un exercice de la plénitude des missions de service public par des équipes médicales reconnues et valorisées. Articulé sur le territoire, le service public hospitalier sera le moteur de l'attractivité hospitalière à condition de donner aux PH qui l'animent les moyens nécessaires et une représentativité opérationnelle.

2

Définir le temps de travail

La définition du temps de travail est devenue nécessaire, la société évolue et revendique un juste équilibre entre temps de travail et temps personnel. Le temps consacré à l'exercice médical ne peut se définir à l'aune du droit du travail, ni aboutir à inclure la pratique médicale au sein de la fonction publique hospitalière. Le concept de valences porté depuis plus des années par l'INPH est une réponse adaptée, souple et valorisante à la notion de temps de travail médical :

- La permanence et la continuité des soins ;
- Le travail de nuit ;
- L'isolement professionnel ;
- La spécificité de la spécialité ;
- Les activités et responsabilités institutionnelles et transversales ;
- Les activités administratives de compte rendus et de codage ;
- Les activités d'enseignement, de recherche et de compagnonnage.

3

Restaurer une démocratie à l'hôpital avec un droit d'expression de chaque praticien

Les espaces de démocratie que constituent les conseils médicaux de service et/ou de pôle sont nécessaires si l'on conserve ce mode d'organisation. La Commission Médicale d'Etablissement doit retrouver toute sa place, en particulier pour tout ce qui concerne l'affectation des praticiens et la mise en œuvre du projet médical.

4

Retrouver une attractivité de la carrière hospitalière (rémunérations et retraite)

L'attractivité des carrières hospitalières doit être renforcée en particulier dans les régions à

recrutement difficile et dans les centres hospitaliers de taille réduite. Un niveau de médicalisation suffisant et de qualité est un facteur facilitant de recrutement pour un établissement.

La clarté du profil de poste au recrutement est importante, son évolution dans le temps l'est encore plus et doit se décliner en parfait accord avec le praticien. La rémunération doit être à la hauteur des responsabilités d'un tel exercice, sans aucun équivalent dans le monde du travail. Il faut prendre en compte la longueur extrême et la sélectivité de la formation universitaire initiale, et permettre aux futurs praticiens l'entretien et le développement de leurs connaissances et de leurs compétences pendant toute leur carrière. La création de valences contractualisées et valorisées est indispensable comme nous l'avons évoqué. La question des retraites est importante. Maintenir un niveau de rente inférieur à la moitié du salaire de fin d'exercice n'est plus tenable et doit être compensé par un régime sur complémentaire volontaire abondé par l'employeur et le praticien.

COMMENT RESTAURER LE DÉSIR : LES 10 PROPOSITIONS DE L'INPH

En toute circonstance, le repos de sécurité doit être observé. Les rythmes de travail de vingt-quatre heures ne doivent plus être tolérés et encore moins imposés.

5

Envisager des projections de carrières (évaluation)

L'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins est bien perçue par les équipes même si Individuellement les évaluations sont ressenties comme des contrôles pouvant conduire à des reproches ou des sanctions. L'évaluation économique est vécue comme une charge lourde, dispendieuse et peu tournée vers l'amélioration des moyens disponibles. Ces démarches d'évaluation doivent reposer sur le volontariat du praticien.

6

Favoriser la mobilité (géographique, statuts, missions) en cours de carrière

La mobilité doit être facilitée et promue par exemple par une valence. Elle permet un exercice dans de petites structures en gardant un contact hebdomadaire avec un plus grand établissement. Le choix au cours de l'exercice professionnel entre les activités à temps plein et à temps partiel doit être possible. L'unification des deux statuts doit être définitivement finalisée.



7

Améliorer les conditions de travail

En toute circonstance, le repos de sécurité doit être observé. Les rythmes de travail de vingt-quatre heures ne doivent plus être tolérés et encore moins imposés. Les conditions matérielles de travail (tenue, ordinateur, téléphone cellulaire,...) bureau (non mutualisé), chambres de garde (confortables), espaces de repos (conviviaux) méritent une attention favorable de la part des directions hospitalières. Elles sont un facteur d'attractivité.

9

Favoriser les missions universitaires (enseignement, recherche) et DPC

Les fonctions d'enseignement et de recherche clinique sont importantes et sont un facteur de prévention de la démotivation des praticiens les plus dynamiques. Elles doivent relever d'une valence. Le praticien doit pouvoir participer aux instances décisionnaires de la Faculté. L'entretien et le développement des compétences du praticien hospitalier constituent un droit statutaire intangible. Le système mis en place est trop complexe, lié au projet médical de l'établissement où exerce le praticien, la gestion du DPC médical ne fait pas de juste place aux hospitaliers. Il est nécessaire de simplifier et de rendre moins rigide le DPC. L'ouverture des structures nationales de gestion du DPC aux hospitaliers est impérative.

8

Alléger les charges administratives (secrétariat...)

Les charges administratives sont unanimement citées parmi les facteurs de pénibilité par les praticiens hospitaliers. Elles ont une relation souvent très indirecte avec l'activité réalisée. Les actes de codification sont réglementaires leur non-exécution serait reprochable disciplinairement mais n'apportent à aucun moment un « bonus » organisationnel ou financier. Les secrétariats médicaux gagneront à être recentrés sur leur cœur de métier, le soutien aux activités médicales.

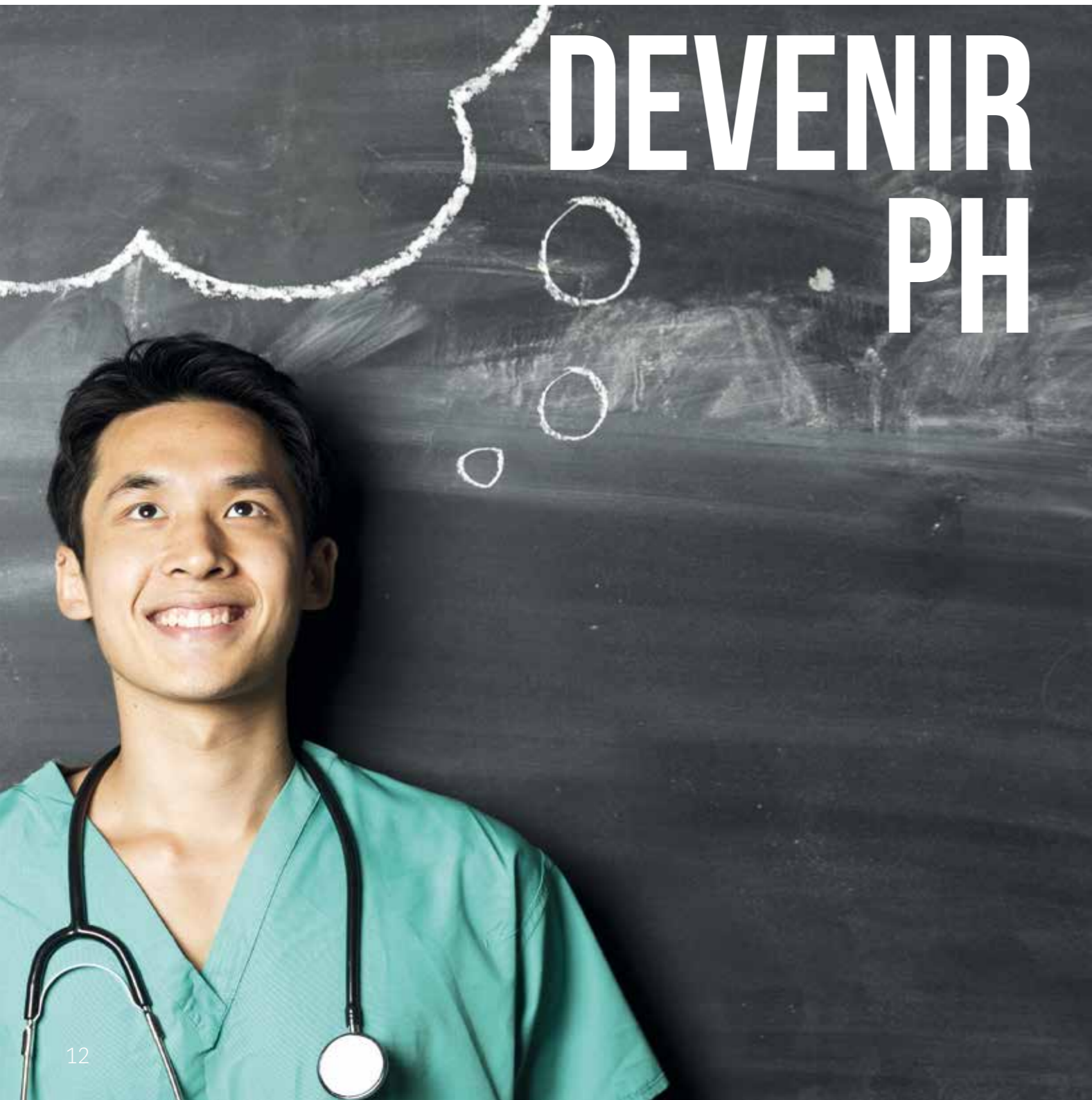
10

Envisager des passerelles professionnelles

Les carrières hospitalières sont longues. Bien que l'intérêt des professions hospitalières soit, grâce à leur polymorphisme, considérable, les facteurs d'usure physiques ou psychologiques sont nombreux. La définition d'angulation de carrières et de passerelles professionnelles est indispensable. Elles permettraient avant la constitution de situations d'épuisement professionnel ou d'insuffisance professionnelle de proposer au praticien d'autres modes d'activité de l'accompagner et de le former à ces activités parentes ou nouvelles. La pénibilité ne peut se limiter aux revendications catégorielles de nos collègues en service la nuit ni à stigmatiser telle ou telle spécialité. C'est donc bien un apport global général et collectif sur l'ensemble de la carrière des Praticiens Hospitaliers, toutes spécialités confondues, toutes plages horaires confondues, tous sites géographiques confondus, tous statuts hospitaliers confondus que l'INPH soutiendra. C'est la ligne directrice de l'INPH qui n'en déviara pas afin de ne pas contribuer à déséquilibrer plus qu'il ne l'est encore aujourd'hui un statut de Praticien Hospitalier déjà bien fragile.

DECHIFFRER L'HÔPITAL :

DEVENIR PH



LE POSTE À L'HÔPITAL Conditions réglementaires de candidature

Doit être publié sur le site du CNG, à la demande de l'ARS, après proposition de l'établissement de santé (postes titulaires) <http://www.cng.sante.fr/Le-recrutement.html>

Qui peut faire acte de candidature ?

les lauréats au concours national de PH, inscrits sur une liste d'aptitude en cours de validité (4 ans à compter de sa publication au journal officiel).

A quel poste postuler ?

Les lauréats du concours ne peuvent postuler qu'à des **postes publiés relevant de la spécialité au titre de laquelle ils sont lauréats**. Ils ne peuvent faire acte de candidature que sur les postes publiés par voie électronique sur le site Internet du Centre national de gestion **dans la spécialité correspondant à leur inscription sur la liste d'aptitude**

Quand faire acte de candidature ?

Deux possibilités : Soit lors de la publication des postes vacants sur le site du CNG (2 fois/an, printemps, automne) soit après le tour de recrutement, sur les postes restés vacants.

1. Tour de recrutement

Les praticiens hospitaliers disposent **d'un délai de 15 jours**, à compter de la publication des listes de postes par voie électronique sur le site du Centre national de gestion « www.cng.sante.fr », pour candidater.

Le dossier de candidature est à adresser par courrier recommandé avec accusé de réception au département de gestion des praticiens hospitaliers du CNG (DGPH).

2. Postes restés vacants à l'issue du tour de recrutement

Le délai de 15 jours pour candidater comme pour chaque tour de recrutement n'est plus opposable sur les postes restés vacants.

Le dossier de candidature est à adresser par courrier au département de gestion des praticiens hospitaliers du CNG (DGPH) **et à l'établissement public de santé concerné**.

Conditions de nomination, affectation

La nomination : par proposition du chef de pôle au directeur d'établissement et avis du président de CME de une ou plusieurs candidatures (attention : Incompatibilités à la nomination (<http://www.cng.sante.fr/LA-NOMINATION.html>)).

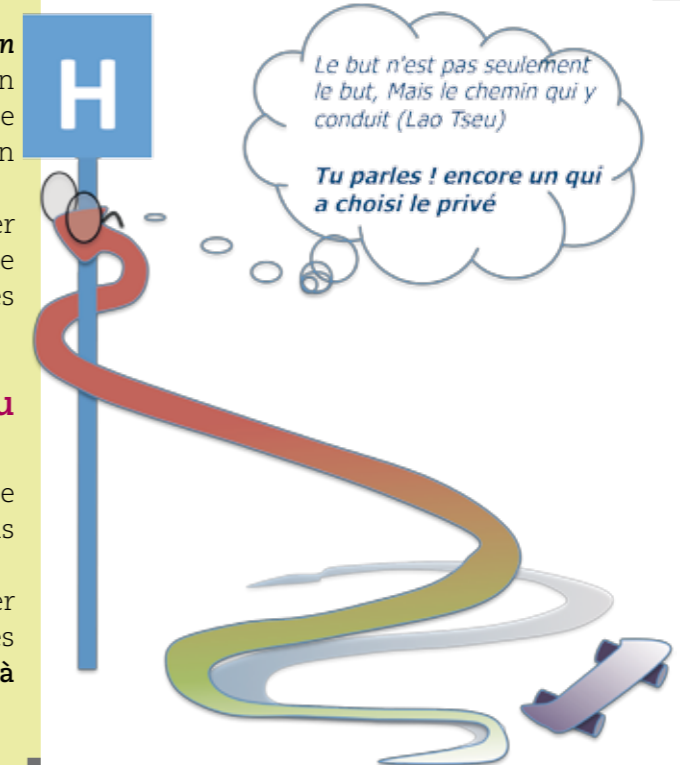
L'affectation est prononcée par le directeur de l'établissement. (pôle d'activité ou à défaut service, UF ou une autre structure interne).

Le PH dispose de 2 mois maximum pour rejoindre son poste à compter de la notification de sa nomination.

Période probatoire de 12 mois effectifs à compter de la date **d'installation**, durant laquelle il n'y a pas de perception de la prime spéciale d'engagement exclusif de service public, pas d'exercice d'une activité libérale.

A l'issue des 12 mois : évaluation par avis motivés du chef de pôle, du président de CME et du directeur de l'établissement.

Si avis négatif : La commission statutaire nationale (CSN) est saisie et le directeur du CNG appréciera sur l'ensemble des avis rendus.



LE TITRE DE PH

Concours national de PH Réglementation

Concours type 1 (CSP art R6152-303) : Docteur en médecine, pharmacie, odontologie Ayant validé le 3^{ème} cycle des études (médecine, pharmacie, odontologie) .

Pouvant justifier d'au moins 2 années de fonctions hospitalières durant les 5 dernières années dans une administration, un établissement public ou un organisme à but non lucratif.

Concours type 2 (CSP art R6152-304) : Ouvert à toutes les personnes ne pouvant accéder aux épreuves de type 1 telles que définies à l'article R6152-303.

Pré-requis :
Etre titulaire du diplôme de docteur en médecine, pharmacie, odontologie :

Médecin à diplôme UE : L'attestation de conformité à la directive européenne accompagnée de sa traduction ainsi que celle du diplôme
Médecin à diplôme hors UE : L'autorisation d'exercice délivrée par le ministère de la Santé avec traduction du diplôme .

Etre inscrit au conseil national de l'ordre :
- Pour tous

Exceptions (art L.4112-6 et L4222-7 du CSP).

Disposer des titres justifiant la spécialisation dans laquelle on se présente :

Médecin à diplôme français : Diplômes, certificats ou titres permettant de se présenter dans la spécialité tels qu'énumérés dans l'Annexe 3 de l'arrêté du 29 juin 2007 ou qualification ordinale
Médecin à diplôme UE : L'attestation de conformité à la directive européenne accompagnée de sa traduction ainsi que celle du diplôme.
Médecin à diplôme hors UE : La qualification ordinale

Tous les candidats doivent déposer, avec leur demande de candidature, un **dossier technique** permettant la réalisation des évaluations. Il comporte :

Un sous-dossier « titres et travaux » qui concerne l'ensemble des diplômes, titres et travaux scientifiques du candidat ;

un sous-dossier « services rendus » qui concerne l'activité professionnelle du candidat depuis son inscription auprès de l'ordre ou, à défaut, depuis l'obtention du diplôme permettant l'exercice de sa profession.

Tout élément mentionné dans ce dossier doit être accompagné de pièces justificatives, numérotées et récapitulées dans une liste annexée à chaque dossier.

Toutes les pièces justificatives mentionnées aux articles ci-dessus doivent être rédigées en français ou accompagnées d'une traduction par un traducteur assermenté.



Le dossier de candidature comporte 1 volet administratif et 1 volet technique

<http://www.cng.sante.fr/Concours-national-de-praticien.html>

Constitution du dossier administratif :

Formulaire d'inscription.

Copie pièce identité, passeport ou titre de séjour en cours de validité.

Copie diplôme, certificat ou titre autorisant l'exercice de la profession dans le pays d'obtention. Si le diplôme a été délivré par un pays européen, fournir :

- La copie de la traduction.
- La copie de l'attestation de conformité avec la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil de l'Europe du 7 septembre 2005.

La copie de l'attestation d'inscription à l'Ordre indiquant la 1^{re} date d'inscription

+Si concours type 1

Copie des pièces attestant des fonctions exercées dans une administration, un établissement public ou un organisme à but non lucratif (contrat de travail, arrêtés de nomination) précisant :

- la nature de ces fonctions,
- les périodes.
- et la quotité de travail.

Déroulement des épreuves

Le concours de type 1 est noté sur 300
Le concours de type 2 est noté sur 500

Epreuves communes aux type 1 et type 2 : /300

Avant le jour du concours : le jury se réunit, élit un président, définit des groupes d'examineurs, distribue les dossiers des candidats, détermine les grilles de notation.

Evaluation des dossiers techniques :
100 pt : titres et travaux (dossier).
100 pt : services rendus (dossier).

Le jour du concours : les candidats sont convoqués individuellement, par courrier.
100 pt : Passage devant le jury durant 30mn.

Présentation du candidat

Entretien avec le jury : évaluation des motivations, des capacités à travailler en équipe, de la connaissance du milieu hospitalier, du projet professionnel.

