

LE MAG DE L'INPH

1^{er} INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

N° 12

AVRIL
2018

QUADRIMESTRIEL
GRATUIT

**UN PAS DE CÔTÉ :
LE CONTRÔLE DE LA PROPORTIONNALITÉ DES
SANCTIONS DISCIPLINAIRES INFLIGÉES AUX PH**

**CHRONIQUE D'HÔPITAL :
QU'EST-CE QUE LA CVH ?**

**DOSSIER :
HÔPITAL ET DÉMOCRATIE :
SUJET OU OBJET ?**

WWW.INPH.ORG



1^{ER} INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

BUREAU

Présidente
Dr Rachel BOCHER
(CHU de Nantes)

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

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

Secrétaire Général
Dr Jamil AMHIS
(FPS - Créteil)

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

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

Trésorier
Dr Olivier DOUAY
(SNPH - CHU - Angers)

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

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

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

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

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

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

16 SYNDICATS POUR VOUS DÉFENDRE

SNPH-CHU Syndicat National des PH de CHU Président : Dr J.M. BADET	SNPEH Syndicat National des Pédiatres Des Etablissements Hospitaliers Président : Dr J.L. CHABERNAUD
SYNPPAR Syndicat National des Praticiens Hospitaliers à Temps Partiel Président : Dr A. ORGIBET	FPS Fédération des Praticiens de Santé Président : Dr P. TRUJILLO
SPEEP Syndicat des Médecins Exerçant en Milieu Pénitentiaire Président : Dr E. CHAIGNE	SYNPREFH Syndicat National des Pharmaciens Des Etablissements Publics de Santé Présidente : Dr M. JOUANNET
CNAH Confédération Nationale des Assistants des Hôpitaux Président : Dr J.M. FARNOS	SNHG Syndicat National Des Hôpitaux Généraux Président : Dr A. JACOB
SNMInf Syndicat National des Maladies Infectieuses Président : Dr H. AUMAÎTRE	SNHU Syndicat National Des Hospitalo-Universitaires Président : Dr B. DIQUET
SPEP Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public Président : Dr M. TRIANTAFYLLOU	SNOHP Syndicat National des Odontologistes Des Hôpitaux Publics Président : Dr E. GERARD
SPHPF Syndicat des Praticiens Hospitaliers de Polynésie Française Président : Dr M. LEVY	SCPF Syndicat des Chirurgiens Pédiatres Français Président : Dr H. LEHORS
SMPHNC Syndicat des médecins et pharmaciens de Nouvelle Calédonie Président : Dr E. MANCEL	SNPHU Syndicat National des Professeurs Hospitalo-Universitaires Président : Pr P. GOUDOT

16 SYNDICATS QUI VOUS ATTENDENT

SOMMAIRE N°12



04 ÉDITORIAL

INFORMATION

06 Les News / Les Views

La démocratie à l'hôpital :
Une utopie au quotidien ?

09 Un pas de côté

Le contrôle de la proportionnalité des
sanctions disciplinaires infligées aux
praticiens hospitaliers par le Directeur
général du Centre national de gestion

RÉFLEXION

11 Chroniques d'hôpital

Qu'est-ce que la CVH ?

16 Dossier

Hôpital et Démocratie :
Sujet ou objet ?

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 20 000 exemplaires. Fabrication et impression en UE.
Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation
de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls
responsables du contenu de leur annonce.

CONSTRUCTION

35 Interview

Rencontre avec Edouard Couty,
Conseiller maître honoraire à la Cour
des Comptes, ancien DHOS

ANNONCES

40 Les annonces de Recrutement



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

LE MAG DE L'INPH

1^{er} INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

Édition quadrimestrielle

ISSN : 2274-7575

Directeur de Publication D^r RACHEL BOCHER

Rédactrice en chef D^r ANTOINETTE BERNABE GELOT

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

LA DÉMOCRATIE EN DANGER ?

Le constat est clair, connu, médiatisé et partagé. Parmi les professionnels de santé la souffrance est croissante. Il n'y a pas une semaine où malheureusement les médias ne se fassent l'écho des souffrances des soignants. Cette médiatisation peut être une bonne chose qui sonnerait comme la fin de l'omerta, gommant le déni. Les patients souffrent et leurs soignants aussi - praticiens femmes ou hommes - comme ni dieux ni héros ; juste des humains.

Parlons plutôt de colosses par rapport au volume considérable de savoirs que nous avons acquis au fil des années, mais hélas des colosses aux pieds d'argile.

De ces difficultés naissent des incompréhensions, des conflits, des freins à notre exercice quotidien. Car l'exercice hospitalier est spécifique.

En attestent les 7 réformes qui en 20 ans ont fait évoluer le rôle, la place et le pouvoir du médecin avec quatre déterminants :

1. Les patients en attente d'un rééquilibrage des relations.
2. La transition épidémiologique et l'explosion des maladies chroniques qui fait que nous ne sommes plus dans le curatif, le cure, mais davantage sur le care.
3. La modification du profil des professionnels. On parle beaucoup aujourd'hui de l'indispensable recherche de l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle qui se profile depuis quelques années chez les médecins, mais davantage sur la recherche d'une reconnaissance accrue des professionnels de santé. Une reconnaissance de leurs compétences au sein d'un collectif soignant qui, aujourd'hui, est en perte d'identité, voire en perte de repères parce que soumis à des institutions qui sont contraintes, à des logiques comptables le plus souvent éloignées des pratiques de soins ou des valeurs du service public hospitalier. Mais aussi par rapport au profil des professionnels. En effet la demande des professionnels est d'accéder à des passerelles professionnelles ou à des parcours plus souples avec une porosité dans la carrière.
4. L'évolution des savoirs et des technologies, toujours en croissance et qui expose le praticien hospitalier à des risques majeurs, d'une part, la submersion des données et des savoirs toujours plus nombreux et, d'autre part, la surenchère des savoirs avec le risque d'une dévalorisation, d'une mésestime de soi.

L'INPH exige des actes, vite, pour que l'hôpital redevienne un lieu d'épanouissement pour ses professionnels, un lieu de progrès et de liberté...

EDITO

Au cœur de ces évolutions, de ces révolutions, le fonctionnement est convoqué avec en premier rôle, celui de la démocratie.

Notre numéro 12 du MAG INPH a choisi ce thème, car le ressenti de la gouvernance hospitalière s'éloigne de l'universel et indigne là où elle devrait rassembler.

Les valeurs de l'hôpital public reposent sur l'alliance difficile du métier, de l'Art et du fonctionnement.

Entre les praticiens, seule l'autorité fonctionnelle prévaut.

Voilà pourquoi l'INPH est parti à la recherche de la démocratie perdue, en quête de réhabilitation, face à une demande réactivée par le nombre exponentiel des contentieux

Le témoignage d'un usager dans ce numéro est de ce point de vue essentiel, primordial.

Sans cesse il nous faut rappeler ce qu'est devenue une CME : une foire d'empoigne ? Une chambre d'enregistrement ? Ou un simple reflet du management actuel ?

Au moment où le Président de la République fait part de très prochaines annonces et initiatives en faveur de l'hôpital, marquant sa volonté pour une stratégie nationale de santé, nous formons le vœu que les Pouvoirs Publics aient pris la totale mesure du mal-être et du malaise qui s'abattent sur nos exercices, mettant en péril la qualité de nos pratiques.

L'INPH exige des actes, vite, pour que l'hôpital redevienne un lieu d'épanouissement pour ses professionnels, un lieu de progrès et de liberté par effet miroir d'une société qu'il faudra bien réconcilier.

Laissons Cassandra et convions l'optimisme.

La démocratie hospitalière retrouvera son plein exercice et la concorde prévaudra.

Utopie ?

Non, urgence.

Le Président de la République semble en avoir pleinement conscience, et fait part de décisions importantes.

Pas de saupoudrage cette fois, ni même d'une 8^{ème} et improbable réforme, mais des actions en profondeur.

Fin mai prochain ?

Nous attendrons, nos patients aussi.

Peut-être.

**Présidente de l'INPH
Dr Rachel BOCHER**



LA DÉMOCRATIE À L'HÔPITAL

UNE UTOPIE AU QUOTIDIEN ?

NEWS

Bonjour, je m'appelle DEMOS...



Je suis PH
J'voudrais bien réussir ma vie,
être aimé, être beau,
gagner de l'argent,
Puis surtout être indépendant
Mais pout tout ça y faudrait que je
milite à plein temps...

Je manifeste toujours tout seul. Au reste mes idées sont trop originales pour susciter l'adhésion des masses bêtantes ataviquement acquises aux promiscuités transpirantes et braillardes inhérentes à la vulgarité du régime démocratique imposé chez nous depuis deux siècles par la canaille régicide.

(P. Desproges)



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

QUELQUES DÉFINITIONS OU RAPPELS

Démocratie du grec « demos » peuple et kratos « pouvoir, autorité » le pouvoir du peuple.

Abraham Lincoln y a joutera « Le pouvoir du peuple par le peuple pour le peuple »;

Emmanuel Kant : « La vie démocratique suppose un état de droit dans lequel la loi est la même pour tous

Jean-Louis Barrault : « La dictature c'est ferme ta gueule, la démocratie c'est cause toujours ! ».

Pour l'ensemble des régimes démocratiques, on retrouve les grands principes définis par Montesquieu en son temps :

- ☒ 3 pouvoirs Exécutif, Législatif, Judiciaire.
- ☒ Séparation complète entre ces 3 pouvoirs dont les rôles doivent rester équilibrés.
- ☒ Des corps intermédiaires reconnus et représentatifs du « peuple » dont font partie les syndicats professionnels.

Le contexte particulier de l'hôpital :

- ☒ Une réglementation draconienne.
- ☒ Des contraintes financières majeures.
- ☒ Une exigence permanente de qualité.
- ☒ Une multitude de métiers.
- ☒ Une responsabilité ultime de nature médicale.

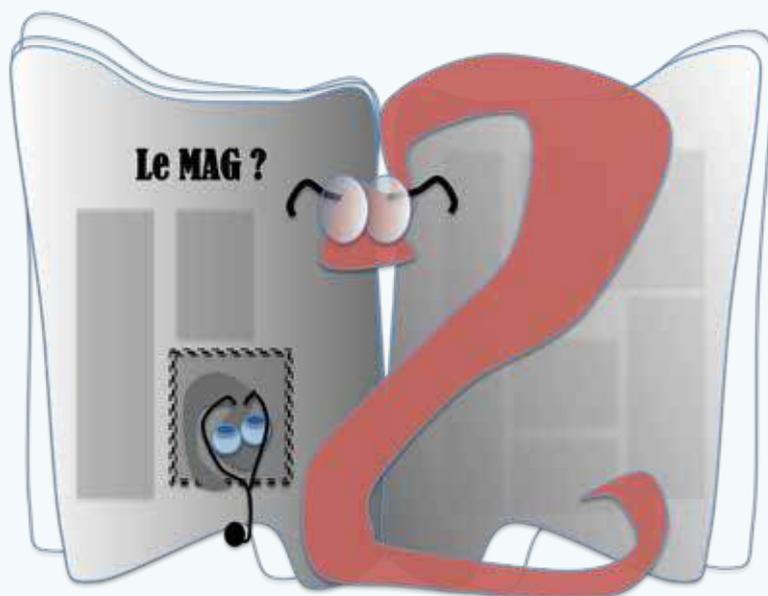
Dans un tel contexte, il paraît bien difficile de satisfaire au « désir » démocratique de chacun :

- ☒ La démocratie s'exercera donc par l'intermédiaire d'instances, le plus souvent consultatives et informatives, tentant de représenter au mieux « chaque peuple », d'influer lors de la conception de la Loi, assurer un contrôle de sa mise en œuvre et participer aux instances de recours et de défense du « peuple ».
- ☒ Ainsi, pour le personnel paramédical et technique, on retrouvera un comité technique d'établissement (CTE) et un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).
 - Composés de représentants syndicaux élus.
 - Au pouvoir législatif modéré en raison d'un fort encadrement législatif national concerté au sein du Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière.
- ☒ Pour les praticiens hospitaliers, la mise en œuvre de cette représentation est plus complexe. D'aucuns auraient souhaité qu'existe un vrai CHSCT médical, mais en fonction de la taille des établissements, difficile de trouver au sein de chacun un ou plusieurs médecins susceptibles de s'investir avec compétence dans une telle mission.
 - C'est pour cette raison que l'instance représentative est déportée au niveau régional : La commission régionale paritaire des PH (dont vous retrouverez le rôle expliqué sur le site de l'INPH ⁽¹⁾).
 - A nous tous d'en faire un vrai lieu de la démocratie hospitalière.