Epreuve supplémentaire pour le type 2 : /200

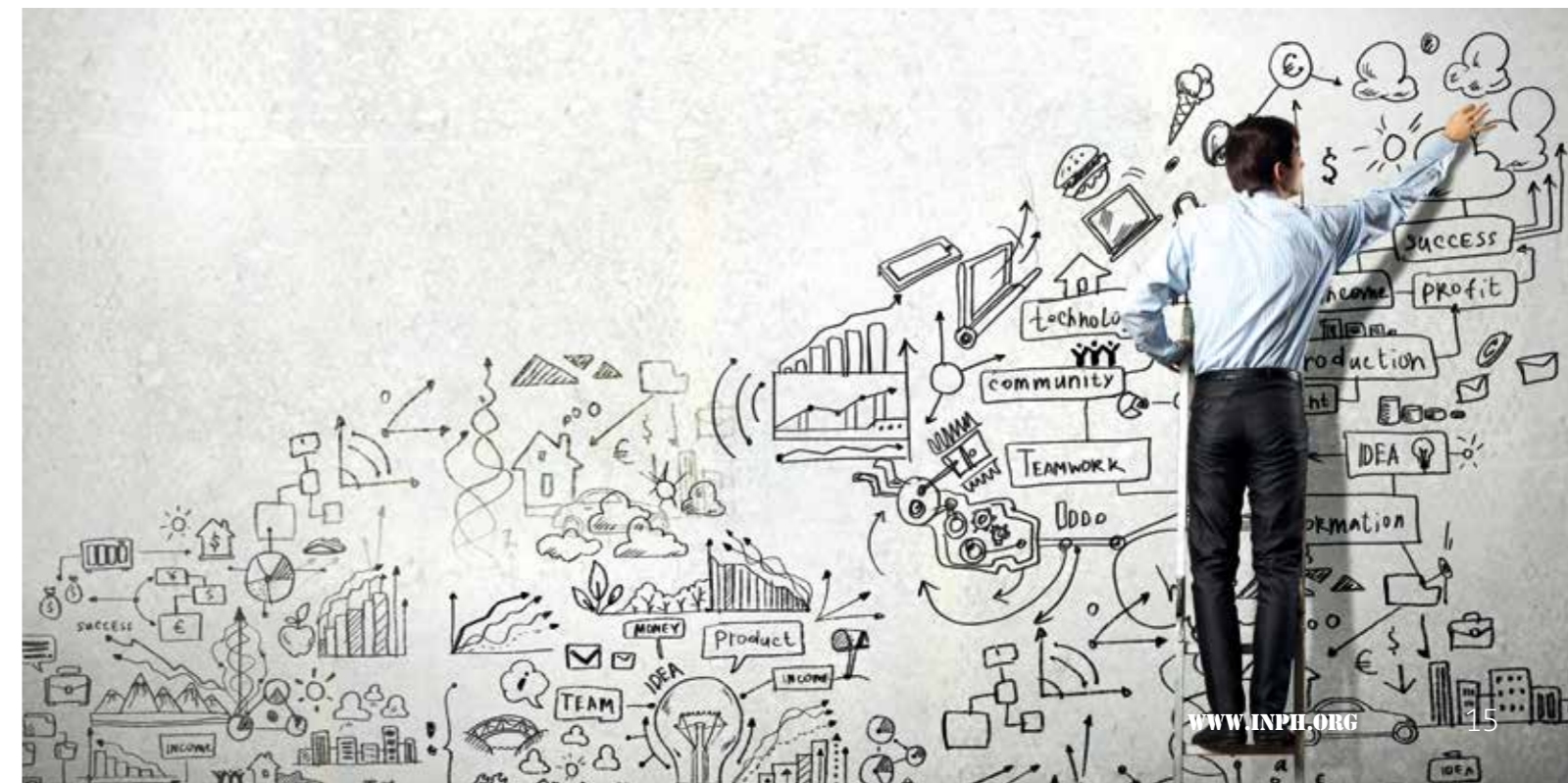
Se déroule le jour même :

Evaluation des connaissances professionnelles :

Examen oral.

Sur un sujet, tiré au sort, consistant en une mise en situation pratique en rapport direct avec l'exercice de la spécialité .

Préparation 10 minutes dans une salle à part.
Questions du jury.



Lorsqu'on postule à un poste hospitalier

- Vérifier avant de postuler que ce poste n'est pas « fléché » pour un médecin de l'hôpital.
- Si le poste est libre, il est très important de téléphoner et de proposer d'aller se présenter au président de CME et au directeur des établissements auprès desquels on postule+++
- Le contact direct avec les futurs (chef de service, chef de pôle et président de CME) est à toujours privilégier, c'est ce qui fera la différence lors des discussions pour l'attribution du poste.
- La démarche de se déplacer pour se présenter sera toujours appréciée.



Anticiper durant l'internat et le post-internat

- **Conserver tous les diplômes**
- **Conserver toutes les attestations :**
 - › de participation à des congrès ;
 - › de présentation à des congrès ;
 - › de gardes et astreintes ;
 - › de fonctions hors soin dans l'hôpital (ex : participation à des démarches qualité ou élaboration de procédures, CME, commissions) de fonctions hors soins hors hôpital (syndicales, ordre des médecins) ;
 - › d'enseignement (internes, externes, paramédical, ... ou plus si affinités).
- **Conserver tous les courriers de recommandation rédigés par des confrères**
- **Conserver toutes les publications, abstracts de présentation aux congrès (oraux ou poster)**



Rejoignez la communauté des Praticiens Hospitaliers



Sur
Reseauprosante.fr

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



PLASTIQUE

LA POCHETTE

« Là, regarde ». Ma consœur pointe son stylo vers l'écran de son ordinateur tout empli d'une image IRM. Elle a le chic pour me poser des questions bizarres. « Bon, alors, si on aborde sous l'angle des rapports anatomiques, ton hypersignal, il ne peut pas être là où tu le dis... non ? ».

Ma consœur clinicienne dégainé Pubmed plus vite que son ombre « regarde cette publi... », m'imprime l'article et, au moment de me tendre les feuilles de papier « attends, regarde ! » et, triomphante, sort une pochette plastique du tiroir de son bureau « la cadre nous a données ce matin, elles sont pratiques, non ? ». Effectivement elle est très bien, souple, solide, fort pratique. Je me tourne vers elle pour abonder dans son sens, nos regards se croisent et soudain... Un silence stupéfait, suspendu entre étonnement et gêne. Nous réalisons que nous sommes en train de nous extasier sur une pochette plastique, ou plutôt sur le fait d'en disposer !

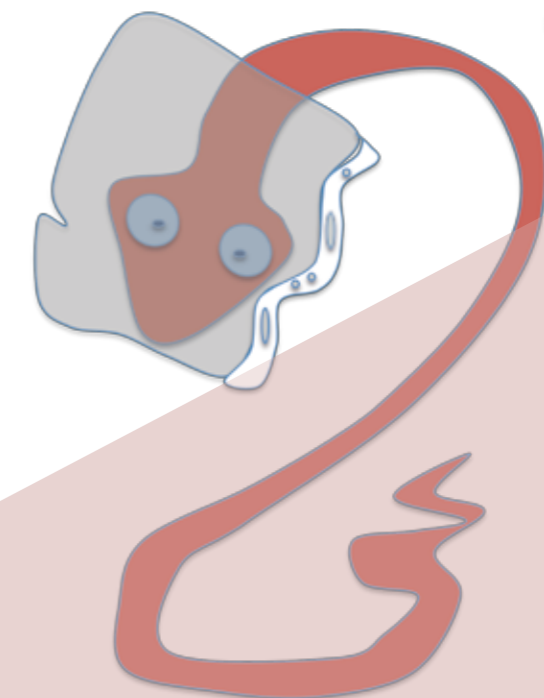
La pochette plastique dans la main, je lève les yeux vers les murs du bureau de ma consœur : lézardés, peinture d'un autre âge. Sur le bureau, des dossiers entassés par insuffisance de secrétariat. Par la fenêtre, j'aperçois un homme jeune, un bébé dans les bras, immobile devant l'ascenseur en panne. L'entreprise extérieure qui doit le réparer n'est toujours pas intervenue.

Et nous ? La pochette plastique, toujours dans ma main, me fixe de ses reflets mats et glauques. Serait-elle la boîte de Pandore ? De son fond, émerge le souvenir de la dernière réunion au cours de laquelle le chef de pôle présentait le futur projet de restructuration bâti dans la plus grande discrétion à coup d'Efficiéce, de camembert et autre organigramme. La pochette se contorsionne et laisse échapper quelques majuscules, une progression d'Activité

Serions-nous devenus des Producteurs, rien que des Producteurs ? « Pour juger de l'efficacité de la production, il faut tarifier l'activité » me glisse à l'oreille la pochette. Tarifier l'activité ? T2A ? Et aussitôt la pochette éructe quatre autres majuscules : HPST.

Hôpital Public Soins Traitements beau programme !

Mais où est le soin ? Où est notre Art ? Comment concilier indépendance et productivité, empathie et efficiéce, soin du patient et du budget ? Faut-il réduire notre ambition à l'obtention de cette pochette plastique ?



L'après-midi se termine, la nuit tombe sur l'hôpital. Je m'apprête à partir. Froissée entre mes mains, la pochette laisse échapper dans un soupir une dernière majuscule : le E d'Espoir.

A nous de nous en emparer, au quotidien, créateurs de Soins sous toutes ses formes (clinique, enseignement, recherche) et pour tous.

Quant aux pochettes plastiques, puisqu'on nous en donne, glissons-y toutes les majuscules, sigles, acronymes, fermons-les bien soigneusement et renvoyons-les sans tarder aux producteurs de majuscules, sigles, acronymes. C'est peut-être ça, l'efficiéce.



DOSSIER : PH ET ATTRACTIVITÉ DE L'HÔPITAL

Attractivité : Qui est attractif.

Attractif : Qui a la propriété d'exercer une attraction.

Attraction : Action exercée sur quelqu'un par quelque chose qui éveille en lui un intérêt puissant, intellectuel ou affectif (Dictionnaire Larousse).

Quelqu'un : PH.

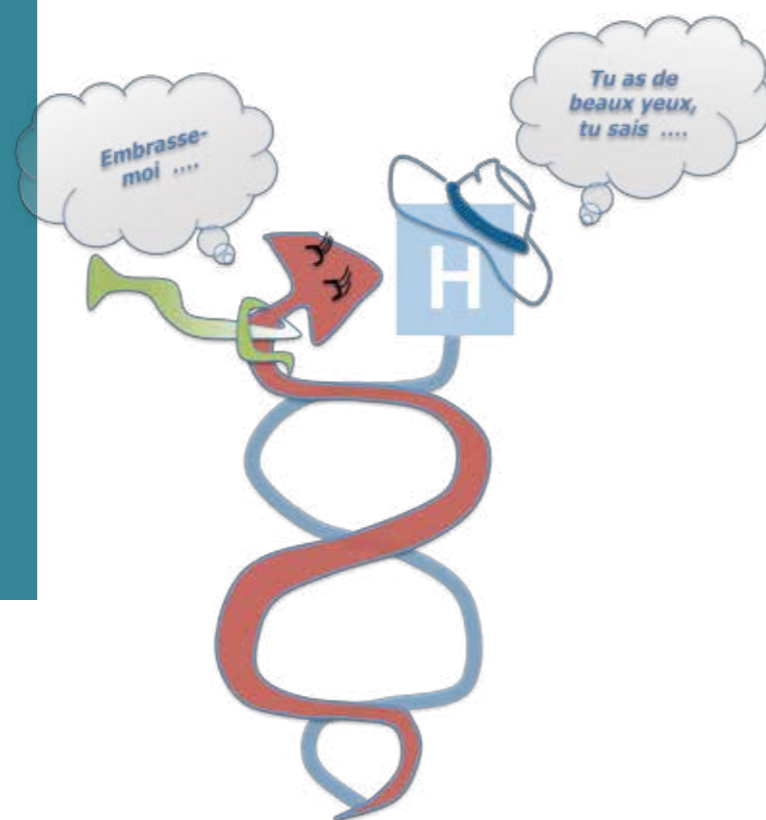
Quelque chose : Hôpital Public.

Hôpital je t'aime...

Lorsqu'on demande aux Praticiens Hospitaliers pourquoi ils ont choisi d'exercer à l'hôpital public (enquêtes INPH 2002 et 2010) (1) (2), 5 items émergent, qui sont autant de facteurs d'attractivité de l'hôpital public :

- En tête du palmarès les valeurs du service public (en 2002 et 2010 respectivement 40 et 46%) ;
- Le travail en équipe (23 et 26%) ;
- Suivent, l'accès à un plateau technique (qui définit le concept d'hôpital), l'émulation intellectuelle (dont l'enseignement et la recherche) et l'indépendance professionnelle.

Mais quand on demande aux mêmes Praticiens Hospitaliers s'ils réitéreraient leur choix aujourd'hui, seuls 49% d'entre-eux répondent oui en 2010 (ils étaient 51% en 2002).



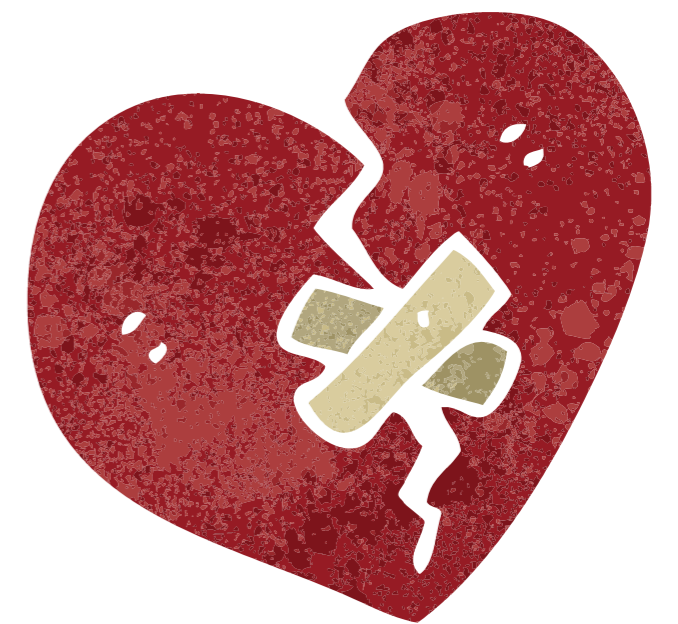
Moi non plus...

Au sein de l'APHP, une enquête menée durant l'année 2013 auprès de l'ensemble des personnels (3) et à laquelle ont répondu 33% des médecins titulaires, révèle que :

- 42% des Praticiens Hospitaliers titulaires reconnaissent une diminution de motivation dans leur travail ;
- 37% ne sont pas satisfaits de leur travail ;
- 49% déplorent un manque de reconnaissance.

Ces données locales corroborent les données nationales issues des deux enquêtes menées par l'INPH et notamment celle, édifiante, indiquant que 90% de Praticiens Hospitaliers estiment leurs compétences individuelles non reconnues.

Ce qui étonne au premier abord dans ces données, est le caractère intime des doléances (motivation, satisfaction, reconnaissance) : à côté de la dénonciation d'éléments extérieurs à soi (par exemple les conditions matérielles ou le salaire) apparaît la déclaration d'un ressenti négatif, intériorisé, que nous avons fait nôtre. Il existe bien sûr des causes tangibles et objectives à ce constat, que nous présenterons plus en avant et auxquelles des solutions peuvent être apportées.



Mais comment en gérer les conséquences ? Combien de temps faudra-t-il pour que les Praticiens Hospitaliers changent le regard qu'ils portent sur l'hôpital et sur eux-mêmes, qu'ils se relèvent de ce qui peut être nommé « traumatisme » après toutes ces années de dénigrement professionnel et de déni brutal des valeurs qui avaient motivé leur choix initial ?

Dire qu'il existe un désenchantement dans notre profession, cela frise le pléonasme, tant les indicateurs du malaise des médecins hospitaliers apparaissent plus nombreux de jour en jour.

Mais quand on demande aux mêmes Praticiens Hospitaliers s'ils réitéreraient leur choix aujourd'hui, seuls 49% d'entre eux répondent oui en 2010 (51% en 2002).

• Le rapport 2012 du CNG (4) (Centre National de Gestion) révèle qu'au 1^{er} janvier 2013, 23,7% des postes de PH temps plein et 41,1% des postes de PH Temps partiel sont vacants, tandis que les détachements ou mise en disponibilité sont en augmentation (+12% entre 2002 et 2011). L'attractivité des hôpitaux n'est donc pas au summum de son efficacité (...).

• Le désenchantement augmente avec la durée d'exercice (Baromètre interne de l'APHP : 25% des médecins rapportent une diminution de leur motivation après 2 ans d'exercice, mais ils sont 40% après plus de 10 ans d'exercice).

• Les données de démographie médicale globale publiées par le CNOM (5) assombrissent encore le tableau puisque, en 2013, si le nombre d'actifs a progressé de

0,9% celui des départs en retraite a augmenté de 44,8%.

• Dans ce marasme, l'avenir pourrait bien reposer sur les femmes (Aragon a encore une fois raison) qui par leur nombre croissant dans les tranches d'âge les plus jeunes (moins de 45 ans) contribuent au rajeunissement de la population des PH.

Les effets délétères de ce désamour sont d'ores et déjà d'une criante visibilité.

• Les déserts médicaux, lits d'inégalités territoriales de l'offre et de l'accès aux soins (6) ont vu leur sécheresse médicale s'accroître d'année en année.

• Une population médicale s'y développe néanmoins, les intérimaires (7) qui rançonnent les hôpitaux en difficulté en

imposant un exercice de l'art à des taux usuriers.

A qui doit incomber la responsabilité de cet état de fait ? A ces médecins qui se révèlent des mercenaires à la faveur d'une conjoncture facilitatrice ? « *Tout soldat rencontré dans un lieu désert tourne aisément au bandit* » (Marguerite Yourcenar, *L'œuvre au noir*). Ou à la structure (la pensée ?) qui a permis que ces déserts soient ?

Dans ce marasme, l'avenir pourrait bien reposer sur les femmes qui contribuent au rajeunissement de la population des PH.

ET MAINTENANT, QUE VAIS-JE FAIRE ?

Très clairement, la situation ne pourra pas s'améliorer sans une intervention **active** visant certes à **attirer les plus jeunes** vers l'hôpital mais également à **persuader les PH en activité à y rester**. Faute de quoi, le système de soins que trouveront nos jeunes confrères n'aura de l'hôpital public que le nom, tant il sera dépourvu de culture de service public.

Les raisons de ce désenchantement sont connues.

Dans l'enquête menée en 2010 par l'INPH, à la question « Qu'est-ce qui vous pèse le plus dans votre exercice ? » les réponses sont sans ambiguïté : conditions matérielles d'exercice (36%), pénibilité de la permanence de soins (20%), hiérarchie-chef de service et directeur d'hôpital - (15%), rémunération (8%), perte d'indépendance professionnelle (4%).

Des données pouvant servir de base de réflexion à l'élaboration des solutions à apporter sont disponibles.

• Dans la même enquête de l'INPH 2010, dans les solutions préconisées pour améliorer l'attractivité de l'hôpital public, viennent l'augmentation de la rémunération (36%), l'amélioration des conditions d'exercice (27%), la confirmation de l'indépendance professionnelle (10%) et l'un de ses corollaires la nomination au niveau national (6%), et la valorisation des missions hors soins (7%). Quelles demandes portent ces réponses ? Celles de la reconnaissance, qu'elle soit matérielle (rémunération), intellectuelle (indépendance professionnelle et reconnaissance des missions hors soins) ou tout simplement humaine (amélioration des conditions d'exercice).