1. <https://lc.cx/PVIT>

VIEWS

**...Bonjour,
moi c'est
KRATOS**



**Et partout dans le CHU
J'veux qu'on fasse avec moi
Que je sois PH ou PU,
Qu'on entende ma voix
Qu'on m'écoute,
Qu'on ne me lâche plus
Qu'on s'arrache mon point de vue...**

**Librement inspiré de « Le chanteur »
D. Belavoine, 1978**

La commission médicale d'établissement se veut le lieu représentatif de l'ensemble des médecins d'un établissement. Il devrait s'agir d'une instance de concertation à vocation législative, faisant remonter au directoire (l'instance exécutive) ses propositions. Elle souffre cependant d'un nombre de défauts inhérents au mode de désignation de ces représentants.

- ☒ Les membres ne sont pas à 100 % élus et comportent un nombre non négligeable de membres de droit, les chefs de pôle.
 - Il y a là une première entorse à la notion de séparation des pouvoirs. En effet, le chef de pôle intervient comme responsable fonctionnel du pôle et donc de l'exécutif.
- ☒ Dans les CHU, la volonté affichée d'une représentation à proportion identique d'hospitalo-universitaires (HU) et d'hospitaliers, si elle est le fait des membres élus, perd toute sa logique en raison de la présence des chefs de pôle dont, en CHU, la quasi-totalité sont des hospitalo-universitaires.
 - De même, comment une instance censée représenter la totalité de la communauté médicale puisse ne pas permettre à un de ses membres d'en être le président au simple fait qu'il n'est pas HU et d'en limiter la possibilité qu'à l'absence de candidat HU déclaré.
- ☒ Même si les compétences des CME sont, suite au décret du 20 septembre 2013⁽²⁾ revenues approximativement au niveau auxquelles elles étaient avant la mise en œuvre de la Loi HPST, le poids législatif de la CME reste faible face au pouvoir exécutif. Même si le président de CME est vice président du Directoire, il ne possède aucun droit de véto ou de blocage sur une décision prise dans cette instance, d'autant plus que les membres du directoire sont nommés par le Directeur (Article D6143-35-2 du code de santé publique)⁽³⁾.

Il est une forme de démocratie très en vogue actuellement, la démocratie participative qui place les instances d'information, de consultation, de débat et de proposition au plus près du citoyen.

- ☒ Cette tentative a été menée il y a de nombreuses années et les plus anciens d'entre nous se rappellent l'émergence de conseils de service qui, en raison d'une représentation utopique de tous les métiers du service, se sont vite révélés totalement inefficaces.
- ☒ Lors de la création des pôles, le souvenir de cet échec a conduit à ne pas rechercher à ce niveau une instance de dialogue et de concertation. Gros-

sière erreur sans doute, en particulier pour le corps médical qui n'a pas su imposer un conseil médical de pôle, de nature législative, pouvant influencer sur le contenu du contrat de pôle et faisant remonter ses propositions à l'instance exécutive constituée du chef de pôle, du cadre de santé et de l'attaché de gestion.

- ☒ Peut-on redonner du pouvoir aux praticiens d'un pôle si c'est eux qui désignent le chef de pôle et en proposent le nom à la communauté médicale ? Le débat est ouvert.

La création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) en augmentant la taille des établissements et des effectifs concernés risque fort de réduire d'autant la démocratie au sein de ces regroupements d'établissements.

- ☒ Le législateur avait voulu placer le projet médical partagé au centre de la création de ces GHT. Le politique et l'administratif ont vite passé outre et constitué, sans véritable concertation des personnels de ces établissements, les GHT définitifs. L'exécutif n'a pas respecté l'équilibre face au législatif, mais qui ira vers le 3^e pouvoir, la justice et pour ce qui nous concerne le tribunal administratif. Qui peut dire s'il obtiendrait gain de cause ? Là encore, le débat est ouvert.
- ☒ De plus la mise en place d'une CME ou d'un comité médical de GHT va un peu plus éloigner les praticiens des lieux d'information, de concertation et de dialogue.
- ☒ Dans ce cadre d'une organisation territoriale centrée sur les nouvelles régions administratives, c'est là encore les commissions régionales paritaires des PH qui doivent jouer ce rôle démocratique.

Pour finir, rappelons que nos instances nationales de représentativité sont aussi un lieu d'exercice de la démocratie : Commission Statutaire Nationale et Conseil de Discipline.

- ☒ Cette année sera pour nous une année électorale qui permettra de renouveler ces instances.
- ☒ Pour exercer la démocratie à l'hôpital, nous avons besoin de vous, de votre participation active à ces instances en vous présentant sous notre bannière à ces élections, en votant et en faisant voter pour l'INPH qui est et doit rester la 1^{re} intersyndicale représentatives des praticiens hospitaliers. Notre représentativité n'aura de poids que si votre participation à ce scrutin est importante.

VOTEZ INPH

2. <https://lc.cx/PVic>
 3. <https://lc.cx/PViZ>



UN PAS DE CÔTÉ LE CONTRÔLE DE LA PROPORTIONNALITÉ DES SANCTIONS DISCIPLINAIRES INFLIGÉES AUX PRATICIENS HOSPITALIERS PAR LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CENTRE NATIONAL DE GESTION

Maître Eric Halpern est avocat au Barreau de Paris.

Il exerce dans le domaine du droit public et en particulier dans le secteur de la fonction publique hospitalière. Il assiste les praticiens hospitaliers devant les administrations, les instances ordinaires et les juridictions administratives.

<http://www.halpern-avocat.com>



Dans son exercice professionnel, **le praticien hospitalier peut être mis en cause dans le cadre d'une procédure disciplinaire** engagée à son encontre dès lors qu'il a commis un ou plusieurs manquements à ses obligations professionnelles constitutifs d'une faute, et ce, indépendamment de poursuites **ordinaires**¹ ou **pénales** dont il pourrait parallèlement faire l'objet pour les mêmes faits.

Toutefois, la sanction disciplinaire éventuellement infligée à un praticien hospitalier fait l'objet d'un contrôle attentif du **juge administratif** comme le montre un récent arrêt de la Cour administrative d'appel de Nancy du 26 octobre 2017² qui donne l'occasion de revenir sur la procédure disciplinaire qui s'applique aux praticiens hospitaliers.

A titre liminaire, il n'est pas inutile de rappeler que **ce pouvoir de sanction appartient au Directeur général du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière**³ (C.N.G.). Les sanctions prises peuvent aller du **simple avertissement** à la **révocation pure et simple du corps des praticiens hospitaliers**. En tout état de cause, les sanctions pouvant être infligées sont limitativement énumérées par les textes. Les plus faibles d'entre elles ne nécessitent toutefois pas la saisine préalable pour avis du conseil de discipline⁴.

Dans tous les cas, le praticien hospitalier bénéficie de droits et de garanties qu'il y est ou non saisine du conseil de discipline pour avis. Ainsi, **le praticien se**

voit communiquer l'intégralité de son dossier dans tous les cas. Devant le conseil de discipline, il peut être **assisté du défenseur de son choix**, faire citer des **témoins** et présenter des **observations écrites et orales**⁵. In fine, il pourra **saisir le tribunal administratif compétent pour contester la sanction** prise à son encontre soit parce qu'il estime n'avoir commis aucun manquement caractérisant une faute soit parce qu'il estime que la sanction est disproportionnée au regard de la faute commise.

Il est important de souligner que, **durant la procédure disciplinaire et pour une durée maximale de six mois**⁶ en principe, le praticien hospitalier peut faire l'objet d'une **décision de suspension de ses fonctions** par le **Directeur général du C.N.G.** Cette mesure

1. Article L4123-2 du code de la santé publique.

2. Cour administrative d'appel de Nancy, 26 octobre 2017, n°17NC00853.

3. Article 2 8° du décret n°2007-704 du 4 mai 2007.

4. Article R6152-74 du code de la santé publique.

5. Article R6152-75 du code de la santé publique.

6. Article R6152-77 du code de la santé publique, sauf poursuites pénales.

7. Voir, par exemple, Cour administrative d'appel de Nancy, 18 décembre 2014, n°13NC01483.

ne revêt toutefois pas le caractère d'une sanction disciplinaire comme le rappelle régulièrement la juridiction administrative⁷. A cet égard, il n'est pas inutile de rappeler que le **directeur d'un centre hospitalier** dispose également du pouvoir de suspendre un praticien hospitalier de ses activités cliniques et thérapeutiques dès lors que le comportement du praticien nuit gravement au fonctionnement du service et met en danger la sécurité des patients⁸.

Par ailleurs, s'agissant des praticiens hospitaliers professeurs des universités (PU-PH) qui sont souvent chef de services dans les centres hospitaliers universitaires (C.H.U.), ils ont un statut propre et distinct de celui des praticiens hospitaliers⁹ et **la procédure disciplinaire est différente puisqu'ils relèvent d'une juridiction disciplinaire nationale présidée par un Conseiller d'Etat ou un professeur de l'enseignement supérieur**^{10 11}. Les sanctions disciplinaires encourues sont également quelque peu différentes¹². Comme les praticiens hospitaliers, ils peuvent également être suspendus durant la procédure disciplinaire¹³ ce qui implique que la suspension ne puisse être que temporaire¹⁴.

Jusqu'à un revirement de jurisprudence il y a quelques années, le **juge administratif** effectuait un contrôle restreint de la sanction infligée à un praticien hospitalier en n'annulant une sanction disciplinaire qu'en cas d'erreur manifeste d'appréciation commise par le Directeur général du C.N.G.¹⁵. Cette jurisprudence était

conforme à celle qui était appliquée à l'ensemble des agents publics¹⁶. En 2013, dans un important arrêt, le Conseil d'Etat a mis fin à cette jurisprudence en décidant de **contrôler la proportionnalité de la sanction disciplinaire infligée au regard des faits reprochés à un agent public**¹⁷.

L'arrêt de la Cour administrative d'appel de Nancy du 26 octobre 2017 fait précisément application de cette jurisprudence aux praticiens hospitaliers qui ne sont, rappelons-le, certes pas des fonctionnaires mais bien des agents publics. Le Conseil d'Etat n'avait pas manqué de le rappeler à l'occasion du contentieux relatif à l'éligibilité des praticiens hospitaliers à l'exonération des rémunérations issues de l'accomplissement de temps de travail additionnel¹⁸.

Ainsi, la Cour administrative d'appel de Nancy rappelle qu'« il incombe à **l'autorité investie du pouvoir disciplinaire d'apporter la preuve qui lui incombe de l'exactitude matérielle des griefs** sur le fondement desquels elle inflige une sanction à un agent public. **Il appartient au juge de l'excès de pouvoir, saisi de moyens en ce sens, de rechercher si les faits reprochés à un agent public ayant fait l'objet d'une sanction disciplinaire constituent des fautes de nature à justifier une sanction et si la sanction retenue est proportionnée à la gravité de ces fautes** ».

L'affaire concernait le service de chirurgie cardiaque du Centre hospitalier régional (C.H.R.) de Metz-Thionville. Un rapport de l'Agence régionale de santé avait

conclu à des dysfonctionnements graves au sein de ce service et la Directrice générale du C.N.G. avait décidé à titre de sanction de révoquer le praticien hospitalier qui avait été considéré comme l'auteur de manquements en se fondant sur une mortalité péri-opératoire élevée.

La Cour a estimé que l'un des manquements à ses obligations professionnelles, à savoir le fait pour le praticien hospitalier en cause de ne pas tenir compte pour chacun de ses patients des avantages, inconvénients et conséquences en privilégiant une option opératoire, était établi et constituait bien une faute disciplinaire.

Toutefois, dans l'exercice de son contrôle de proportionnalité, les magistrats de Nancy ont estimé que la sanction disciplinaire de révocation du corps des praticiens hospitaliers était disproportionnée au vu du manquement reproché au praticien hospitalier poursuivi. La Cour a donc annulé cette sanction.

Cette décision doit être saluée car elle **oblige la Directrice générale du C.N.G. dans l'exercice de son pouvoir disciplinaire**, en particulier lorsqu'elle doit apprécier des manquements commis par un praticien hospitalier à ses obligations professionnelles, **à veiller à infliger une sanction proportionnée** au vu des seuls manquements réellement établis.

Cet article dans sa version longue : <https://lc.cx/PVNC>



8. La jurisprudence estime que le directeur du centre hospitalier tient cette prérogative de l'article L6143-7 du code de la santé publique ; voir, par exemple, Cour administrative d'appel de Marseille, 1er octobre 2013, n°12MA02273.