• **Une étude publiée en octobre 2013 et intitulée « Les palmarès du bonheur professionnel (6) met en exergue 7 points qui seraient les déterminants du bonheur professionnel : reconnaissance (94%), motivation (87%), pénibilité, relations entre collègues, conditions matérielles (ex æquo à 83%), sentiment d'utilité (78%) absence de précarité (77%).**

• Notons que notre profession ne fait pas partie du panel des professionnels interrogés, néanmoins, la convergence des indicateurs flagrante, témoin s'il en est de la « désacralisation » sociale de l'hôpital, qui n'apparaît plus comme un lieu préservé au nom des valeurs qu'il devrait porter mais bien comme un outil économique ordinaire. Un outil économique, il l'est certes, par le soin qu'il apporte à la population et les emplois qu'il crée, mais pas au sens de la rentabilité comme le serait une entreprise ordinaire.

La mobilisation a débuté afin de faire face à la pénurie de médecins hospitaliers.

• Sur le site du CNG, les postes vacants (titulaires) sont consultables ;

• Sur celui de la FHF, tous les postes signalés par les hôpitaux peuvent recevoir des candidatures (<http://emploi.fhf.fr/offres-emploi.php?type=MED>) ; de plus la FHF a lancé le site « PH par intérêt » (<http://www.ph-parinteret.com/>), afin d'inciter les jeunes médecins à choisir l'hôpital public.

ET NOUS, QUE POUVONS NOUS FAIRE EN CES TEMPS MOROSES ?

Nous souvenir de ce pourquoi nous avons choisi l'hôpital public. Nous réapproprier les valeurs humaines, économiques et sociales portées par l'hôpital public. Porter ces valeurs haut, fort et loin.

Etre Praticien Hospitalier, et fier de l'être en somme !

“Tous les spécialistes de la passion nous l'apprennent, il n'y a d'amour éternel que contrarié.”

Albert Camus



VALEUR N°1 : « LE SERVICE PUBLIC »

Où est l'hôpital que nous avons choisi ? ...

Grâce à HPST et T2A, deux fort mauvaises fées perchées au-dessus de l'hôpital, nous avons vu en l'espace de 10 ans s'installer une véritable marchandisation des soins, avec la disparition de l'offre de soin (basée sur les besoins de la population) au profit de la rentabilité des Malades (si possible en Groupes Homogènes), en réponse à l'absolue nécessité du respect de l'équilibre de l'EPRD (état prévisionnel des ressources et dépenses).

• L'équilibre financier est devenu le critère majeur d'évaluation d'un établissement public de santé et de son directeur (il conditionne en grande partie la part variable de sa rémunération). Ce nécessaire équilibre induit des modifications de l'offre de soins d'un établissement en privilégiant le choix d'activités considérées comme mieux rémunérées (« rentables ») plutôt que d'autres coûteuses ou moins rémunératrices dans l'évolution du projet médical de l'établissement. Ces choix tiennent rarement compte de l'offre de soins dans le territoire. Ils peuvent y entraîner la disparition d'une activité contraignant ainsi les malades à la rechercher à distance ou ne laisser qu'une offre en secteur à honoraires libres.

HPST a fragmenté le service public hospitalier en missions de service public déléguées à des opérateurs privés.

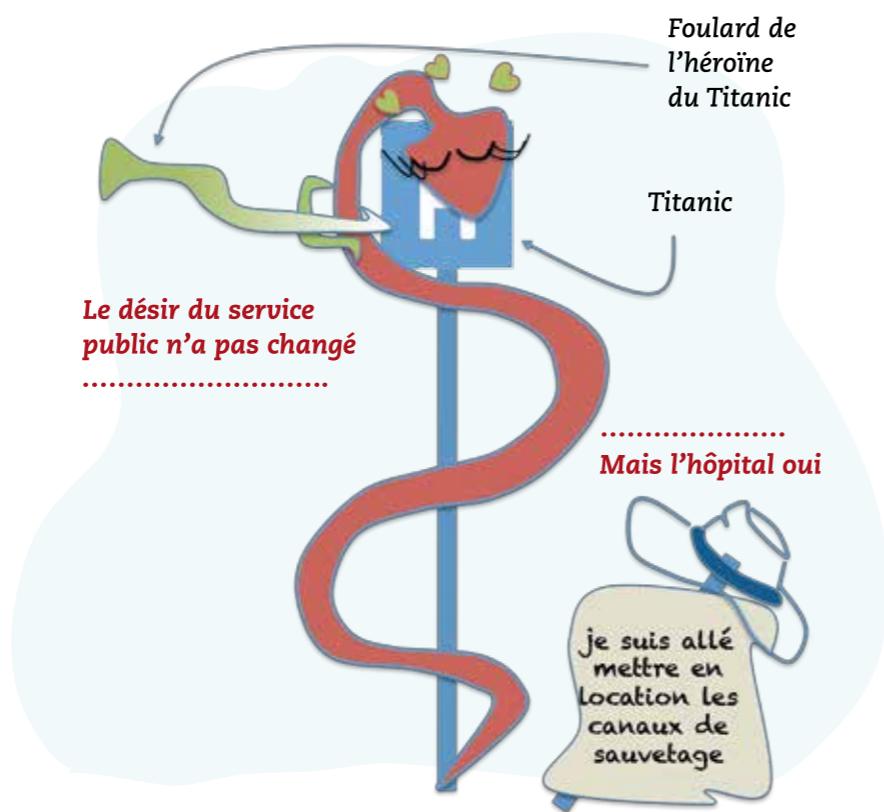
La conséquence de ces choix peut être l'induction d'un renoncement aux soins pour des raisons financières ou au moins d'inégalité de l'accès aux soins.

• HPST a fragmenté le service public hospitalier en missions de service public déléguées à des opérateurs privés. Ces derniers, légitimement intéressés par les missions rémunérables au détriment de celles qui le sont moins, n'œuvreront pas pour le maintien de l'intégralité des missions de service public. L'erreur ne se situe pas dans le choix des opérateurs privés (qui par définition ont un but lucratif) mais dans celui d'avoir traité le service public comme une source de revenus à exploiter et non comme un devoir dû aux citoyens (qui payent pour cela).

• Nous avons longtemps cru l'hôpital sanctuarisé (et nous, médecins, avec) et n'avons pas voulu croire que l'activité un jour l'emporterait sur le service.

« Depuis une trentaine d'années, l'action publique est mise en question : inspiré des théories de la dérégulation forgées outre Atlantique et en Grande Bretagne, ce mouvement s'est diffusé en France comme dans les autres pays occidentaux développés, **mettant en cause jusqu'à la légitimité même de l'intervention publique, au nom du postulat de l'efficacité du marché** »... « Tout laisse penser que de fortes pressions continueront sans doute de s'exercer sur l'administration et la gestion publique » (9).

L'hôpital n'est pas coupé du monde, il doit d'ailleurs y rester ouvert, c'est son essence même ; néanmoins, ouverture au monde n'est pas synonyme de porosité.



L'hôpital en tant que service public - collectivité publique visant à satisfaire un besoin d'intérêt général - doit en priorité répondre aux principes constitutifs du service public

4 principes forment le socle du service public :

Principe d'égalité :

Face aux charges ou aux avantages, tous les citoyens doivent être égaux.

Principe de continuité :

Il ne doit pas y avoir de rupture dans le fonctionnement du service.

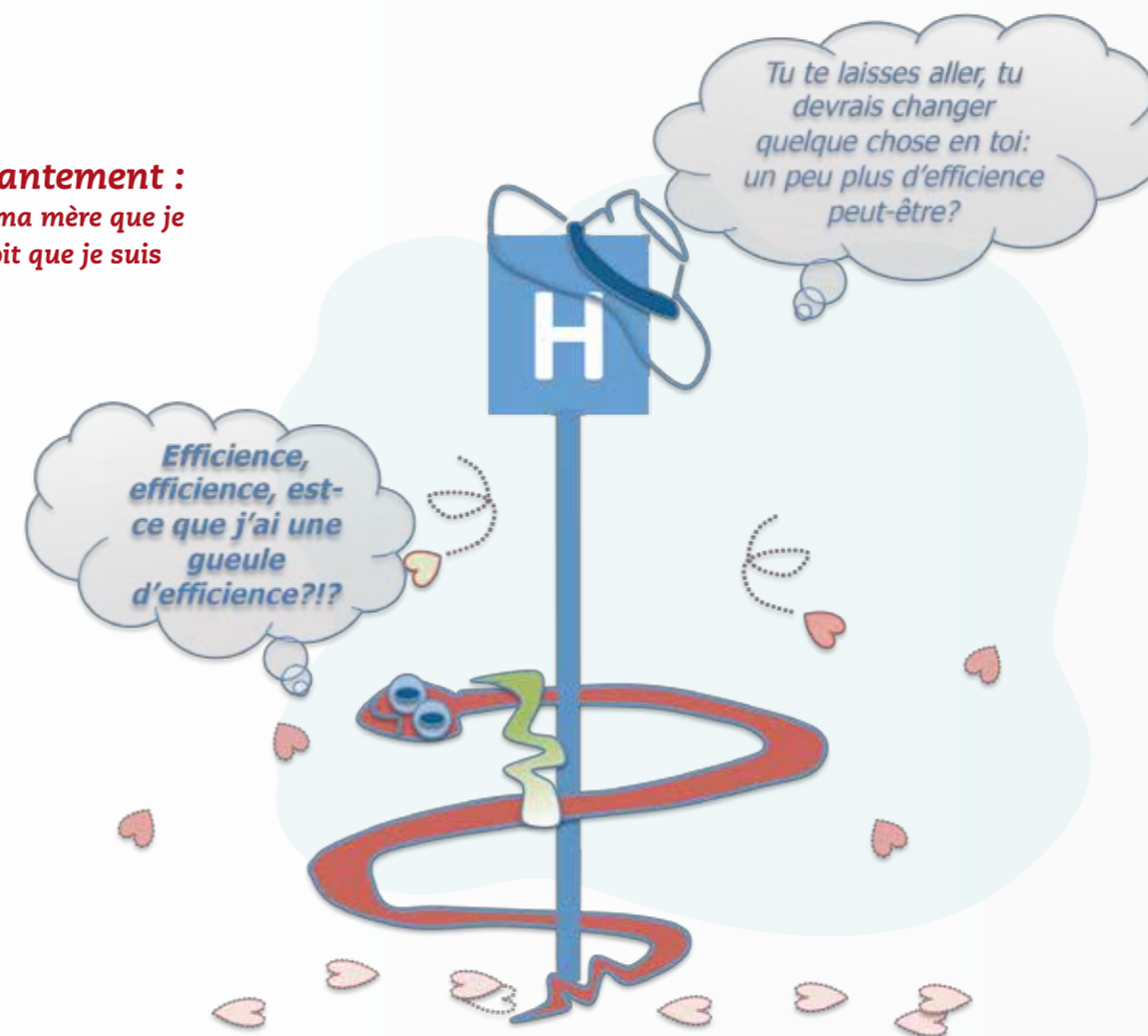
Principe d'adaptation :

Il implique que le service public suive les exigences d'un « intérêt général » fluctuant.

Principe de gratuité :

S'il n'existe pas en droit, il est souvent associé pour les usagers à la notion de service public dont la fixation des prix échappe au marché.

Le désenchantement : Ne dites pas à ma mère que je suis PH, elle croit que je suis médecin



Un bon hôpital est un hôpital qui répond à ces principes :

Egalité : L'accès aux soins dispensés par l'hôpital doit être possible pour tous, quels que soient la localisation géographique, la situation sociale, les revenus des patients et leur pathologie.

Continuité : L'exercice des compétences du PH doit répondre aux besoins de la population dans son territoire et en cohérence avec le projet médical et non à une nécessité absolue d'équilibre économique (il existe certes des spécialités orphelines de « rentabilité » mais jamais de demande de soin).

Adaptation : L'hôpital doit redevenir le lieu où une société démocratique et républicaine prend soin des personnes vulnérables (maladie, douleur, fin de vie, pathologies de la précarité). Prendre en charge la vulnérabilité n'est pas reléguer l'hôpital au statut d'hospice mais au contraire le rehausser à sa place d'acteur politique intervenant dans la préservation d'une cohésion sociale bénéfique à l'intérêt général.

Gratuité : Il est légitime de tendre vers la meilleure utilisation possible de l'argent public, il devient discutable de vouloir en retirer du profit, surtout si cela implique une perte de qualité du service financé. Baser l'évaluation d'un hôpital sur ses seuls résultats économiques est un détournement du sens des fonds publics qui lui sont alloués. En corolaire, ne pas encadrer l'activité privée de certains praticiens sous prétexte

qu'ils reversent une partie de leurs émoluments à l'hôpital est une atteinte au principe de gratuité, d'autant plus grave que dans notre contexte de pénurie médicale, il ne s'agit pas toujours d'un choix du patient mais de la seule réponse trouvée à un besoin de prise en charge dans des délais raisonnables. « *La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce* » .(10)

L'exercice des compétences du PH doit répondre aux besoins de la population et non à une nécessité absolue d'équilibre économique.

L'évaluation d'un hôpital doit en priorité intégrer la prise en compte de ces principes :

☒ Quel est le taux d'accessibilité aux soins dans la population de son territoire ? (ce qui présuppose de définir clairement le concept de territoire).

☒ Quel est le taux de prise en charge des pathologies ?

☒ Quelle est la place allouée au soin ? la T2A ne le quantifie pas, mais les usagers sont les plus à même à l'apprécier : donner une place forte à leur évaluation, basée sur des critères de soin définis préalablement et conjointement avec les médecins est une garantie de la pérennisation de la valeur « soin » à l'hôpital.

☒ Quel est le coût réel pour le patient et pour la société ? Au-delà du prix de la consultation, il faut prendre en compte le temps de déplacement pour accéder à l'hôpital, la perte de temps de travail, l'aggravation des pathologies en raison des délais de rendez-vous. Et pour l'hôpital,

celui des médecins intérimaires (7). Et envisager alors que disposer des moyens humains nécessaires à répondre à un besoin local de la population, est un vrai facteur d'économie à l'échelle du pays. La prise en compte de la qualité de l'offre de soins locale dans la détermination du budget alloué serait un réel facteur de choix politique de maintien du service public.

☒ La reconstitution du Service Public hospitalier en un bloc unique, envisagée dans la stratégie nationale de santé, redonnera du sens à l'Hôpital Public et redynamisera ses acteurs.

Le constat :
La perte d'attractivité de l'hôpital public



☒ L'activité privée à l'hôpital, même si elle ne concerne qu'une minorité de praticiens (moins de 10% (11), intervient dans le coût : directement par la somme versée par le patient et indirectement par celle remboursée par les mutuelles : le fait que les dépassements s'alignent sur les remboursements des mutuelles ne les justifient pas : car in fine, c'est nous tous qui payons les excès de l'activité privée de ceux des praticiens qui l'exercent sans tact ni mesure (12). *Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières. ...aucun mode particulier de règlement ne peut être imposé aux malades* ».

☒ L'un des arguments avancés pour justifier les honoraires demandés est le « complément du régime de retraite pour les hospitalo-universitaires » (11). L'autre est « la nécessité de garder à l'hôpital une médecine de pointe, avec des praticiens de renom », qui, sans cette reconnaissance financière quitteraient l'hôpital (11). Depuis la remise de ce rapport, le régime de retraite des

PUPH a été modifié et devient plus équitable, ce qui rend caduque le premier argument (notons que la majorité de l'activité privée est le fait des hospitalo-universitaires). Quand à la médecine de pointe et les praticiens de renom, en préambule rappelons que la menace « *l'hôpital ne sera rien sans nous* » peut se retourner en « *mais vous n'êtes rien sans l'hôpital, ses équipements, et sa somme de compétences* ». Au-delà, cette argumentation, montre très vite ses limites, car elle tendrait à montrer que moins de 10% des praticiens des hôpitaux sont indispensables à leur fonctionnement (mais que font les Directions de la Politique Médicale ?).

☒ D'ailleurs, ces arguments ne sont développés que par ceux des praticiens qui, franchement, exagèrent. Tous les autres disent très clairement qu'il s'agit d'un problème de reconnaissance financière et de trop grande disparité avec les revenus du secteur privé, à compétences au moins égales. Le problème est que, les premiers praticiens étant par définition de renom, l'image de l'ensemble des praticiens en est altérée.

Et si la recherche de l'équilibre financier passait par la juste rémunération des praticiens hospitaliers ?

- Qui serait un facteur d'attractivité fort pour les jeunes confrères.
- Qui priverait les abus d'exercice libéral à l'hôpital de toute justification.
- Qui introduirait tact et mesure dans les prolongements d'activité : refusée à des absents, aussi indispensables qu'ils aient pu se présenter, accordée à des praticiens qui ont toujours été présents ?

Enfin, et si la reconnaissance du travail accompli au service du public avait une expression sociale ?

Proposition de l'INPH

Définir clairement le Service Public Hospitalier, ses missions et la place du praticien hospitalier. Le service public hospitalier doit retrouver la place que la Loi HPST lui a fait perdre. La notion de service public est une donnée forte de l'identité des PH.

VALEUR N°2 : « LE TRAVAIL EN EQUIPE »

Dans le choix de travailler à l'hôpital, la possibilité de ne pas travailler seul, de pouvoir partager les questionnements, de bénéficier des compétences de confrères et collaborateurs, intervient fortement. Ces aspirations trouvent leur réponse dans le travail en équipe « **Une équipe est un groupe de professionnels qui s'engagent à travailler ensemble autour d'un projet commun centré sur le patient.** L'équipe se compose de professionnels

avec des compétences complémentaires dont le patient a besoin. » (HAS) (13).

Le concept d'équipe tel que nous, praticiens hospitaliers, le concevons :

- Intègre l'interprofessionnalisme (professionnels médicaux, paramédicaux, et administratifs ;
- Requiert de regrouper le nombre de professionnels permettant que l'exercice professionnel se déroule dans des conditions satisfaisantes.

De fait, l'équipe n'a pas le même sens selon que l'on exerce en CHU (équipe d'établissement) ou en CH (équipe de territoire).

L'équipe pluridisciplinaire sous-tend deux niveaux d'organisation : horizontale avec la complémentarité de compétences et verticale avec le management ou coordination de la mise en jeu de ces compétences.