9. Décret n°84-135 du 24 février 1984.

10. Article L952-22 du code de l'éducation.

11. Décret n°86-1053 du 18 septembre 1986.

12. Article 19 du décret du 24 février 1984.

13. Article 25 du décret du 24 février 1984.

14. Conseil d'Etat, Section, 16 avril 2008, n°286585.

15. Voir, par exemple, Conseil d'Etat, 30 décembre 2011, n°342576.

16. Conseil d'Etat, Section, 9 juin 1978, Lebon, n°05911, Leb. p. 245.

17. Conseil d'Etat, Assemblée, 13 novembre 2013, n°347704, Leb. : « Considérant qu'il appartient au juge de l'excès de pouvoir, saisi de moyens en ce sens, de rechercher si les faits reprochés à un agent public ayant fait l'objet d'une sanction disciplinaire constituent des fautes de nature à justifier une sanction et si la sanction retenue est proportionnée à la gravité de ces fautes ».

18. Conseil d'Etat, 2 février 2015, n°373259 : « Considérant, en premier lieu, qu'il résulte des termes mêmes de ces dispositions que l'exonération de l'impôt sur le revenu s'appliquait à l'ensemble des agents publics titulaires ou non titulaires ; que, les praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel qui ont la qualité d'agent public, entraînent donc dans le champ de cette exonération de l'impôt sur le revenu, alors même qu'ils ne sont pas régis par la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ».



QU'EST-CE QUE LA CVH ?

CHRONIQUE D'HÔPITAL



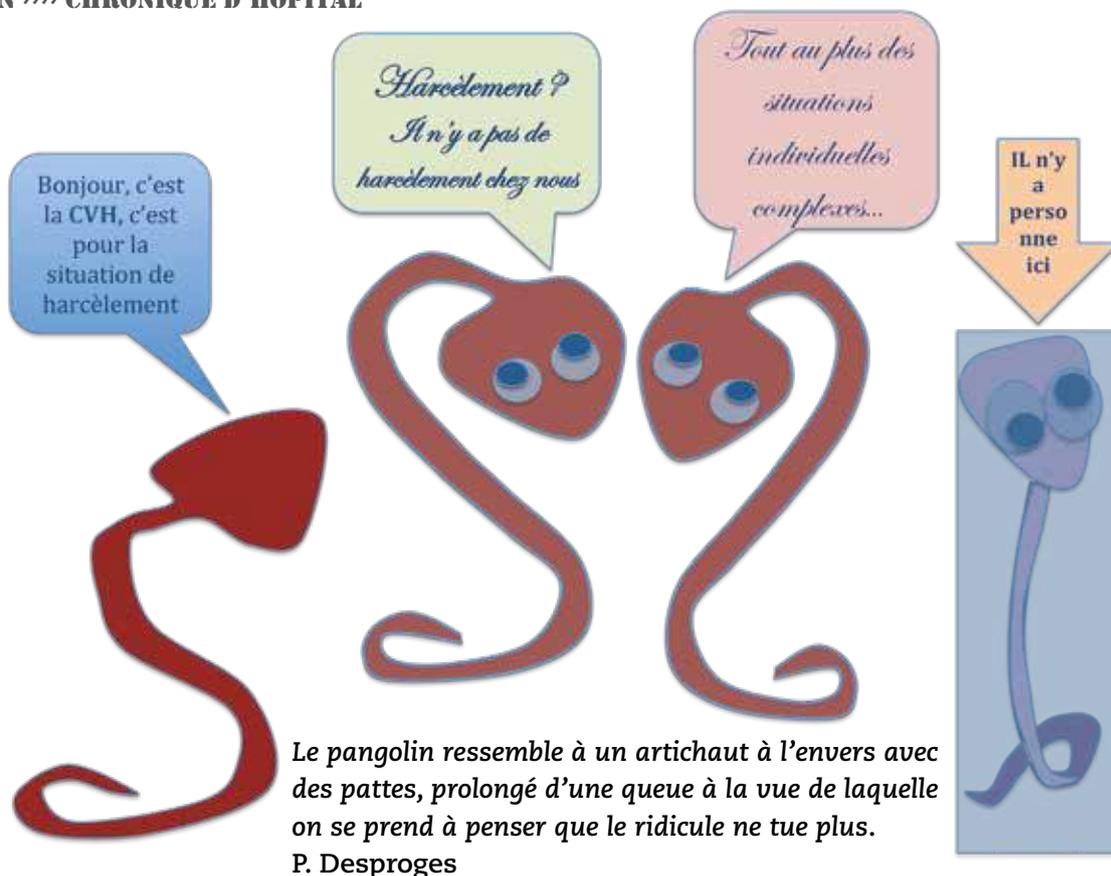
interview réalisée par l'INPH auprès du **Dr Christian Guy-Coichard** Praticien Hospitalier Centre de Traitement de la Douleur Hôpital Saint Antoine APHP Groupe Hospitalier Est Parisien Président de la CVH locale, membre de la CVH centrale

« La Commission Vie Hospitalière de la Commission Médicale d'Etablissement instruit les dossiers relatifs aux conditions de vie et de travail des praticiens à l'AP-HP et aux conditions d'accueil des praticiens qui y sont recrutés ». À l'AP-HP sont instituées une CVH auprès de la CME et une CVH locale auprès de chaque CME locale (CMEL) » [1].

La commission de vie hospitalière (CVH) est une sous-commission de la CME, centralement (au niveau APHP) ou localement (au niveau des groupes hospitaliers), statutaire (et donc obligatoire) et dont la mission principale est de gérer tout ce qui concerne la vie des médecins hospitaliers et en particulier RPS et les conditions de travail. Dans notre groupe hospitalier, nous avons d'ailleurs demandé dès le début d'ajouter à l'intitulé « vie hospitalière » celui de « et de conditions de travail ».

En fait, la CVH a les mêmes missions qu'un CHSCT médical mais sans les prérogatives c'est pourquoi j'ai demandé officiellement que les représentants médicaux dans le CHSCT soient membres de la CVH.

Nous nous réunissons 1 fois/trimestre, au même rythme que la CVH centrale ; un membre de la DAM (direction des affaires médicales) participe à notre réunion



trimestrielle ; mais nous avons également des réunions supplémentaires, non statutaires, sans présence de la DAM. Le CR est rédigé systématiquement et envoyé à toutes les personnes présentes.

Nous avons des missions d'élaboration (prévention et conditions de travail), de réflexion (études des discriminations, de l'égalité homme/femmes), d'appui et médiation dans les situations conflictuelles ; nous sommes référents sur les RPS, sur les « situations conflictuelles » ou « individuelles complexes », pour lesquelles je préfère le terme de « harcèlement ».