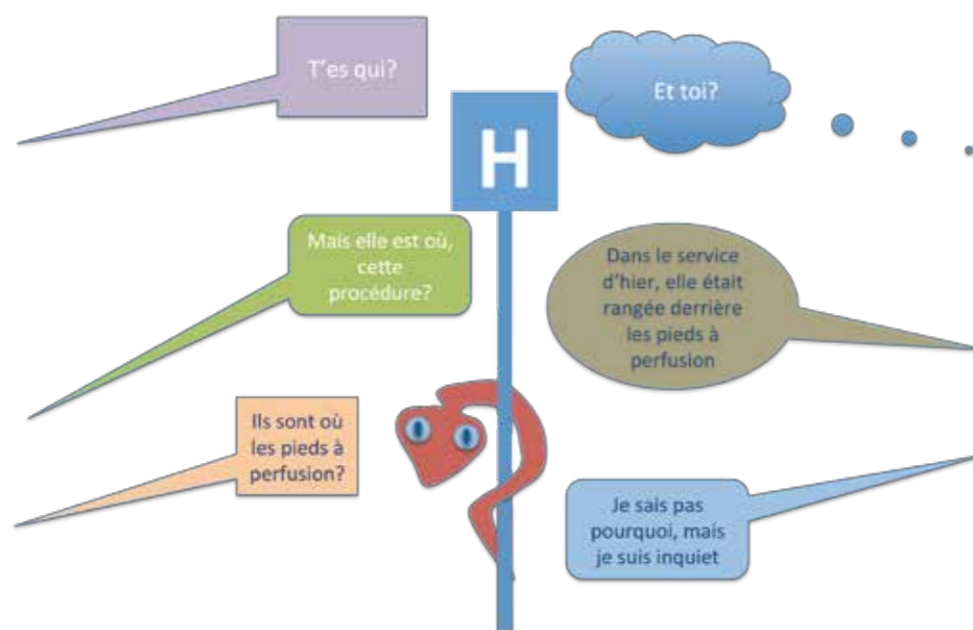
Aujourd'hui le concept d'équipe est remplacé par celui de pool de pôle

En clair : la qualité individuelle disparaît au profit de la quantité d'individus. La complémentarité de compétences, qui se forgeait à la faveur du travail effectué ensemble, jour après jour, avec des interactions bilatérales entre médecins et entre médecins et personnel paramédical, n'a plus de possibilité de se construire. Les infirmières et aides-soignantes « tournent » entre les services, au gré des cases vides du planning du pôle : peu importe que l'infirmière de neurologie ne soit pas rassurée face à une crise d'asthme ni que celle de pneumologie ne sache pas différencier une crise convulsive d'un état de mal : les cases sont pleines, tout est conforme sur le papier.

Au niveau strictement médical, l'absence de certaines spécialités fait basculer la complémentarité de compétences vers la compensation des compétences absentes, quand ce n'est pas vers leur négation. A titre d'exemple, il apparaît des « ratios » d'activité par

PH, basés sur la T2A ; il est évident que les hyperspécialisations, par définition mal cotées, seront les premières à pâtir de cette « quantification » de la compétence. D'ailleurs, ces disparitions sont anticipées : le glissement de tâches n'est plus une procédure dégradée ; il est au contraire inscrit dans la loi (L'article 51 de la loi HPST) (14). Ces protocoles de coopération contribuent à pallier la pénurie médicale (prise

en charge d'activités jusqu'alors médicales) tout en réduisant le coût de la prise en charge des patients (assumée par des paramédicaux). Très clairement, ils concernent les actes (transferts d'actes ou d'activités de soins = la production) mais glissent sur le diagnostic (= la création médicale). Il existe de ce fait un risque réel que la prise en charge du patient se réduise progressivement à la prise en charge de ses symptômes.

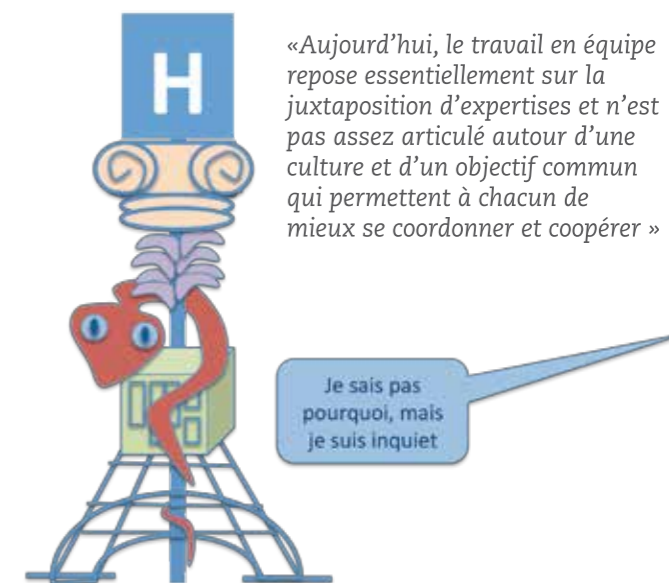


Quand au management d'équipe, son caractère bicéphale,

s'il préserve parfois les personnels par 33% des soignants de l'APHP, para médicaux d'abus de pouvoir médicaux (en théorie, car combien de cadres sont soutenus par leur hiérarchie lorsqu'ils s'élèvent contre un chef de service délétère ?), il altère toujours la cohésion d'une équipe par le biais des frontières qu'il génère : le médecin est responsable des prescriptions mais il ne peut intervenir dans l'appréciation de leur exécution, qu'elle soit bonne ou mauvaise... Médecins et para médicaux se retrouvent donc à travailler ensemble sans capacité à interagir pour améliorer leur collaboration.

La HAS fait un constat troublant de la situation : « Aujourd'hui, le travail en équipe repose essentiellement sur la juxtaposition d'expertises et n'est pas assez articulé autour d'une culture et d'un objectif commun qui permettent à chacun de mieux se coordonner et coopérer » (15).

Même constat pour l'ANAP (l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux) (12/03/14 – HOSPIMEDIA). « La gestion transversale des temps de travail est un sujet inapparent dans les établissements de santé... Pour soigner à l'hôpital, il faut être ensemble, médecins et non-médecins. Et ce n'est pas que sous l'aspect médico-économique que cette incoordination des temps est un problème, d'autant que les médecins interviennent de plus en plus sur plusieurs sites hospitaliers ».



La fragmentation de l'information, (la rétention d'information ?),

est une autre forme d'entrave au développement du travail en équipe, par l'impossibilité d'implication qu'elle génère. Un manque d'information concernant le projet de l'unité de travail est rapporté par 32% des soignants de l'APHP, toutes catégories confondues (3). La mise en place des pôles avec l'ajout d'une gouvernance bicéphale supplémentaire, a ajouté à la difficulté de collaboration et de communication. A l'échelle du pôle, le défaut de collaboration se hausse à 44% et celui d'information à 59% pour l'APHP. Ces résultats sont en phase avec ceux obtenus au niveau national au travers d'une enquête menée par 5 intersyndicales de PH en octobre 2013 (16), 45% des PH

estiment que la transmission de l'information s'est dégradée lors de la mise en place des pôles.

De fait, au quotidien, nous ne connaissons ni les données touchant à notre exercice, ni à celles de nos confrères, les soignants paramédicaux n'ont pas connaissance des données d'exercice médical auxquelles ils ont contribué...

Or, sans communication ni information, nous perdons toute possibilité d'évaluer l'impact de notre travail d'équipe et par cela même toute occasion d'en tirer fierté ou responsabilité... et toute possibilité

de porter un regard critique sur les décisions prises (mais bien sûr pas annoncées et encore moins présentées).

Le partage de l'information a un autre rôle majeur dans l'équipe : celui de la prévention des conflits. Les sources de conflits identifiés au sein d'une équipe puisent leur origine notamment dans le manque d'information ; il s'en suit une spirale de comportements qui aboutissent et entretiennent le conflit « Manque d'information/Imagination/Incompréhension/Interprétation/Vulnérabilité Points de vue différents/Manque d'information/etc. » (17).

Or « tout conflit affecte la capacité d'une équipe à réussir ».

Or, l'absence de dynamique d'équipe nuit gravement à la santé du patient. Les dysfonctionnements de l'unité de soins sont en cause dans 26% des événements indésirables recensés par l'HAS et ont pour origine dans 35% des cas des problèmes de communication. Or, ajoute l'HAS « une diminution de 18% de la mortalité a été observée après un programme d'amélioration du travail en équipe dans une étude américaine récente... le travail en équipe efficace est une barrière de sécurité contre les événements indésirables ainsi qu'un facteur de qualité de la prise en charge ».

Or, la dynamique d'équipe est un facteur d'attractivité puisque « Autre point essentiel, il est reconnu

que le travail en équipe a un impact sur la santé et le bien-être au travail pour les professionnels » à tel point que l'HAS « identifie aujourd'hui les dynamiques d'équipes comme un levier d'amélioration des pratiques » et a lancé le programme PACTE (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe, « programme expérimental pour faire connaître et reconnaître les équipes qui s'engagent dans une démarche d'amélioration de leurs pratiques à l'hôpital »).

Il est temps de restaurer et développer le concept fonctionnel d'équipe hospitalière pluriprofessionnelle

• Cela implique en premier lieu de reconnaître à chacun sa place et sa compétence dans l'élaboration du soin. « Dans une équipe de rugby, il n'y a pas de passagers, il n'y a qu'un équipage » (Pierre Villepreux). Nous sommes tous acteurs du soin, et dépendants les uns des autres. Le soin se construit à plusieurs mains, même si certaines sont plus visibles que d'autres. **S'il y a lieu de proposer une prime à l'objectif, elle doit être versée à l'équipe,** pas aux seuls médecins ou cadres.

Nous sommes tous acteurs du soin, et dépendants les uns des autres. Le soin se construit à plusieurs mains, même si certaines sont plus visibles que d'autres.

• En deuxième lieu, le travail en équipe enrichit notre pratique au fil des expériences partagées et des retours des autres membres de l'équipe. Plus qu'une somme, elle est une résul-

tante de compétences. **L'équipe est un acteur à part entière dans la qualité du soin prodigué.** Il faut donc en respecter l'intégralité et la composition pérenne et limiter le turn-over des professionnels qui, s'il préserve la composition quantitative de l'équipe, altère sa plus value qualitative.

• Au-delà du travail, le temps partagé en équipe tisse des liens de respect et de confiance entre les divers professionnels ; l'équipe offre alors un contexte propice à la parole et à l'identification précoce des difficultés ressenties par chacun ; elle joue en ce sens un rôle de sentinelle dans l'identification des risques psychosociaux et leur prévention.

• Une équipe performante auprès du malade est une équipe constituée de professionnels responsables. **L'information doit donc pouvoir circuler dans et à l'ensemble de l'équipe,** ascendante pour l'évolution et le contrôle des pratiques, descendante pour l'information et la participation à l'élaboration des projets de l'équipe et de l'hôpital. La participation active à la dynamique de l'équipe est un garant de responsabilisation des professionnels et d'implication constructive.

De plus, à notre époque riche en restructurations, combien de « mariages forcés » ont abouti à l'éclatement d'une équipe, à la perte de toutes les compétences associées et à des drames humains ? Alors qu'accorder aux équipes le temps de l'information, de l'échange, de l'écoute, prendre en considération leurs spécificités, qui sont autant de complémentarités et de promesses

de qualité, aurait certainement permis à chacun de trouver sa place et à tous de saisir le sens des évolutions proposées.

• En dernier lieu, il devient nécessaire et urgent de développer le concept d'interprofessionnalisme « L'exercice interprofessionnel a permis de constater une amélioration des résultats de nombreux milieux cliniques et constitue maintenant la norme en matière de soins » (18). L'université MC GILL (Montréal, Canada) développe actuellement « 6 grandes compétences éducationnelles » à l'intention des étudiants en médecine : leur déclinaison a de quoi nous faire rêver « Communication interpersonnelle, Soins centrés sur la personne, ses proches et la communauté, Clarification des rôles, Travail d'équipe, Leadership collaboratif, Résolution de conflits interprofessionnels »... Qu'attendons-nous ?



Le management médical... fonctionnel, forcément fonctionnel

Un groupe de médecins est un groupe de confrères. Ils se doivent des relations de confrères, au sens du code de déontologie : *Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité* (19). Un médecin est libre de ses prescriptions. *Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance* (20), responsable de ses actes, il signe d'ailleurs ses compte rendus de son nom, parce qu'il en a l'obligation et la responsabilité « l'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes » (21). Ces données simples permettent de situer le cadre et les limites d'un management médical : liberté de prescription, égalité de titre, confraternité de rapports... Nous en sommes loin.

Dans le vrai monde hospitalier, il y a l'ordonnance de 1958 et puis, il y a les hommes. L'ordonnance de 1958 crée le statut hospitalo-universitaire et instaure une hiérarchie

hospitalière basée sur un titre non hospitalier ; et les hommes... sont les mêmes qu'ailleurs, le serment d'Hippocrate n'engageant pour certains d'entre eux que ceux qui les entendent.

La qualité du management est un véritable facteur de bien-être professionnel ; si elle n'est pas directement un facteur d'attractivité, son absence en revanche est clairement un facteur de pénibilité, voire de répulsion.

• Dans les deux enquêtes menées par l'INPH en 2002 et 2010 (1) (2), le travail en équipe, y compris (et surtout) médicale est le 2^{ème} déterminant fort de notre choix d'exercice dans l'hôpital public, mais les rapports « hiérarchiques » se classent quand à eux en 3^{ème} position des facteurs délétères affectant le quotidien du PH.

• Dans l'enquête 2013 de l'APHP (3), les médecins rapportent 34% de

situations conflictuelles avec leurs patients ou les familles mais 46% avec les collègues ; 51% ne sont pas satisfaits de leur charge de travail et 63% estiment que la répartition de la charge de travail est mauvaise.

• L'impact du facteur hiérarchique, autre élément du management, apparaît dans le niveau de motivation : une diminution de la motivation est ressentie par 45% des PH, mais uniquement par 35% des chefs de service et 15% des chefs de pôle.

La qualité du management est un véritable facteur de bien être professionnel.

Il existe un dysfonctionnement majeur au sein de nos hôpitaux, touchant à la nomination des « responsables médicaux », et source de dérives managériales extrêmement néfastes pour le présent et le futur des hôpitaux. Un dysfonctionnement qui privilégie la carrière au bénéfice du service rendu aux patients, et qui est, en CHU, basée sur la confusion entre titre U et compétence H.

La hiérarchie hospitalière : un problème de management auquel s'ajoute un malentendu

• Entre médecins hospitaliers il n'existe pas de hiérarchie. Tout médecin hospitalier bénéficie de son indépendance professionnelle garantie par le code de déontologie et le statut de praticien hospitalier.

• L'organisation hospitalière définit des règles collectives de fonctionnement qui nécessitent formation, information et appropriation par les Praticiens Hospitaliers. Cette organisation implique des

relations d'autorité fonctionnelle et non hiérarchique entre les Praticiens Hospitaliers selon leurs fonctions (praticien hospitalier, chef de service, chef de pôle, président de CME). On voit bien là le caractère indispensable de l'information dans des organisations aussi complexes que les hôpitaux concernant les règles collectives de fonctionnement et leur nécessaire appropriation et acceptation par l'équipe.

• Le directeur d'établissement est le responsable de l'organisation de son établissement et de son fonctionnement. Il dispose d'une autorité hiérarchique sur les personnels de la fonction publique hospitalière (FPH) de son établissement (recrutement nomination, évaluation, discipline et sanction). Il dispose d'une autorité fonctionnelle et non hiérarchique sur le praticien hospitalier.

• L'expression la plus flagrante de ce dysfonctionnement est le manque de parité. 60% des PH hommes se positionnent à un échelon supérieur ou égal au 9^{ème}, 60% des PH femmes émargent à un échelon inférieur ou égal au 10^{ème} ? il est vrai qu'elles sont plus jeunes, mais peut-être aussi ont elles été nommées plus tard ? Au sein de l'APHP, 56% des PH sont des femmes mais 83% des PUPH sont des hommes.

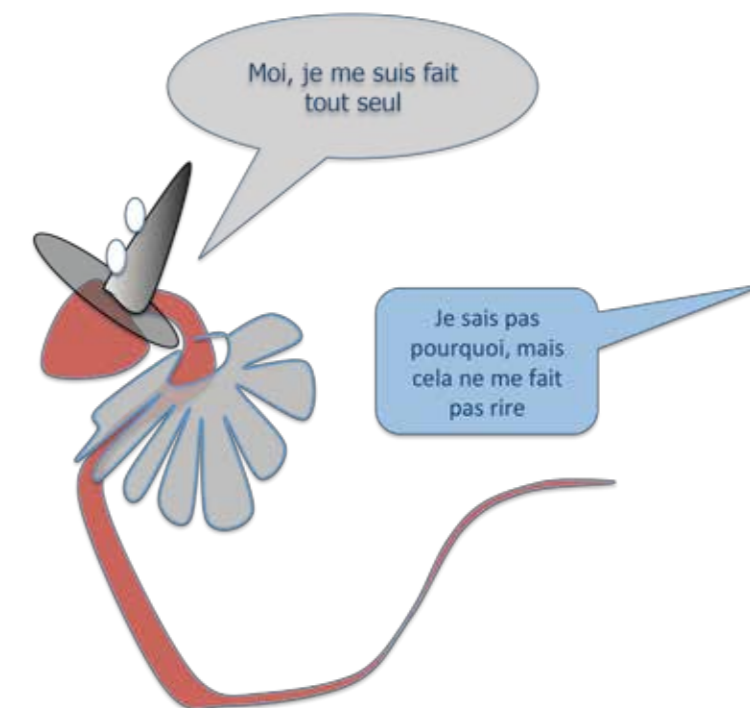
• **Ce qui démontre que la nomination des responsables hiérarchiques et donc des managers n'est pas uniquement basée sur les critères déclarés : compétences titres, travaux, services rendus.** Ce qui signifie qu'au nom de motivations non déclarées, des compétences sont perdues pour l'hôpital. Et l'ensemble des managers discrédités.

• **Il est peut-être temps de centrer les nominations sur les compétences et la légitimité née de l'expérience sur le terrain plutôt que sur la né-**

cessité de carrières individuelles ; ainsi que le souligne le directeur de l'HAS à l'occasion du lancement du projet PACTE « *le leadership ne correspond pas forcément à la personne la plus titrée, il faut dissocier le fonctionnel du hiérarchique* » .

• Il est temps également de proposer des outils de formation au management pour tendre vers un management transparent et participatif. Et il est temps d'instaurer

une évaluation de l'ensemble de l'équipe (y compris les chefs de service), dont les résultats seraient connus de toute l'équipe et qui seraient pris en compte pour le renouvellement de chefferies de service .



Il est peut-être temps de centrer les nominations sur les compétences et la légitimité née de l'expérience sur le terrain plutôt que sur la nécessité de carrières individuelles

Leurs fonctions de responsables d'unité peuvent leur conférer une autorité fonctionnelle sur les autres praticiens hospitaliers dans le respect de la déontologie et de l'indépendance professionnelle de chacun.

Ils sont par ailleurs praticiens hospitaliers comme les autres sans pouvoir hiérarchique sur leurs collègues. Leurs éventuelles fonctions de responsables d'unité, de chef de service ou chef de pôle peuvent leur conférer une autorité fonctionnelle sur les autres praticiens hospitaliers dans le respect de la déontologie et de l'indépendance professionnelle de chacun.

On voit donc que le praticien hospitalier est réglementairement peu hiérarchisé et que pour ce sujet les sujétions sont plus celles que l'on croit ou que le collègue s'octroie vis-à-vis des autres.

Comme nous l'avons vu en début de cet article, la population médicale à l'hôpital vieillit : elle est donc moins tolérante vis-à-vis des comportements infantilisants (désresponsabilisants) ou irrespectueux.

Propositions de l'INPH

1/ Définir clairement le Service Public Hospitalier, ses missions et la place du praticien hospitalier.

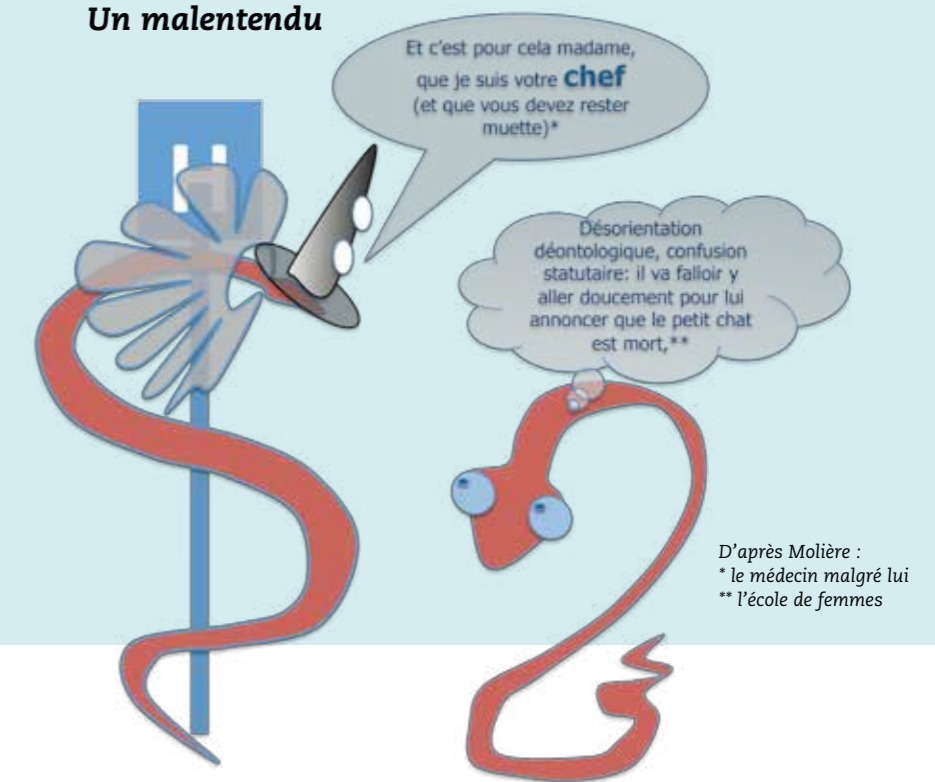
Elle doit être confortée en permettant un exercice de la plénitude des missions de service public par des équipes médicales reconnues et valorisées.

2/ Restaurer une démocratie à l'hôpital avec un droit d'expression de chaque praticien : Les espaces de démocratie que constituent les conseils médicaux de service et/ou de pôle sont nécessaires si l'on conserve ce mode d'organisation.



Ils ont tous quelque chose à dire

La hiérarchie hospitalière : Un malentendu



D'après Molière :
* le médecin malgré lui
** l'école de femmes

Elle côtoie en revanche le management tel qu'il existe aujourd'hui depuis suffisamment longtemps pour en connaître parfaitement les limites et incohérences. Il n'est pas sûr que les PH continuent, en ces temps où ils assument majoritairement le déficit médical, à en accepter les dérives.

Les documents cités sont disponibles sur le site de l'INPH rubrique "magazine"

1. Enquête INPH 2002.
2. Enquête INPH 2010.
3. http://cme.aphp.fr/docsraps/thematiques_adm_fin/folder.2005-11-07.5093322072/baro_interne/baro_interne_10122013_pres/base_view
4. Rapport activité CNG 2012.
5. CNOM.
6. Rapport MAUREY, sénat février 2013.
7. Rapport Veran, décembre 2013.
8. Viavoice – Le Nouvel Observateur octobre 2013. http://www.institut-viavoice.com/docs/Les-palmars-du-bonheur-professionnel_Viavoice-pour-Le-Nouvel-Observateur.pdf
9. Rapport Pêcheur.
10. Article r.4127-19 du Code de Santé Publique (article 19 du code de déontologie médicale).
11. Rapport Laurent au ministre des Affaires Sociales et de la Santé, 31 mars 2013. <http://www.sante.gouv.fr/rapport-l-activite-liberale-dans-les-etablissements-publics-de-sante.html>
12. Article 53 du code de déontologie médicale (r.4127-53 Du Code de Santé Publique).
13. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601003/fr/travailler-en-equipe
14. <http://www.sante.gouv.fr/la-cooperation-entre-les-professionnels-de-sante.html>
15. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601344/fr/la-has-deploie-pacte-un-programme-autour-du-travail-en-equipe
16. <http://www.praticienhospitaliers.com/spip.php?article18>
17. <http://www.rifssso.ca/wp-content/uploads/2013/08/La-collaboration-interprofessionnelle-module-d-information-.pdf>
18. <https://www.mcgill.ca/new-mdcm/fr/th%C3%A8mes-longitudinaux/interprofessionnalisme>
19. Article 56 (Art. r.4127-56 Du CSP).
20. Article 8 (Art. r.4127-8 Du CSP).
21. Article 69 (Art. r.4127-69 Du CSP).

INTERVIEW

PR BENOIT VALLET

Rencontre avec un Médecin très heureux dans les fonctions de Directeur Général de la santé depuis cinq mois.

Qu'est-ce qu'un Directeur Général de la Santé ?

Avant tout un médecin qu'on pourrait décrire comme un urgentiste dans une salle de régulation du SAMU. Le DGS bénéficie d'un flux d'informations continu concernant des sujets aussi variés que les phénomènes infectieux, leur nature et leurs vecteurs, et les événements environnementaux tels que ceux liés aux pollutions, aux émissions de radons dans le Massif Central et aux variations climatiques. C'est le volet sécurité sanitaire qui nécessite des réactions rapides à des événements brutaux infectieux et environnementaux.

L'autre volet c'est l'organisation de la santé publique qui correspond à des actions de prévention des effets sur la santé des événements pouvant survenir en lien avec des agents extérieurs ou en rapport avec des comportements de la population en matière

de situations de vie améliorables qu'ils soient alimentaires, infectieux ou environnementaux.

La DGS a une action prospective en matière de recherche en santé publique et de coordination internationale, européenne et mondiale avec l'OMS.

Dès mon arrivée, j'ai créé une mission Outre-Mer car l'ensemble des activités de la DGS y trouvent un terrain d'application particulièrement aigu en pathologie infectieuse.

La mission du DGS est aussi une mission de communication vers la population, le DGS est un peu le médecin de tous les Français.

La DGS exerce son action au travers un système d'agences spécialisées, les agences sanitaires qui travaillent ensemble : la veille sanitaire avec l'INVS, la régulation du médicament avec l'ANSM, l'agence nationale de sécurité de

l'environnement, l'agence nationale de l'alimentation, l'établissement français du sang...

Une journée ne suffit donc pas à assurer toutes ces missions !

Oui et c'est pourquoi le DGS est assisté par un DGS adjoint, qui est en cours de recrutement et arrivera début mai.

Comment devient-on Directeur Général de la Santé ?

Mon parcours médical m'a préparé aux fonctions de DGS grâce à sa diversité. L'aptitude aux urgences sanitaires vient de ma formation d'anesthésiste réanimateur qui par sa transversalité permet un lien avec beaucoup de spécialités médicales et chirurgicales. Les fonctions de professeur des universités m'ont formé aux pratiques d'enseignement et de recherche. Les activités institutionnelles de responsable du département d'anesthésie du CHU de Lille, Président de CME et de membre de la conférence des présidents de CME de CHU m'ont permis de connaître l'administration centrale. Elles m'ont également donné le goût de l'organisation opérationnelle des structures sanitaires et des rapports avec les autres basés sur une démocratie sanitaire. C'est à ce niveau que se situent les rapports avec les usagers et le monde associatif en partie basé sur des associations de patients très avertis de leur maladie, des traitements de leurs actions et effets secondaires et des activités de recherche fondamentale et translationnelle les concernant. C'est également à ce niveau qu'apparaît la notion d'experts usagers qui participent à la con-

struction politique du système de santé et de l'expression des usagers sur le fonctionnement plus ou moins bon du système. Les associations participent très activement aux programmes de recherche notamment financièrement et la précision d'une stratégie de rencontres avec les associations est nécessaire.

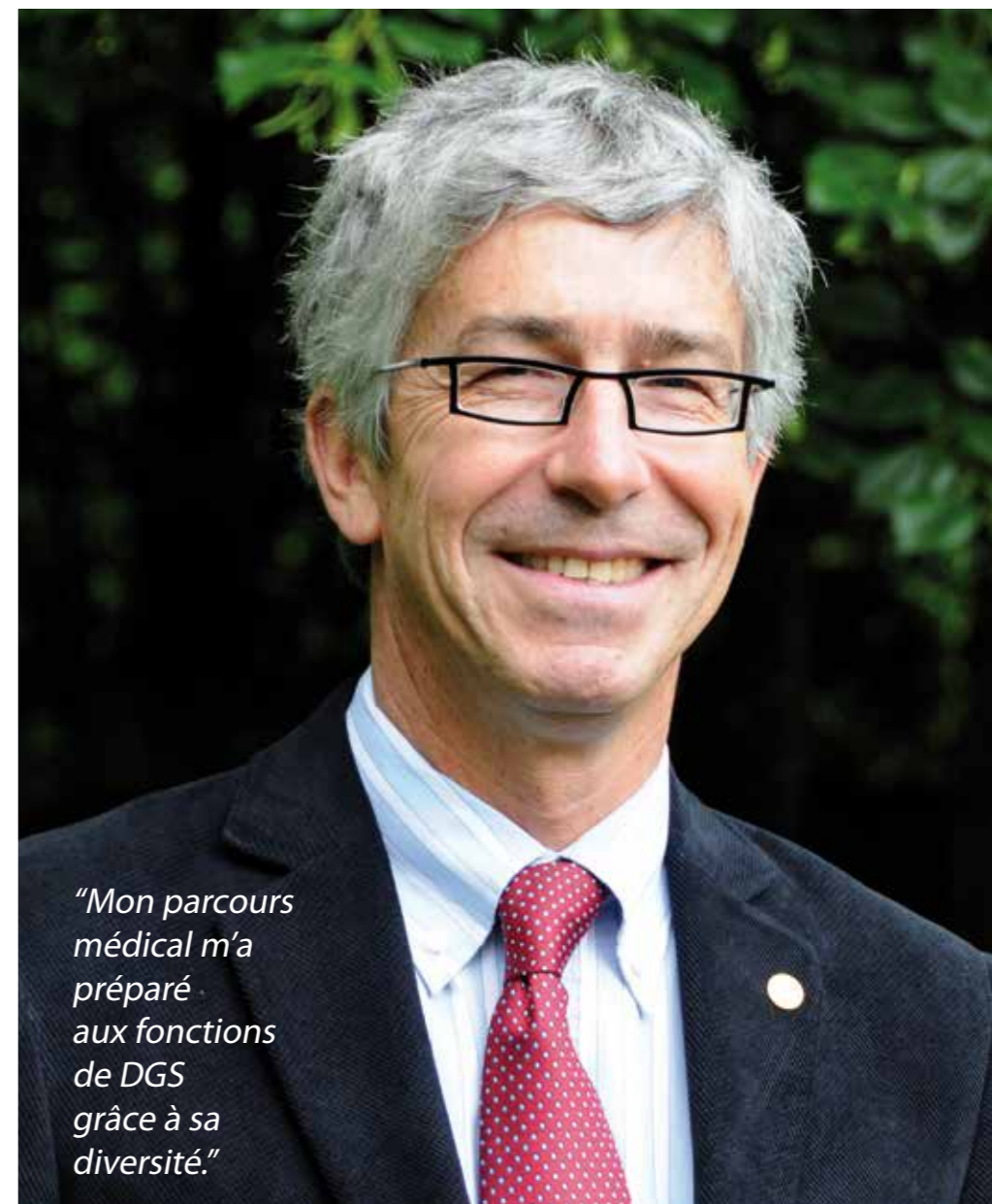
Au ministère, est-ce que les Directions générales communiquent et travaillent ensemble ?

Schématiquement la DGS se consacre à la sécurité et la prévention, la DGOS à l'offre de soins. Les liens fonctionnels avec la DGOS sont nombreux et importants. Il existe des réunions bilatérales notamment sur les sujets concernant la santé mentale et les pathologies chroniques pour améliorer la prévention et maintenir l'offre de soins. La collaboration des deux directions générales concerne également la recherche. Schématiquement la DGS se consacre à la sécurité et la prévention, la DGOS à l'offre de soins.

La Stratégie nationale de santé est au programme de travail de la DGS concernant la prévention et les soins primaires.

La DGS est également en lien avec les autres directions générales des ministères sociaux et notamment la DSS et la DGCS (la coordination sociale, les établissements médico-sociaux...) pour bâtir le système de santé, avec la DREES et la direction des affaires juridiques pour la conception des essais internationaux.

En ce qui concerne l'hôpital, la coopération avec la DGOS est permanente en ce qui concerne la sécurité des médicaments et des agents infectieux.



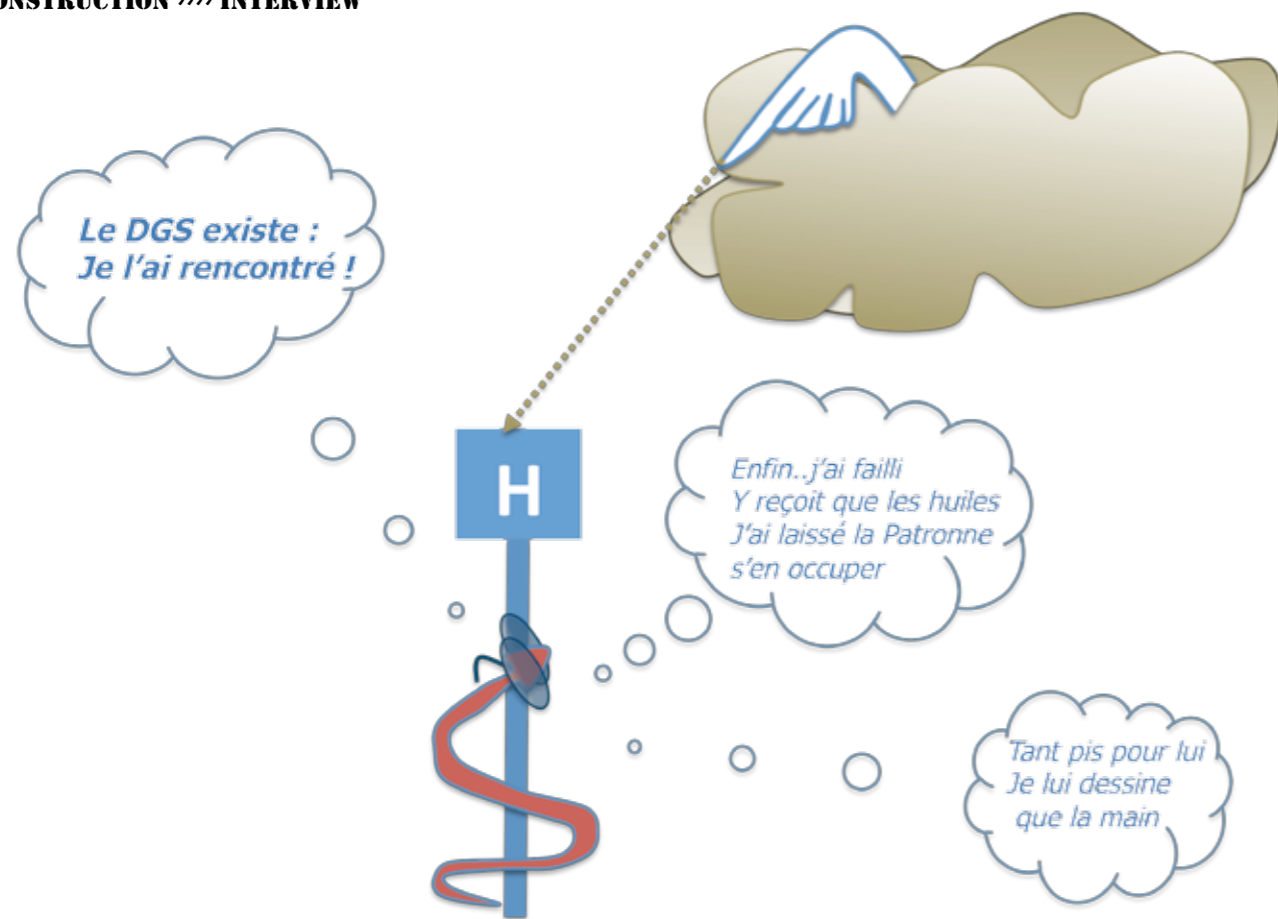
"Mon parcours médical m'a préparé aux fonctions de DGS grâce à sa diversité."

Et l'urgence en cas d'évènement brutal et imprévu ?

La DGS travaille dans l'urgence notamment avec son département des urgences sanitaires qui assure une vigilance sanitaire concernant le médicament avec l'ANSM, les infections, les alertes environnementales.

L'organisation de la réponse rapide aux urgences sanitaires se fait par l'intermédiaire du CORRUS (centre d'organisation de la réponse rapide aux urgences

La DGS a une action prospective en matière de recherche en santé publique et de coordination internationale, européenne et mondiale avec l'OMS.



sanitaires) qui est à l'écoute permanente des messages d'alerte nationaux et internationaux avec la possibilité d'envoi, via les ARS, de messages d'alerte rapide sanitaires vers les établissements de santé et des messages « DGS Urgent » aux médecins généralistes et dans l'avenir à l'ensemble des professionnels de santé concernés et vers le grand public.

Il est important que les praticiens hospitaliers connaissent la DGS dans ses implications sur le médicament (effets secondaires, ruptures de disponibilités...), l'infectiologie et les alertes.

Le PRAC Europe participe à la révision des autorisations de mise sur le marché et la sécurité sanitaire.

Parlons de la future Loi de Santé, annoncée pour fin 2014

L'élaboration de la loi de santé publique est une activité de la DGS au quotidien avec la conception de la stratégie nationale de

santé. C'est une de mes motivations majeures pour l'accession aux fonctions de DGS de participer pleinement à la construction de la loi de santé publique réformant la loi de 2004 en vigueur. Je suis optimiste en ce que la loi s'intéresse aux jeunes, aux sujets âgés, à la santé mentale, les addictions et le cancer. Ce sont les cinq priorités qu'il faut défendre.

Le travail avec la DREES et le haut conseil de santé publique est important concernant les données sanitaires mais également la définition, la diffusion et l'utilisation des indicateurs en santé. Il doit s'agir notamment d'indicateurs simples, robustes au service d'une stratégie de santé dans des sujets aussi variés que le tabac, l'éducation à la santé, la simplification du parcours et l'étude des impacts sur la santé des Français des politiques nationales telles que la transition énergétique. C'est donc une « grande » Loi à périmètre important qui pro-

longera et améliorera les lois précédentes.