Le président de la CVH (PCVH) est élu par la CME mais le choix des autres membres est laissé à la discrétion du PCVH. En ce qui me concerne, j'ai prospecté parmi les médecins les plus militants (en particulier des syndicalistes) du groupe hospitalier et j'ai choisi que la CVH soit ouverte (c'est-à-dire que tous les PH peuvent y participer, qu'ils soient élus ou pas à la CMEL) mais ce n'est pas le cas partout.

Le PCVH, comme tout président de sous-commission, est membre de droit du bureau de la CMEL ; malheureusement, les réunions du bureau ne sont pas régulières et c'est dommage car il s'agit d'un vrai lieu d'échanges et de discussions. Il est également membre de droit de la CVH centrale.

Le PCVH est l'interlocuteur naturel de la direction à chaque fois que sont abordées les conditions de travail de tous les médecins de l'hôpital (y compris

les internes) et des sages-femmes. Malheureusement, il n'existe ni prérogatives ni moyens spécifiés par la loi ; les moyens sont laissés à la discrétion du PCMEL.

En fait, depuis 6 ans que je suis en charge de cette mission, la CVH a les mains libres, il n'y a pas de problème, on ne dispose d'aucun moyen institutionnel certes, mais la CVH est reconnue par la direction. Je dirai que c'est un début, car nous avons construit la CVH en 2012 à partir de rien.

Qui contacte la CVH ?

Dans les affaires de souffrance professionnelle, de conflit ou de harcèlement, tous les praticiens peuvent contacter la CVH, de même que la direction. Cette double entrée peut faire courir le risque d'être considéré comme un relais de la direction, nous l'assumons, nous devons tenir notre place et simplement veiller protéger notre indépendance quels que soient les interlocuteurs. Par ailleurs, nous pouvons recevoir des demandes indirectement, quand elles ont été reçues par le médecin du travail, ou le médiateur par exemple.

Nous sommes sollicités pour l'instant une vingtaine de fois par an sur le groupe hospitalier (qui compte environ 3000 médecins et sages-femmes, tous statuts confondus) ; la méthode que nous avons essayé de mettre en place a permis de faire surgir des problématiques plus précocement, en particulier de harcèlement.

Quel bilan ferais-tu de l'action de la CVH centrale et locale ?

Il s'agit du bilan de la première mandature.

1. Dans le cadre des missions d'élaboration des conditions de travail, nous avons établi un état des lieux des chambres de garde et des salles de garde, avec plan d'action concret ; la CVH a participé à la négociation d'une charte sur les tableaux de service et les compte-épargne-temps ; nous avons également élaboré tous ensemble un audit à destination des PH portant sur les conditions de travail, mais sans réussir à le financer pour l'instant. Nous allons relancer la direction !
2. Dans le cadre des missions de réflexion, nous avons pour projet d'établir un bilan des situations de discriminations dans le groupe hospitalier, quelles qu'elles soient : liées au sexe, aux orientations sexuelles, au statut, à l'origine, etc., le monde du travail n'est pas tendre, y compris à l'hôpital et y compris pour les médecins. Enfin, nous sommes en cours d'élaboration d'un livret d'accueil pour les PH arrivants qui à la fois leur présenterait les modes de fonctionnement de l'hôpital et leur donnerait la marche à suivre en cas de conflit ou harcèlement ou tout autre problème rencontré au travail.

Concernant la CVH centrale, elle a réussi à faire introduire dans le volet social du plan stratégique un chapitre concernant les médecins. Ainsi, pour répondre aux « situations individuelles complexes », la CVH centrale a trouvé une place dans le plan RH des PHs et a fait des propositions dans chacun des 3 volets de ce plan :

- i) Management des équipes médicales : procédures de nomination des chefs de service, et formation obligatoire au management ;
- ii) Gestion des situations conflictuelles avec structures de conciliation et de sanction à tous les niveaux - la CVH y participe de droit.
- iii) Médecine du travail : restructuration de la médecine du travail.

Quel lien ferais-tu entre CVH et démocratie ?

Les CVH ont des potentialités mais il faut savoir (et pouvoir) les exploiter.

La CVH participe de droit aux instances de résolution des situations conflictuelles : il est important qu'un praticien soit présent car il n'est plus envisageable que les confrontations se fassent sans témoin et/ou sans vision du point de vue du médecin. En ce sens, la CVH peut participer à la démocratie en portant la parole du praticien.

Missions de la sous-commission Vie hospitalière (sCVH)

La CVH instruit les dossiers relatifs :

1. Aux conditions d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.
2. À la qualité de vie au travail et à la prévention des risques psycho-sociaux des personnels médicaux, pharmaciens, odontologues et maïeuticiens.
3. Lorsqu'elle est saisie, au fonctionnement des pôles et des relations entre les chefs de pôle, les chefs de service et les responsables des départements, unités fonctionnelles et autres structures internes, dans les matières suivantes :
 - ☒ La gestion des ressources humaines et l'autorité fonctionnelle sur les personnels composant les services et autres structures.
 - ☒ Les principes de la formation et de l'évaluation des fonctions des chefs de service et des responsables des départements, unités fonctionnelles et autres structures internes.
4. Au projet social et professionnel de l'établissement.
5. À tout autre sujet dont elle est saisie pour instruction par le président de la CME dans le cadre de l'exercice de ses compétences. Les présidents et vice-présidents des sCVH locales des GH et hôpitaux hors GH, ainsi que le chef du service de médecine au travail sont invités permanents aux réunions de la sCVH.

La CVH constitue en son sein deux groupes de travail :

- ☒ Un groupe Management médical.
- ☒ Un groupe Prise en charge des situations individuelles.
- ☒ Le ou les représentant(s) de la CVH au comité de prévention des risques psycho-sociaux s'appuient sur les travaux de ces deux groupes.