Le DGS par l'ensemble de ses actions et surtout de l'importance du périmètre des responsabilités de sa direction générale « fait son DPC au quotidien » en analysant les pratiques et en enrichissant ses connaissances. C'est une vraie activité médicale, très pratique, de santé et de soins.

Les questions relevant de la démographie et de la formation ne sont plus du ressort de la DGS.

J'incite les praticiens hospitaliers à s'intéresser à la réserve sanitaire assurée par l'EPRUS. A côté des engagements dans des interventions internationales, il existe de plus en plus une dynamique régionale concernant bien sûr la psychiatrie, les urgentistes et la chirurgie mais aussi d'autres activités dont l'infectiologie l'épidémiologiste. La formation à la réserve sanitaire devrait être comprise dans le DPC.

Comment faire mieux connaître la DGS ?

La Direction générale de la Santé devra mieux faire connaître ses actions, ses motivations et ses ambitions. Je contribuerai personnellement à cette information en répondant à des invitations de sociétés savantes qui souhaiteront participer à cette diffusion de la santé publique. Cela permet d'insister sur les actions de prévention et de formation à la santé que peuvent et doivent avoir les praticiens de l'hôpital. La prévention fait partie de l'activité de soins du praticien.

L'intérêt des systèmes d'information ?

La question de l'utilisation des données de santé est importante. L'utilisation médicale pose la question de la position du dossier pharmaceutique par rapport au DMP. Le dossier pharmaceutique permet de se questionner sur le bon usage des médicaments. Au-delà la traçabilité des vaccinations et de l'accessibilité informatique par tous les médecins, généralistes, pédiatres, médecins du travail et médecins scolaires, concernés des données les concernant en matière de couverture et d'effets indésirables doit être possible.

Reste-t-il du temps libre pour un DGS ?

Le domaine d'action de la DGS est passionnant et je l'exerce en passionné tout en cherchant à conserver des activités à l'extérieur de la médecine autant sur le plan affectif que culturel ou sportif. C'est une nécessité pour garder un équilibre... qui rejoint notion de bien-être qui participe à la définition de la santé.

A la DGS chaque jour est un jour nouveau dont on ne sait pas ce qu'il réserve mais qui permet d'avancer malgré une position exposée totalement assumée.

LES PRINCIPALES AGENCES SANITAIRES SONT :

- L'Agence de la biomédecine (ABM)
- L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)
- L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)
- L'Etablissement français du sang (EFS)
- L'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)
- La Haute autorité de santé (HAS)
- L'Institut national du cancer (INCa)
- L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
- L'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN)
- L'Institut de veille sanitaire (InVS)

NOTE SUR LES AGENCES DE SANTÉ

Une **agence publique** est un démembrement de l'État (une entité publique autonome) chargée de la réalisation d'une mission d'intérêt général. Le terme agence publique peut désigner une multitude de statuts publics, privés ou mixtes. Une agence publique bénéficie d'une autonomie de gestion vis-à-vis de sa tutelle et d'une spécialisation de ses missions. En général, les agences publiques emploient du personnel de droit commun.

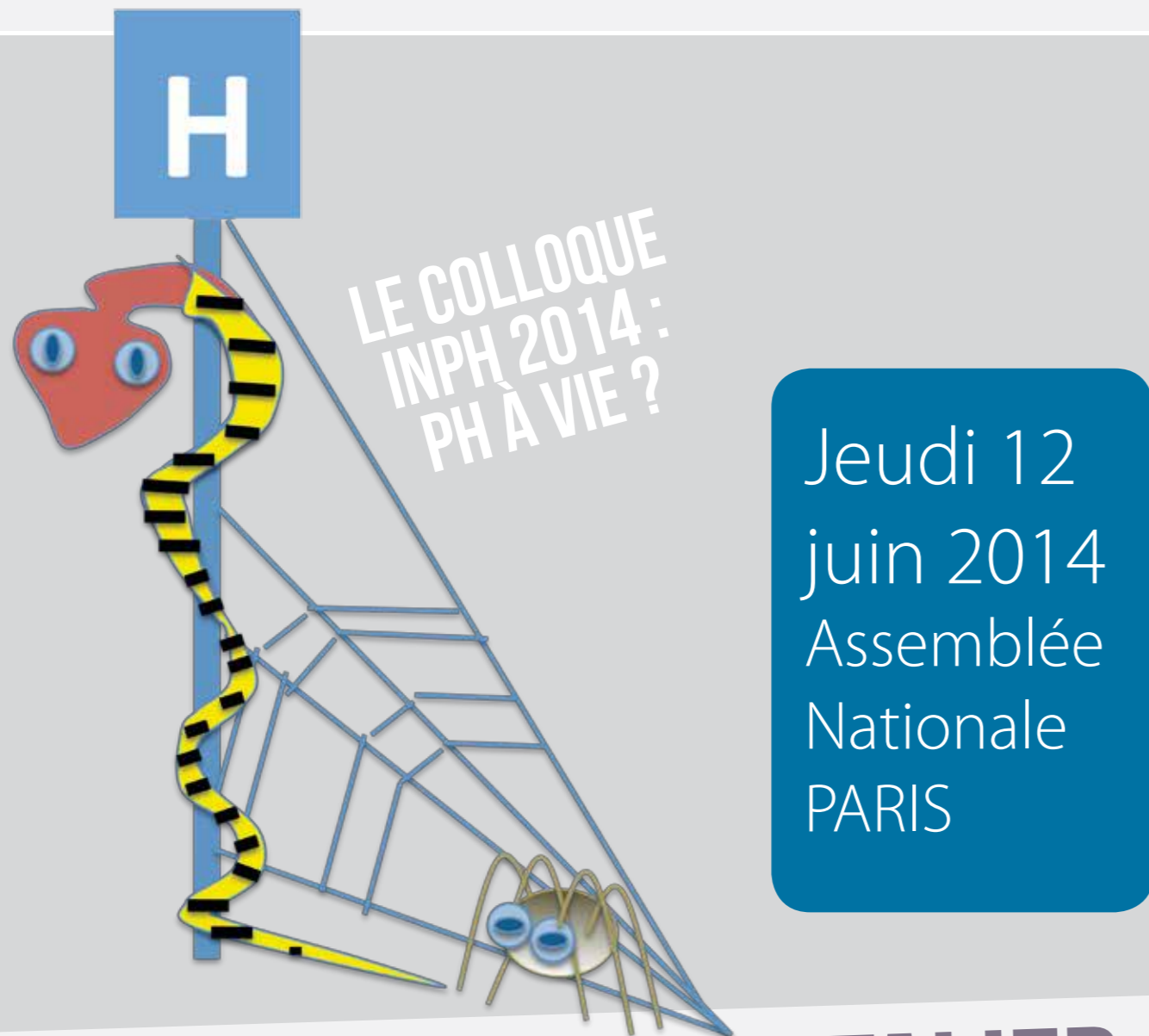
La Direction générale de la santé (DGS) est responsable des politiques de prévention et de sécurité sanitaire. Les expertises et les spécialités qui sont nécessaires à l'exercice de cette mission lui sont apportées par des opérateurs nationaux spécialisés, souvent désignés sous le terme générique d'agences sanitaires. Elles sont à la fois les relais et les interlocuteurs privilégiés de la DGS. Elles concourent à la conception et à la mise en œuvre des politiques dont la DGS est responsable.

L'ensemble de ces opérateurs, ainsi que la Haute autorité de Santé (HAS), autorité administrative indépendante, travaillent en cohérence, dans un cadre structuré notamment autour du Comité d'animation du système d'agences (CASA), qui réunit régulièrement leurs directeurs généraux.

Font également partie du CASA le Haut conseil de la santé publique (HCSP), l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et un représentant des directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS).

COLLOQUE INPH

Intersyndicat National des Praticiens Hospitaliers



Jeudi 12
juin 2014
Assemblée
Nationale
PARIS

« PRATICIEN HOSPITALIER : À VIE ? »

- 13H30 : 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 ATTRACTIVITÉ »

MODÉRATEUR : Monsieur Pascal BEAU, Espace Social Européen

ANIMATEURS	INTERVENANTS
Dr Philippe MONTUPET VP - INPH	Marie-Sophie DESAULLE ARS
Dr Patrick LEGLISE VP - INPH	Pr Dominique BERTRAND Conseiller médical CNG
Dr Michel TRIANTAFYLLOU VP - INPH	Patrice BARBEROUSSE Directeur Général de CHU
Dr Jean-Louis CHABERNAUD VP - INPH	Dr Olivier VERAN Député, auteur du rapport sur l'intérim médical

16H10 À 17H45 : 2^{ÈME} TABLE RONDE

« PRATICIEN HOSPITALIER ET PASSERELLES »

MODÉRATEUR : Monsieur Pascal BEAU, Espace Social Européen

ANIMATEURS	INTERVENANTS
Dr Alain JACOB Délégué Général INPH	Dr Patrick BOUET Conseil National de l'ordre des médecins
Dr Jean Michel BADET VP - INPH	Dr Jean Paul ORTIZ CSMF Dr Emmanuel LOEBB Président de l'ISNIH
Dr Jamil AMHIS Secrétaire Général INPH	Florence DE ROHAN CHABOT INSCAA
Pr Bertrand DIQUET VP - INPH	Edouard COUTY Ministère de la Santé

- 17H45 à 18H00
 - › **Intermède** : Madame Hélène BARON-BUAL, Associée Grant Thornton en charge du Secteur Public « Statut Public Mobilité économique du médecin »
 - › **Synthèse faite par un grand témoin (Sociologue)**
 - › **Conclusion** : Dr Rachel BOCHER, Présidente de l'INPH

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

INVITATION

COLLOQUE INPH 2014
« PRATICIEN HOSPITALIER : A VIE ? »

Carton d'invitation
À remplir et à retourner à l'adresse suivante :

CHU - Saint Jacques
Secrétariat de Psychiatrie 5
A l'attention de Fanny PINEAU
85 Rue Saint Jacques
44093 NANTES Cedex 1

Ou par mail : fanny.pineau@chu-nantes.fr



BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Participera Ne participera pas

SE MUNIR D'UNE PIECE D'IDENTITE.

Accès :

- Station Assemblée Nationale ligne 12
- Station invalide ligne 8, ligne 13
- RER C

Vous pouvez également vous inscrire par le biais du site INPH : www.inph.org

INPH

1^{er} INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

BUREAU

Présidente
Dr Rachel BOCHER
(CHU de Nantes)

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

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

Secrétaire Général
Dr Jamil AMHIS
(FPS - Créteil)

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

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

Trésorier
Dr Olivier DOUAY
(SNPH - CHU - Angers)

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

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

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

Vice Président chargé de la Médecine
Pr Eric PICHARD
(SNMInf - Angers)

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

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

16 SYNDICATS POUR VOUS DÉFENDRE

SN PHTP Syndicat National des Praticiens Hospitaliers à Temps Partiel Président : Dr T. RAHME	SNPEH Syndicat National des Pédiatres Des Etablissements Hospitaliers Président : Dr J.L. CHABERNAUD
SNPH-CHU Syndicat National des PH de CHU Président : Dr J.M. BADET	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 Jean-Marie FARNOS	SNHG Syndicat National Des Hôpitaux Généraux Président : Dr A. JACOB
SNMInf Syndicat National des Maladies Infectieuses Président : Pr Eric PICHARD	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
SUDF Syndicat National SAMU et Urgences de France Président : Dr M. GIROUD	SCPF Syndicat des Chirurgiens Pédiatres Français Président : Dr Philippe MONTUPET
FNASF Fédération Nationale des Associations de Sages-Femmes Président : Mme MASCART	SMPHNC Syndicat des médecins et pharmaciens de Nouvelle Calédonie Président : Dr T. DERYCKE

LA FHF RÉUNIT
PLUS DE
1 000 HÔPITAUX
ET
**1 000 STRUCTURES
MÉDICO-SOCIALES**



Les Annonces de Recrutement



**WWW.FHF.FR >
OFFRES D'EMPLOI**

**PLUS DE 30 000
OFFRES D'EMPLOI
ET PLUS DE 15 000 CV**

LA RUBRIQUE
OFFRE D'EMPLOI
PERMET AUSSI
L'ACCÈS A UN
ESPACE CANDIDAT




Le Centre Hospitalier D'arcachon (Gironde)

Recherche, pour compléter son équipe médicale,
Un Médecin Anesthésiste Temps Plein

Le poste sera vacant au 1^{er} Janvier 2014.
Le ou la candidat(e) doit être inscrit(e) au conseil de l'ordre.
Le bassin d'Arcachon offre un cadre de vie remarquable.
L'hôpital est situé à 5 minutes des plages du bassin et de l'atlantique, à 45 minutes de Bordeaux et à environ 2 heures des Pyrénées.

Candidature :
DRH - Christian Goujart - Tél. 05 57 52 90 03
Chef de service - Didier Fressard - Tél. 05 57 52 91 10
Mail : christian.goujart@ch-arcachon.fr

Le centre hospitalier d'Arcachon a intégré des locaux neufs en mars 2013. L'établissement dispose d'une capacité d'accueil de 200 lits et places avec un plateau technique complet et performant (IRM, scanner), des Urgences (27 000 passages/an), une surveillance continue (12 places), des services de médecine (cardiologie, médecine interne, neurologie, gériatrie, gastro-entérologie, pédiatrie), de chirurgie (orthopédique, digestive, gynécologique, vasculaire) et de soins de suite et réadaptation. La maternité réalise plus de 1000 accouchements/an et plus de 3700 actes sont réalisés au bloc opératoire. L'équipe médicale est actuellement composée de 5 anesthésistes.



Le Centre Hospitalier de Saint Palais (Pays Basque) Nouvel Hopital Recrute Sur Poste Permanent **UN MEDECIN ANESTHESISTE**

POSTE DISPONIBLE IMMEDIATEMENT
ETUDE ATTENTIVE QUANT A LA SITUATION DU CONJOINT (recrutement possible du conjoint)

Contact : Dr Catherine RIVIERE Présidente de la CME Tél. : 06 81 15 29 16 Email : rivcat@hotmail.fr	M.Pierre Yves GILET Directeur Délégué Tél. : 06 07 67 06 04 Email : py.gilet@sokorri.com	Centre Hospitalier de Saint Palais avenue Frédéric De Saint Jayme 64120 Saint Palais
--	---	--

L'Établissement Public de Santé Mentale de la Marne
A 170 kms de Paris - 1 heure en TGV

Recrute pour ses pôles de psychiatrie adultes

Possibilité de travail dans plusieurs structures :
Hospitalisations, HDJ, CMP, CATTP, Atelier thérapeutique
Facilités de logement

Les candidatures sont à adresser à M. le Directeur
1 chemin de bouy - BP 70555 - 51022 CHALONS EN CHAMPAGNE
03 26 70 37 74 - 03 26 70 37 01

Deux psychiatres temps plein
pour le pôle Vitry/Sézanne (100 000 habitants)

Deux psychiatres temps plein
pour le pôle châlonnais (115 000 habitants)



Hôpital Pierre Briquet - Châlons en Champagne,
Clinique Henri Ey - Reims



VIENNE-EN-VAL Village de 2000 habitants - En bordure du Val de Loire - Adossé au coteau de Sologne

RECHERCHE 2 MEDECINS GENERALISTES

Exercent actuellement sur la Commune :

- Trois Kinésithérapeutes.
- Une Ostéopathe.
- Deux Infirmiers libéraux.
- Un Pharmacien.
- Le C.H.R. D'Orléans est à 20 Km.

La Commune :

- 28 % de la population a moins de 20 ans, 11 % a plus de 70 ans.
- École primaire sur place, Collège à 5 km, Lycée à 18 km.
- Garderie Périscolaire, Accueil de Loisirs, Accueil Jeunes.
- Nombreuses Associations Sportives et Culturelles.
- Tous Commerces.
- Proximité de Paris.

AIDE A L'INSTALLATION

PÔLE DE SANTE EN CONSTRUCTION

(LOCAL PROVISOIRE MIS À DISPOSITION PAR LA COMMUNE)

CONTACT AU 02 38 58 81 23
MAIRIE - 13 route d'Orléans
45510 - VIENNE-EN-VAL
mairie-vienne-en-val@wanadoo.fr



Pas-de-Calais
Le Département

« 7^e département de France
(1 500 000 habitants,
894 communes et
1,641 Mrd d'€ de budget). »

Envie de (re) donner du sens à votre carrière en alliant pratique médicale et lien social ?
Vous souhaitez exercer vos talents dans le cadre de missions diversifiées,
nous mettons à votre disposition des moyens matériels importants.
Pour son Pôle Solidarités, le Conseil Général du Pas-de-Calais (à 50 mn de Paris en TGV),
recrute :

des médecins h/f

sous différents statuts (titulaires ou contractuels)

- un chef de service départemental de PMI médecin généraliste ou spécialiste (gynéco-obstétrique ou en pédopsychiatrie ou en santé publique)
- un médecin conseil en santé publique (expérience et/ou formation en santé publique souhaitée)
- des médecins de PMI
- un médecin du travail

Le Doctorat de médecine et le permis B sont indispensables.

Vous possédez une bonne connaissance de la législation sociale. Votre aptitude à piloter un projet et des qualités managériales sont des atouts supplémentaires pour certains de ces postes.

Régime de travail attractif : ARTT, pas d'astreinte ni de garde, horaires de bureau, temps plein ou temps partiel (selon le poste).

Vous êtes intéressé pour intégrer le Pôle Solidarités ? Votre implication sera notre réussite.

Renseignements auprès de : M^{me} Isabelle Olszewski, chef de bureau Ressources humaines « Pôle Solidarités »,
au 03 21 21 56 57 (e-mail : olszewski.isabelle@cg62.fr),
M. Matthieu Staehli, chargé de recrutement, au 03 21 21 56 82 (e-mail : staehli.matthieu@cg62.fr).

Profils de postes détaillés disponibles sur <http://www.pasdecals.fr/recrutement>

Merci d'adresser votre candidature manuscrite, accompagnée d'un CV détaillé à : M. le Président du Conseil Général du Pas-de-Calais, DRH, Bureau RH « Pôle Solidarités », Hôtel du Département, 62018 ARRAS Cedex 9, avant le 30/06/2014 ou par messagerie à l'adresse suivante : olszewski.isabelle@cg62.fr

Constructeur d'avenir



Hôpitaux de
Saint-Maurice

Les Hôpitaux de Saint-Maurice sont dédiés aux soins de suite et réadaptation, à la prise en charge en psychiatrie sur Paris et le Val-de-Marne, à la gynécologie/obstétrique/néonatalogie et au traitement de l'insuffisance rénale chronique. Ils disposent de plus de 850 lits et places et emploient près de 2 500 personnes.
Plus d'informations sur www.hopitaux-saint-maurice.fr

HÔPITAUX DE SAINT MAURICE Direction des Systèmes d'Information

CYBERNETICIEN - CHEF DE PROJET MEDICAL

POUR INFORMATISATION DU DOSSIER PATIENT ET DU CIRCUIT DU MÉDICAMENT (CDD DE 2 ANS)

ENVIRONNEMENT :

Le Chef de projet médical fera partie du groupe projet permanent chargé de coordonner opérationnellement le projet d'informatisation du volet médical et clinique du système d'information
Ce groupe projet est placé sous l'autorité du Directeur des Systèmes d'Information.