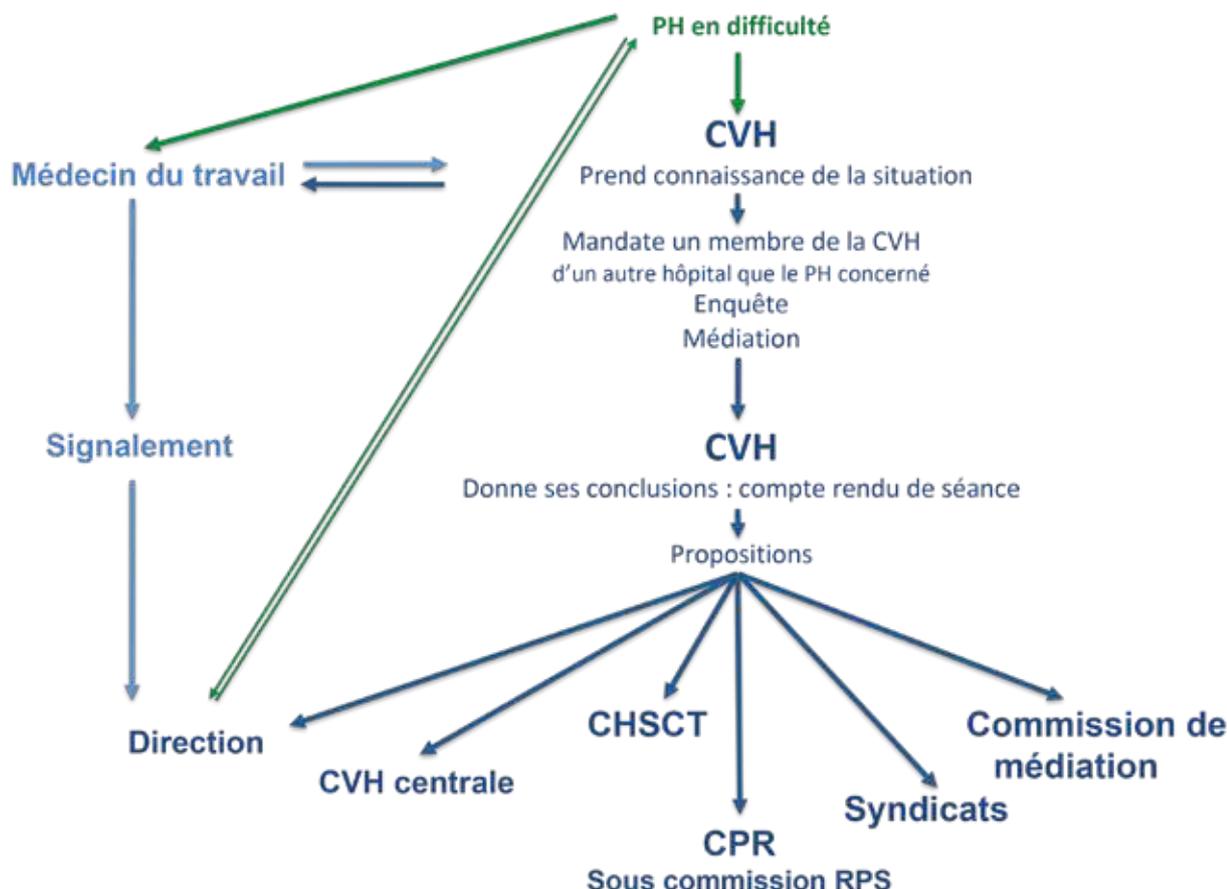
La CVH est aussi une opportunité d'extérioriser les problématiques hors du huis clos du service et de sortir du silence : nous sommes en train de découvrir des situations enkystées depuis des années sur lesquelles pesait une chape de silence. La CVH peut et doit jouer ce rôle de mise en lumière du plus grand nombre des situations de souffrance. Dans ce cadre, la CVH fait œuvre de démocratie par les témoignages qu'elle porte (information) et par les solutions qu'elle peut proposer, certainement plus justes car la parole est plus équilibrée.

Le bilan, est que, réellement, j'ai le sentiment que nous avons connaissance plus tôt et donc avec de plus grandes chances de résolution de ces situations de conflit et de situations où le harcèlement est devenu une méthode managériale.

Il est désormais évident pour tous que cette instance est nécessaire, qu'elle aide à la résolution de conflits ou de situations de souffrance professionnelle, et peut œuvrer à l'amélioration des conditions de travail des praticiens, deux sujets autrefois occultés, mais dont les praticiens s'emparent désormais plus facilement.



[1] Règlement intérieur de la CME APHP voté le 13/09/2016 (page 12).



Missions du CHSCT Article L236-2 CSP

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail a pour mission de contribuer à la **protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des salariés** de l'établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure, y compris les travailleurs temporaires, ainsi qu'à **l'amélioration des conditions de travail**, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tous les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité. Il a également pour mission de **veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières**.

Le comité procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les salariés de l'établissement ainsi qu'à l'analyse des conditions de travail. Il procède également à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés des femmes enceintes.

Le comité procède, à intervalles réguliers, à des inspections dans l'exercice de sa mission, la fréquence de ces inspections étant au moins égale à celle des réunions ordinaires du comité. Il effectue des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel.

Le comité contribue à la promotion de la prévention des risques professionnels dans l'établissement et suscite toute initiative qu'il estime utile dans cette perspective. Il peut proposer, à cet effet, des actions de prévention. Si l'employeur s'y refuse, il doit motiver sa décision.

Le comité donne son avis sur les documents se rattachant à sa mission, notamment sur le règlement intérieur.

Le comité peut proposer des actions de prévention en matière de harcèlement sexuel et de harcèlement moral.

Le comité est consulté avant toute décision d'aménagement importante modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail et, notamment, avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit ou de l'organisation du travail, avant toute modification des cadences et des normes de productivité liées ou non à la rémunération du travail...

Le comité est consulté sur les mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail, des invalides de guerre, des invalides civils et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail.

Le comité se prononce sur toute question de sa compétence dont il est saisi par le chef d'entreprise ou d'établissement, le comité d'entreprise ou d'établissement et les délégués du personnel.

Le comité peut demander à entendre le chef d'un établissement voisin dont l'activité expose les salariés de son ressort à des nuisances particulières : il est informé des suites réservées à ses observations.

Le comité fixe les missions qu'il confie à ses membres pour l'accomplissement des tâches prévues aux alinéas ci-dessus.



DOSSIER

HÔPITAL ET

DÉMOCRATIE :

SUJET OU OBJET ?

« L'État démocratique doit s'appliquer à servir le plus grand nombre ; procurer l'égalité de tous devant la loi ; faire découler la liberté des citoyens de la liberté publique. Il doit venir en aide à la faiblesse et appeler au premier rang le mérite. L'harmonieux équilibre entre l'intérêt de l'État et les intérêts des individus qui le composent assure l'essor politique, économique, intellectuel et artistique de la cité, en protégeant l'État contre l'égoïsme individuel et l'individu, grâce à la Constitution, contre l'arbitraire de l'État ».

Définition de la démocratie par Périclès rapportée par Thucydide, dans *La guerre du Péloponnèse* fin du V^e siècle av. J.-C.).

Le mot démocratie fait partie de ces mots qui font rêver, à un monde meilleur, à un bonheur enfin atteint, à un état parfait.