POSITION DANS LA STRUCTURE :

Rattaché(e) fonctionnellement au Directeur des Systèmes d'Information et médicalement à la présidence de la CME

LA FORMATION ET/OU LES QUALIFICATIONS REQUISES :

Docteur en médecine/Assistant ou PH contractuel

CONNAISSANCES PARTICULIÈRES :

- Expérience du milieu hospitalier
- Connaissance de l'informatique
- Capacité d'animation

MISSIONS :

- Assurer la coordination médicale du projet d'informatisation du volet médical et clinique du système d'information
- Dossier patient informatisé
- Dossier de soins
- Circuit du médicament
- PMSI/RIM-P
- Agenda plannings gestion des lits
- Liens avec les professionnels de santé externes (acteurs libéraux, HAD, télémédecine)
- Assurer la cohérence et la pertinence de l'information médicale dans le futur système
- Participer au paramétrage du progiciel, à la définition du contenu des différents dossiers et à la validation de l'application
- Former les médecins référents des différentes activités
- Accompagner les services dans la mise en œuvre des nouveaux outils
- Contribuer à l'harmonisation des pratiques médicales



CONTACT : Envoyez votre CV + lettre de motivation à :
M. Thierry Jacquemin, Directeur des Systèmes d'Information - par courriel : t.jacquemin@hopitaux-st-maurice.fr
ou par courrier : Hôpitaux de Saint-Maurice - M. Thierry Jacquemin - Directeur des Systèmes d'Information
12 rue du Val d'Osne - 94410 Saint-Maurice



ARS Auvergne
60, avenue de l'Union Soviétique
63057 Clermont-Ferrand
www.ars.sante.fr

LA SANTÉ PUBLIQUE VOUS INTÉRESSE

Vous souhaitez participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique nationale de la santé

Vous appréciez le travail en équipe dans une démarche transversale

Politique nationale de santé

L'ARS d'Auvergne recherche des médecins généralistes ou spécialistes, à temps plein ou à temps partiel, pour ses différents services, dans les domaines suivants :

- Prévention
- Santé mentale
- Périnatalité
- Gérontologie
- Veille et sécurité sanitaire

MISSIONS

Au sein d'une équipe pluriprofessionnelle,

- ▶ Vous mobilisez experts, sociétés savantes et les différents acteurs du système de santé
- ▶ Vous analysez les enjeux et proposez des stratégies et leviers d'action possibles
- ▶ Vous accompagnez les professionnels de santé



Vos contacts à l'ARS : D^e Marie-Françoise ANDRE, téléphone : 09 49 74 73 04, marie-francoise.andre@ars.sante.fr ou
M^{me} Martine VIRIOT, téléphone : 47 50 74 73 04, martine-viriot@ars.sante.fr



RECHERCHE 2 MEDECINS POUR NOUVELLE MAISON MEDICALE

COMMUNE DE BEAUZAC
Haute-Loire
2819 habitants
(+760 hab. en 10 ans)
40 min de ST-ETIENNE
40 min du PUY EN VELAY



Développement d'une équipe pluridisciplinaire au sein de sa nouvelle Maison Médicale (ci-dessous) :

- 2 CABINETS de MÉDECINS (Patientèle suffisante)
- 1 PHARMACIE
- 1 KINÉ
- 1 CABINET INFIRMIERS
- 1 OSTÉOPATHE

Mutualisation d'un secrétariat administratif

Jean PRORIOI - Maire de BEAUZAC
04 71 61 47 49 - jean.proriol@ville-beauzac.fr

Dr Y. BALAY - 04 71 61 48 80 - yves.balay@orange.fr
(pour accueil immédiat dans cabinet actuel)

Ecoles : 326 enfants - 41 naissances en 2013 - 1 EHPAD 67 lits - 1 Médiathèque
1 Crèche - 1 Centre de Loisirs - 1 Espace Culturel - 40 Associations - 2 Collèges - 3 Lycées
1 Centre Aquatique à Monistrol-sur-Loire



LES PLUS :

« PROJET MAISON MÉDICALE DU SECTEUR
CANDIDATURE POUR UN ÉTABLISSEMENT SSR »

www.ville-beauzac.fr

LE CENTRE HOSPITALIER DE LANNION
(Côtes d'Armor)

RECRUTE
PRATICIEN HOSPITALIER
DANS LES SPECIALITES SUIVANTES :

1 médecin interniste | 1 cardiologue | 1 neurologue
1 gynécologue-obstétricien | 2 urgentistes
1 gastro-entérologue | 1 radiologue
1 médecin MPR | 2 gériatres

Temps Plein

Environnement attractif à proximité de la mer
(côte de granit rose)

Pour tout renseignement s'adresser à :
Monsieur le Directeur des affaires médicales Tél. : 02 96 05 71 19 Courriel : sec-affairesmedicales@ch-lannion.fr



BRETAGNE



Le CMPP Claude Chassagny (Convention Collective du 15 mars 1966)

Recrute
Un médecin pédiatre ou psychiatre ou généraliste
avec Du de psychiatrie - CDI à temps partiel - à hauteur maximale de 0,75 ETP

Le travail du médecin directeur s'inscrit dans celui d'une équipe pluridisciplinaire (assistants de service social, orthophonistes, psychologues, psychomotriciens, secrétaires) dont l'orientation théorique est la psychanalyse.

La dimension institutionnelle du travail est une orientation centrale du projet de soin du CMPP.

- Il travaille avec les enfants et les parents dans une visée diagnostique et thérapeutique.
- Il est responsable des traitements et des prises en charge des enfants qu'il reçoit.
- Il préside la réunion de synthèse (animation, organisation et prise de décision).
- Il participe au travail inter partenarial et est en lien direct avec les autres médecins (coordination du projet thérapeutique de l'enfant).

Le médecin directeur participe étroitement à certaines tâches plus administratives de façon à articuler de la manière la plus précise possible l'organisation et le fonctionnement du service à la pratique clinique.

Toute candidature pour un temps inférieur sera étudiée.

Date : Poste à pouvoir immédiatement

Les candidatures (cv et lettre de motivation) sont à retourner à l'adresse suivante :

CMPP Claude CHASSAGNY - Mr AUNIS - 13, rue Edouard Corbière - 29200 BREST

Tél. : 02 98 44 14 18 - cmpp.chassagny@wanadoo.fr



Un CHU jeune et réactif

RECRUTEMENT EN COURS

ANESTHESISTES-REANIMATEURS

Architecture neuve

Rayonnement et attractivité de la Basse vallée du Rhône, Gard jusque l'Ardèche-Lozère

La Recherche comme priorité

60 PHRC en 2010
Plateforme de soutien à la recherche dont deux médicaux writers

Nîmes : bassin de vie de 400 000 habitants

25 mn de Montpellier
2h50 de Paris en TGV
Offre culturelle exceptionnelle, cité Romaine, tradition festive.

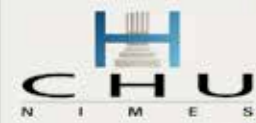
Appellez la Direction
des Affaires Médicales
au 04 66 68 30 11
adjoint.dam@chu-nimes.fr

TEP-Scan
IRM 3 Tesla
BLOC : 20 salles
Robot Chirurgical
Télémédecine
Accélérateurs
de particules
Acupuncture
Hypnose

MEDECINE
CHIRURGIE
REANIMATION
URGENCES
REEDUCATION
GERONTOLOGIE
PSYCHIATRIE

CHU de Nîmes
5000 employés
2000 lits

www.chu-nimes.fr



IRM 3 TESLA - TEP-SCAN
ROBOT CHIRURGICAL
PÔLES D'EXCELLENCE

Le Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Nîmes recrute

un praticien

pour son service de *médecine légale*

Pré-requis :

- DESC de médecine légale et d'expertise ou capacité de médecine légale
- titulaire d'un DU de réparation du dommage corporel et expertise médicale

Activité mixte thanatologique et en victimologie.
Participation à l'astreinte.

UN CHU JEUNE, DYNAMIQUE,
ARCHITECTURE NEUVE
Hôpital récent, parmi
les plus modernes d'Europe
Bloc opératoire polyvalent
5 600 AGENTS - 2 000 LITS

Nîmes : bassin de vie 400 000 hab,
35 minutes de Montpellier,
2h50 de Paris en TGV
Offre culturelle exceptionnelle,
cité romaine, tradition festive.
Entre Cévennes et plages
de Méditerranée.

Appellez la Direction des Effectifs
et Carrières Médicaux au 04 66 68 30 11
ou par email dam@chu-nimes.fr



Le Gard c'est 735 000 habitants pour un département au 4e rang national de la croissance démographique, 5853 km² de superficie, 65 % de nature et d'agriculture. Le Département est doté de 1600 km de cours d'eau, il dispose d'une fenêtre de 23 km sur le littoral. Et offre plus de 13 km de pistes de ski.

Poste à temps
complet en
résidence
administrative
à Nîmes Ouest
(Marcel Sant).

Recherche | Médecin territorial

Agent de catégorie A - Filière médico-sociale - Médecin PMI Chef de Service

Mission(s) principale(s) :

Celles-ci se déclinent sur deux volets, un tronc commun de missions communes aux chefs de service de la Direction de l'UTAS) et des missions spécifiques de la PMI.

Missions :

- Mettre en œuvre des politiques départementales et développer le partenariat.
- Assurer l'encadrement des équipes.
- Assurer la gestion du service.

Profil :

- Compétences techniques : Docteur en médecine ayant acquis :
 - Une expérience dans le domaine de l'enfance et de l'adolescence.
 - Des connaissances approfondies en matière de prévention maternelle infantile et d'actions de santé publique.
 - Une expérience dans la conduite de projet.
- Compétences comportementales :
 - qualités relationnelles affirmées.
 - sens du travail en équipe.
 - capacité à manager une équipe de travailleurs médico-sociaux.

Veillez adresser votre candidature (CV + lettre de motivation + dernier arrêté de situation administrative pour les agents titulaires) à :

- M. le Président du Conseil général
3 rue Guillemette - 30044 Nîmes cedex 9
- ou à : emploi-drh@gard.fr
- Fiche de poste disponible en version complète sur www.gard.fr

Le centre hospitalier de Villefranche-sur-Saône

34 kms de LYON et 42 kms de MACON
646 lits et 1790 personnels médicaux et non médicaux

l'hôpital
NORD
OUEST

Villefranche-sur-Saône
Torane
Trévoux
St Cyr au Mont d'Or

Recherche un médecin généraliste (temps plein ou temps partiel)

Responsable de la prise en charge médicale des patients hospitalisés
en service de chirurgie

• Contact :

Dr Radwan HILMI : 04 74 09 24 56

• Candidatures à adresser à :

Monsieur Benoît VANDAME
Directeur des ressources humaines
Boîte Postale 436 - 69655 Villefranche-sur-Saône Cedex



Saint Vincent de Paul
Médecine Physique et de Réadaptation

Candidature et renseignements auprès de :

Nathalie BOILLLOT
drh@crf-bourgoin.com

Adresse :

38 Avenue du Médipôle
38300 Bourgoin Jallieu
Tél. : 09 71 00 38 48

www.crf-bourgoin.com



Le CRF Saint Vincent de Paul

Bourgoin-Jallieu (30 mn de Lyon et 40 mn de Grenoble et Chambéry)

Recrute

MÉDECIN MPR COORDONNATEUR

Poste CDI à temps plein à pourvoir immédiatement

Le Centre de Rééducation Fonctionnelle Saint Vincent de Paul, association à but non lucratif, récemment ouvert (01/2013) est spécialisé en médecine physique et de réadaptation des affections neurologiques et de l'appareil locomoteur. Il dispose de 50 lits d'HC et de 30 places d'HTP dont 5 pour enfants. Vous rejoindrez une équipe de 3 médecins MPR et travaillerez avec une équipe pluridisciplinaire. Vous bénéficierez d'un plateau technique de 1 500 m² équipé d'un matériel de pointe.

Profil : Docteur en médecine + CES, DES ou DIU. Exp coordination.



Le Groupe VIVALTO SANTE recherche des médecins

Rejoignez la Communauté Médicale Vivalto Santé !

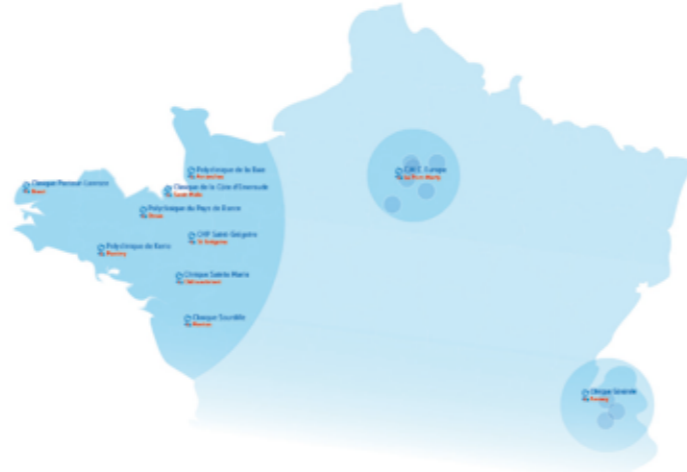
« Vivalto Santé, un état d'esprit incarné dans une gouvernance partagée »
Leader du Grand Ouest dans le domaine de l'Hospitalisation Privée, le Groupe Vivalto Santé est aujourd'hui à la tête d'un réseau de 10 établissements de santé privés, situés en Bretagne, Normandie, Pays de Loire, Ile de France et Rhône Alpes.

L'excellence du soin, le respect du patient, autant de valeurs autour desquelles le Groupe Vivalto Santé construit son réseau d'établissements, sur un maillage territorial régional performant, au service du soin de proximité.

Sur le territoire du Grand Ouest, le réseau dense des établissements permet aux praticiens de travailler éventuellement sur plusieurs établissements du Groupe.

Les équipes médicales de compétence reconnues offrent plus de 40 spécialités médicales et chirurgicales et bénéficient d'un soutien donné à la recherche avec des actions fortes.

Tout praticien qui rejoint le Groupe Vivalto Santé a la possibilité de devenir actionnaire du Groupe et de faire peser sa voix dans les grandes décisions d'investissements stratégiques.



Chiffres Clés :*

- 239 M d'€ Chiffre d'affaires
- 749 Praticiens indépendants
- 10 Établissements
- 1702 Lits et places
- 265 720 Séjours
- 42 000 Passages aux urgences
- 4800 Accouchements
- 2516 Salariés

*Chiffres à fin 2012 à périmètre actuel.

Témoignage :



Dr Cécile RIDEAU,
Anesthésiste réanimateur à la clinique Pasteur Lanroze de Brest

« Après mes études de médecine à Nice et mon internat à l'Hôpital de Strasbourg, j'ai démarré ma carrière en 2005 au CHU de Nice où je suis restée en tant qu'Anesthésiste Réanimateur jusqu'en 2010.

J'ai travaillé à l'hôpital de la Cavale Blanche pendant plus d'un an. Puis, après avoir fait quelques remplacements à la clinique Pasteur, on m'a proposé d'intégrer l'équipe d'anesthésie de la clinique. Connaissant la structure, mon choix était plus simple.

Ce qui est agréable est la réactivité et l'écoute des praticiens. Des circuits de décisions courts et réactifs et une véritable écoute de nos besoins, nous permettent d'exercer notre métier dans d'excellentes conditions. L'organisation des équipes me convient bien et le fait que le Groupe Vivalto Santé soit un Groupe sérieux, solide, reconnu en Bretagne est un gage de réassurance qui m'a plu.

Les médecins sont entendus et écoutés et les Comités de Direction Médicale sont des instances qui nous permettent d'être associés aux décisions. La complémentarité des compétences est un facteur d'efficacité que j'apprécie. Enfin la polyvalence des équipes, jeunes et dynamiques, ouvertes à la discussion est une motivation supplémentaire.

La démarche d'ouverture vers l'hôpital public se concrétise en particulier par la possibilité d'accueillir des internes de différentes spécialités issus du CHU et c'est une formidable expérience qui enrichit chacun de nous. »

Vous souhaitez nous rejoindre ?

<http://www.vivalto-sante.com/>

Contacts & Renseignements :

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

Tél. : 02 23 25 31 07
Dr Emmanuel Briquet
ebriquet@vivalto-sante.com



Site web

Qui accompagne tous les professionnels de la santé tout au long de leur vie professionnelle et personnelle ?

3233⁽¹⁾ ou macsf.fr

Notre engagement, c'est vous.



(1) Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé. MACSF assurances - SIREN n° 775 665 631 - SAM - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 PUTEAUX



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.

Le Centre Hospitalier comprend plus de 1000 salariés dont plus de 60 médecins, 4 pôles cliniques, des activités diversifiées (MCO, urgences, SSR, SIR, centre de réadaptation neurologique, psychiatrie intra et extra de l'Ariège, EHPAD) et un plateau technique complet avec laboratoire, pharmacie et scanner.

Adresser CV et lettre de motivation à :

• Mr GUILLAUME.D

Directeur des Ressources Humaines
Centre Hospitalier Ariège Couserans
BP 60111

09201 SAINT GIRONS CEDEX

Ou par mail :

secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr

Pour tout renseignement sur le poste de gériatre :

• Contact DR DEL MAZO
Chef du pôle Réadaptation Handicap
Gériatrie
Tél. : 05 61 96 21 89

RECHERCHE

UN GERIATRE

temps plein - ou médecin souhaitant se former à la spécialité gériatre dans une unité cognitive comportementale participation aux consultations mémoire équipe dynamique

ET UN MÉDECIN

GÉNÉRALISTE REMPLAÇANT

Pour service médecine de mai à septembre 2014

Centre hospitalier du val d'Ariège



Etablissement pivot de territoire de 341 lits et places en MCO, situé au pied des Pyrénées et à 40 mn au sud de Toulouse.

Activité : 30 000 passages aux urgences, 1 100 accouchements, 7 500 patients par an au bloc chirurgical.

Plateau technique : bloc central avec 8 salles d'opération dont 1 salle d'endoscopie, 1 bloc obstétrical (2 salles d'accouchement et 2 salles de pré-travail, réanimation médico-chirurgicale (12 lits), 14 postes de dialyse, scanner, IRM, télé-médecine.

RECRUTE DES PRATICIENS A TEMPS PLEIN OU A TEMPS PARTIEL
DANS LES SPECIALITES SUIVANTES :

Anesthésiste réanimateur | Gynécologue obstétricien
Gynécologue chirurgical (carcinologie)
Radiologue | DIM
Ophtalmologue (orientation chirurgicale)

Adresse postale : BP 90064 – 09017 FOIX CEDEX
E-mail : direction@chi-val-ariège.fr

Profils de poste consultables sur le site internet de l'établissement : www.chi-val-ariège.fr



Le confort du site et notre environnement vont vous séduire !

Le SIST du Tarn vous invite à intégrer son équipe pluridisciplinaire du sud du département (Castres-Mazamet), dans des locaux agréables et équipés au pied de la Montagne Noire.

Médecin du travail diplômé

vous exercerez à temps plein ou à temps partiel dans une région où il fait bon vivre et où se mêlent histoire, culture, sport et gastronomie, à 1h de la mégapole Toulousaine et à moins de 2h de la Méditerranée et des Pyrénées.

Notre équipe, étoffée d'assistants médicaux et techniques, d'infirmières et d'IPRP confirmés, vous accompagnera dans la réalisation de votre mission.

Un salaire d'embauche attractif, des avantages sociaux déjà acquis : véhicule de service, prévoyance collective et complémentaire santé avantageuse, jours de RTT, aide à l'installation et primes diverses...

Rejoignez-nous :

Florence FABRE - Directrice SIST-Tarn

Siège Social

32, chemin des Coquelicots - 81012 ALBI Cedex 9
Tél. : 05 63 38 88 70 ou 05 63 59 47 77
Mail : f.fabre@sisttarn.fr

LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT QUENTIN



- Établissement de référence du territoire de santé Aisne-Nord/Haute-Somme, il représente 59% des capacités en lits et places de médecine, chirurgie et obstétrique de ce secteur.
- un plateau technique complet récemment reconstruit dont 1 bloc polyvalent avec 12 salles d'opération, 1 salle de surveillance post-interventionnelle de 25 postes, 5 salles de radio, 2 scanners et 1 IRM, 2 accélérateurs de particules avec collimateurs multilames, 1 plateau technique de rééducation, équipement de lithotricie.

RECRUTE

UN MÉDECIN QUALIFIÉ EN RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE

UN CHIRURGIEN UROLOGUE

Pour tout complément d'information, contacter :

M. le Dr LAYA - Président de la CME - Mail : z.laya@ch-stquentin.fr - Tél. : 03 23 06 72 07

Adresser candidature et cv. :

M. le directeur - BP 608- 02321 ST QUENTIN CEDEX

Mail : directiongenerale@ch-stquentin.fr - Tél. : 03 23 06 73 40



Centre Hospitalier Philippe Pinel Etablissement Public de Santé Mentale à Amiens, ville universitaire en Picardie - 1h15 de Paris et de Lille

Implanté sur un vaste terrain de 34 hectares situé à Amiens, le Centre Hospitalier Philippe Pinel est chargé de la prise en charge des maladies mentales dans les quatre secteurs géographiques qui lui sont rattachés. Sa capacité d'accueil est de 357 lits et de 354 places en extra-hospitalier.



L'établissement recrute :

Postes à temps plein

DES MÉDECINS PSYCHIATRES

dans différents services de l'établissement ainsi qu'au Service Médico-Psychologique Régional situé dans les locaux de la Maison d'Arrêt d'Amiens.

Contact : Madame le Docteur YON - Responsable de l'Unité de Psychiatrie Adulte - Tél. : 03 22 66 89 64 - Mail : v.yon@ch-pinel.fr

Adresser candidature à : Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier Philippe Pinel - Route de Paris - 80044 AMIENS Cedex 1



LE CH DE LE NOUVION EN THIERACHE RECRUTE

UN GERIATRE OU MEDECIN GENERALISTE

Pour le service de médecine (médecine, soins palliatifs), et soins de suite et réadaptation, spécialité médecine générale et gériatrique.

Poste vacant.

Personne à contacter : Mme DE NARDA - Secrétariat de Direction
secretariat.direction@ch-lenouvion.fr



CLINIQUE VICTOR PAUCHET

300 Lits en Médecine - Chirurgie - Obstétrique
Au sein d'un pôle Hospitalier Privé dynamique
A Amiens, à 1h15 de Paris et de Lille

Dans le cadre du renforcement de ses équipes médicales
Notre établissement propose installation en secteur libéral:

Un Médecin pneumologue, ancien interne des hôpitaux ou ancien chef de clinique - assistant
Un Médecin radiologue, imagerie conventionnelle et vasculaire

Votre projet nous intéresse:

Contact: Direction Groupe Santé Victor PAUCHET
Docteur Philippe BOISSELIER
ph-boisselier@pauchet.com
03 22 33 71 38



Depuis 1897, notre vocation, soigner

Clinique Victor PAUCHET - Amiens
CRF des 3 Vallées - Corbie
SAS Cardiologie & Urgences - Amiens
Centre SSR Henriville - Amiens
HADOS - Corbie
Crèche Philéas - Amiens



Centre Hospitalier d'Embrun

(Hautes-Alpes - 05200)

RECHERCHE UN MEDECIN TEMPS PLEIN

Affectation sur :

- Unité de court séjour (14 lits) en activité partagée avec un autre PH.
- Unité de soins de suite et de réadaptation (20 lits) en activité partagée avec un autre PH.
- Consultation pré et post hospitalière.

Contacts :

- Docteur Séverine POSTAIRE - Chef de pôle
Tél. : 04 92 43 73 00 poste 7713 (ligne directe)
- Docteur Danièle BENOIT - Responsable de structure
Tél. : 04 92 43 73 35 (secrétariat)
- Mail : s.postaire@ch-embrun.fr

Poste à pourvoir à compter du 1^{er} septembre 2014 pour six mois avec possibilité de renouvellement.

UN MEDECIN TEMPS PLEIN

Affectation : Service d'accueil des urgences.

Contacts :

- Docteur Danièle BENOIT - Responsable de structure
Tél. : 04 92 43 73 36 poste 7713 (ligne directe)
- Mail : d.benoit@ch-embrun.fr

Poste à pourvoir à compter du 1^{er} septembre 2014 pour six mois avec possibilité de renouvellement, remplacement d'un congé parental

- Autres contacts pour les deux propositions :
- Monsieur François-Xavier BEAVOGUI - Directeur
 - Madame Véronique GENSUL - Aff. Médicales
 - Tél. : 04 92 43 75 07 (73 03 ou 73 02 secrétariat)
 - Tél. : 04 92 43 73 01

Informations diverses :

- Recrutement en qualité de praticien contractuel à temps plein (100 %)
- Possibilité de logement sur le site de l'établissement
- Rémunération fixée en application de l'article R6152-416 du code de la santé publique



L'Hôpital A Domicile d'Avignon et de sa Région
(HADAR)
Association Loi 1901 - 140 places



Recrute Pour son service d'Hospitalisation à Domicile (HAD)

1 MÉDECIN COORDONNATEUR H/F - CDI - Temps partiel (0,50 ETP)

Le poste :

- Contribuer par son action à la qualité de la prise en charge sanitaire.
- Elaborer et mettre en œuvre avec le concours de l'équipe soignante.
- Organiser le fonctionnement médical de la structure dans le respect.
- Veiller notamment à l'adéquation et à la permanence des prestations et médico-sociale en favorisant une prescription coordonnée des différents intervenants adaptée aux besoins des patients et des professionnels de santé libéraux.

Organisation du travail : poste assuré alternativement avec deux autres médecins coordonnateurs à temps partiel.

Salaire : Selon convention FEHAP 51 - 2200 à 2700 € bruts mensuels selon ancienneté.

Pour tous renseignements et candidatures :
1525, Chemin du Lavarin - BP 863 - 84 083 Avignon Cedex 2
rh@hadar.fr - 04 90 13 47 40

La clinique Saint Martin recrute

Un médecin de médecine physique et réadaptation

Temps plein, chef de service

pour prise en charge d'un service de 40 lits de patients neurologiques (AVC essentiellement).

Ce poste est disponible dès à présent.

La clinique recherche également

Un médecin généraliste

Temps plein dans le cadre d'un CDD.

Ce poste est à pourvoir dès à présent.



Pour tout renseignement merci de contacter :
le Docteur CURALLUCCI au 04 91 27 33 34
ou par mail : curallucci@clinique-saint-martin.fr



LA CLINIQUE DE L'EUROPE - ROUEN RECRUTE,

Pour son département MCO

- Un chirurgien ophtalmologue libéral
- Un chirurgien ORL libéral
- Un médecin interniste temps plein en CDI

Pour son département de rééducation

- Un médecin MPR temps plein en CDI

www.clinique-europe.fr

Contact : Marie-José Leveillard - 02 32 18 14 99 - 02 32 18 14 66 - mj.leveillard@clinique-europe.com
73 Boulevard de l'Europe, 76100 Rouen



Agence de Santé
Guadeloupe
Saint-Martin
Saint-Barthélemy

La Guadeloupe recherche des Médecins pour son offre de soins

Les établissements publics de santé de la Guadeloupe recherchent des médecins spécialistes notamment

**PSYCHIATRES • RADIOLOGUES
NÉPHROLOGUES • GÉRIATRES**

Contact :

jean-claude.lucina@ars.sante.fr

Tél. : 05 90 99 49 01 ou 02

Par ailleurs, de nombreuses communes manquent de

MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Contact :

alain.philibert@ars.sante.fr

Tél. : 06 90 41 18 43



LE CENTRE HOSPITALIER DE BASTIA RECRUTE DES MEDECINS SPECIALISTES



Chiffres Clefs
1400 professionnels non-médicaux
160 médecins
Sur une année :
20 000 hospitalisations
32 000 passages aux urgences
85 000 consultations externes
Plus de 1000 naissances

Établissement public de santé de référence du département de la Haute-Corse, le Centre Hospitalier de Bastia a pour mission d'assurer le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes au service d'une population de 170.000 habitants.

Il participe à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire, en lien avec l'Agence Régionale de Santé de Corse.

Le Centre Hospitalier de Bastia est organisé en 7 pôles d'activités cliniques, médico-techniques et administratifs regroupant plusieurs structures internes. Cette nouvelle organisation a pour objectifs le décloisonnement entre les fonctions et les logiques médicales, administratives et soignantes et la responsabilisation des acteurs par la diffusion de la culture médico-économique et l'appropriation des outils de pilotage.

Recherche en ce moment : 1 PEDIATRE TEMPS PLEIN (PH titulaire, PH contractuel ou assistant)

Le service de pédiatrie de CH BASTIA propose un poste avec expérience en réanimation néonatale. Activité variée de pédiatrie générale, urgence, maternité et néonatalogie. Le service comporte 18 lits de Pédiatrie et 7 lits de néonatalogie dont 2 de soins intensifs, Maternité niveau II B à titre dérogatoire car astreintes opérationnelles (1200 accouchements/an). Cadre de vie très agréable.

Merci de contacter le bureau des affaires médicales au :
04 20 00 40 31 ou par mail au sandra.raganaud@ch-bastia.fr

Candidatures par courrier au :
Centre hospitalier Centre Hospitalier de Bastia (Bastia) - BP 680 20604 Bastia cedex



L'ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE MENTALE DE LA MARTINIQUE (plus de 200 lits) 14, Km route de Balata - 97261 Fort-de-France cedex

RECHERCHE PSYCHIATRES TEMPS PLEIN (H/F)

Pour renforcer son équipe médicale intra et extra-hospitalier, psychiatrie adulte et pédopsychiatrie :

Rémunération base métropole + 20%

Prise en charge du billet d'avion

Possibilité de location de véhicule et d'hébergement durant 1 mois

Dr BOTTIUS : 06 96 23 38 35

Pour tout renseignement sur les conditions d'emploi, contacter :

La Direction des Ressources Humaines

Tél. : 05 96 48 86 93 ou 05 96 48 89 70 - Fax : 05 96 48 70 36



Candidature accompagnée du CV, des titres et diplômes à adresser à :


Madame la Directrice de l'EPDSM

Centre Hospitalier de COLSON

14 km, route de Balata - BP 631

97261 Fort-de-France cedex

direction@ch-colson.fr et linda.avit@ch-colson.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE (GUYANE)
RECHERCHE DES MÉDECINS H/F

Urgences (Urgences/SAMU/SMUR) | Anesthésie Réanimation
Radiologie | ORL | Soins palliatifs
Laboratoire Polyvalent à orientation Hématologie

Conditions de recrutement :

- Rémunération intéressante + majoration de 40% (dite indemnité de cherté de vie).
- Prise en charge du billet d'avion et prise en charge du déménagement selon statut.
- Mise à disposition d'un logement et d'un véhicule pendant 1 mois.
- Congés bonifiés pour les PH.
- Dispositif de FMC dynamique.

Pour tout contact :
 merci de contacter la Direction des Affaires Médicales :

- afm@ch-cayenne.fr
- au 05 94 39 51 26
- ou par voie postale :

Rue des Flamboyants - BP 6006 - 97306 CAYENNE CEDEX

LA CLINIQUE SAINT PAUL À CAYENNE (GUYANE)

Conjuguez Art de Vivre et Modernité....

Hôpital privé
 Saint Paul



RECHERCHE CINQ MÉDECINS SPÉCIALISTES

(Conditions de rémunération très attractives)

• Un médecin neurologue libéral •

- Prise en charge de l'HDJ neuro et de unité de stimulation cognitive (30 euros/jour/patients).
- Prise en charge des patients neurologique du service de SSR (15 euros/jour/patients).
- Prise en charge des patients de service de médecine (tarif sécurité sociale).
- Prise en charge de la consultation mémoire/forfait libéral de 5 000 euros par mois.
- Consultation libérale sur place (location d'un box : 450 euros par mois).
- Expérience des maladies dégénératives souhaitée pour la prise en charge de la consultation mémoire et de l'unité de stimulation cognitive.
- Astreinte : 300 euros la semaine, 600 euros WE et jours fériés.
- Sur la Clinique, revenu d'environ 12 000 euros par mois + consultations libérales + actes (redevances de 10% sur les actes).
- Avantage fiscal d'une installation en Guyane (Zone de revitalisation rurale).

• Un médecin cardiologue libéral •

- Prise en charge de l'HDJ rééducation cardiaque : 12 patients par jour.
- Consultation libérale sur place (cabinet avec ECG, échocardiographie et épreuve d'effort), redevance de 25% sur épreuve d'effort, échocardiographies redevance de 10% sur les consultations externes et ECG pas de redevance sur les consultations externes si location d'un box : 450 euros par mois.
- Avis spécialisée dans les services.
- Astreinte : 300 euros la semaine, 600 euros WE et jours fériés.
- Possibilité de coro diagnostique en partenariat avec l'hôpital.
- Sur la Clinique, revenu d'environ 10 000 euros par mois + consultations libérales + actes (redevances de 10% sur les actes, hors écho et épreuve d'effort).
- Avantage fiscal d'une installation en Guyane (Zone de revitalisation rurale).

• Un médecin MPR libéral •

- Prise en charge de 40 patients (uniquement partie rééducative), 15 euros/jour/patient.
- Consultation libérale sur place (location d'un box : 450 euros par mois).
- Astreintes non obligatoires : 300 euros la semaine, 600 euros WE et jours fériés.
- Sur la Clinique, revenu d'environ 13 000 euros par mois + consultations libérales + actes (redevances de 10% sur les actes).
- Un ou des diplômes complémentaires sont les bienvenus.
- Avantage fiscal d'une installation en Guyane (Zone de revitalisation rurale).

• Un médecin gériatre libéral •

- Prise en charge d'un service de SSR gériatrie : 20 patients par jour.
- DU prise en charge de la douleur et DU soins palliatifs sont un plus.
- Prise en charge de patient en HAD : 20 patients par jour.
- Astreintes non obligatoires : 300 euros la semaine, 600 euros WE et jours fériés.
- Consultation libérale sur place (location d'un box : 450 euros par mois).
- Sur la Clinique : revenu d'environ 13 000 euros + consultations libérales + actes (redevances de 10% sur les actes).
- Avantage fiscal d'une installation en Guyane (Zone de revitalisation rurale).

• Un médecin endocrinologue en libéral •

- Un médecin endocrinologue en libéral ou un médecin titulaire d'un DESC de nutrition.
- Prise en charge du service de SSR endocrino (Hôpital de jour et Hospitalisation complète) et prise en charge de l'unité de prise en charge des obésités.
- Environ 30 patients par jour, 15 euros/jour/patient.
- Avis spécialisés pour l'établissement.
- Bonne expérience du diabète nécessaire.
- Astreintes non obligatoires rémunérées : 300 euros la semaine, 600 euros WE et jours fériés.
- Consultation libérale sur place (location d'un box : 450 euros par mois).
- Sur la Clinique, revenu de 12 000 euros par mois environ + consultation libérales + actes (Redevances de 10% sur les actes).
- Avantage fiscal pour une installation en Guyane (Zone de revitalisation rurale).
- Location d'un box : 450 euros par mois.

Pour postuler

CV et lettre de motivation sont à adresser au Dr Jean - Marc PIERROT
 Hôpital Privé SAINT PAUL - 2068 route de la Madeleine - 97 300 CAYENNE
 Fax : 05 94 39 03 30 - Mobile : 06 94 28 90 68 (Pas de message vocal, SMS uniquement) - Mail : recrutementmedecin@hpsp.fr



Votre avenir professionnel ?
Imaginez-le aux Hôpitaux Universitaires de Genève....
... et rejoignez demain le premier groupe hospitalier de Suisse

Les HUG recrutent pour divers départements DES MEDECINS CHEF(FE)S DE CLINIQUES AVEC OU SANS TITRE DE SPECIALITE De 50% à 100%

Laissez-vous tenter par une expérience professionnelle enrichissante dans un cadre de vie associant les plaisirs urbains aux loisirs de la montagne et du lac.



Pour connaître nos offres d'emploi : www.hug-ge.ch - rubrique offres d'emploi
Pour déposer votre candidature spontanée : www.hug-ge.ch - Rubrique candidatures spontanées

LA FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE PRÉSENTE
HopitalExpo, Health-ITExpo et GerontHandicapExpo :

LES
DE LA
ET DE L'
**SALONS
SANTÉ
AUTONOMIE**



**20-22
MAI 2014**
PARIS - PORTE DE
VERSAILLES - PAVILLON 1



**LE SALON DES EXPERTISES
POUR LE MONDE HOSPITALIER** MATÉRIELS,
ÉQUIPEMENTS, TECHNOLOGIES ET SERVICES.

HopitalExpo offre un regard neuf sur le monde de la santé au sens large : Innovations, enjeux, débats, retours d'expériences... le rendez-vous unique des décideurs du monde hospitalier.

HopitalExpo se déroule dans le cadre des SALONS DE LA SANTÉ ET DE L'AUTONOMIE.
POUR EXPOSER, VISITER, S'INFORMER : www.salons-sante-autonomie.com

→ **RESTONS CONNECTÉ !**
www.salons-sante-autonomie.com





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*

*Tous contrats APPA sont distribués par Ressources France - SAS au capital de -41 024 € RCS (PARIS) N° 41 8936 789 - APE 66202 - Immatriculation OJIAS 07002783 - www.orias.fr - Organisme de contrôle pour toute réclamation: ACHR - A1, rue Lathouil - 75438 Paris Cedex 19

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