Dans notre pays, il est incarné par les 3 mots de la devise républicaine : liberté, égalité, fraternité.

L'état de démocratie requiert de trouver un équilibre entre la liberté individuelle et l'égalité sociale, la prédominance de l'un ou l'autre aboutissant respectivement à une démocratie libérale ou à une démocratie sociale. Quand à la fraternité, elle suppose un choix individuel supplémentaire permettant d'insuffler de l'harmonie dans la société, et de fait de pérenniser l'état de démocratie, Victor Hugo allant jusqu'à définir la fraternité comme un « devoir » tandis que Bergson écrit « *L'ensemble des citoyens, c'est-à-dire le peuple, est donc souverain. Telle est la démocratie théorique. Elle proclame la liberté, réclame l'égalité, et ré-*

concilie ces deux sœurs ennemies en leur rappelant qu'elles sont sœurs, en mettant au-dessus de tout la fraternité. ».

Qu'en est-il de la démocratie et de l'hôpital, à l'heure où nous, médecins, dénonçons l'absence de prise en compte de la parole médicale et la part trop grande du paramètre financier dans la gouvernance de l'hôpital ?

Est-ce un défaut de démocratie que nous pointons quand nous condamnons le management perverti et la perte de sens ?

Et n'est-ce à plus de démocratie que nous appelons quand nous attendons de la légitimité et de l'exemplarité de la part de nos managers ? [1]

LA OU LES DÉMOCRATIES ?

La démocratie théorique suppose que le pouvoir soit détenu par le peuple. Mais le passage du théorique au pratique nécessite de définir au préalable qui est le peuple et comment il exerce son pouvoir.

Quel peuple ?

« Peuple » n'équivaut pas forcément à « Population » : la possibilité d'exercer ce pouvoir démocratique (et donc d'être citoyen) peut ne pas être accordé à tous : égalité oui, mais au sein d'un groupe de VIP, seuls suffisamment « éveillés » pour exercer ce pouvoir.

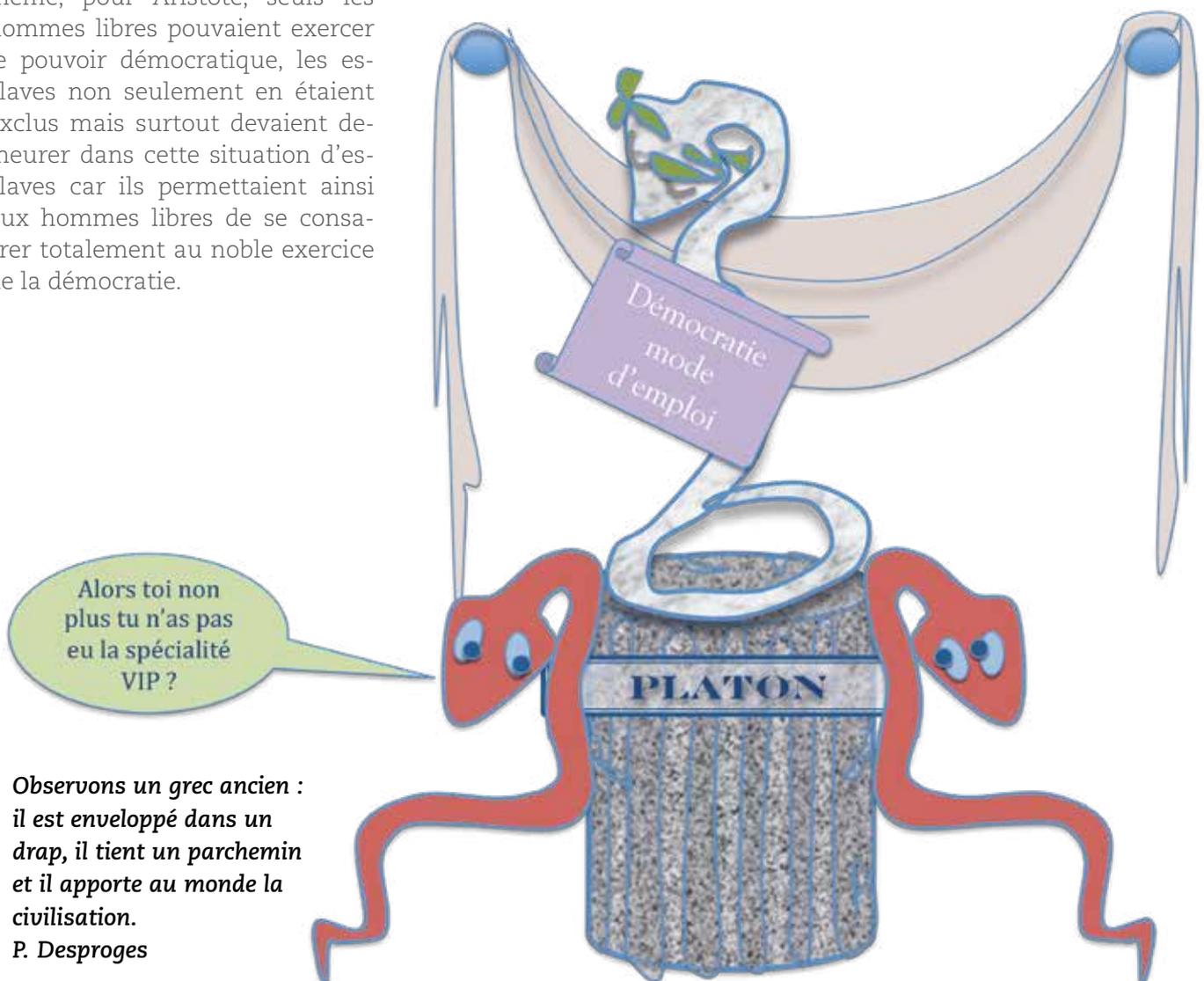
Il en est ainsi de la vision de Platon, où seuls les philosophes peuvent gouverner car détenteurs du savoir, tandis que les guerriers défendent la cité et les artisans et agriculteurs la nourrissent. De même, pour Aristote, seuls les hommes libres pouvaient exercer le pouvoir démocratique, les esclaves non seulement en étaient exclus mais surtout devaient demeurer dans cette situation d'esclaves car ils permettaient ainsi aux hommes libres de se consacrer totalement au noble exercice de la démocratie.

Nul besoin de se projeter si loin en arrière pour trouver d'autres exemples de démocraties de VIP : notre démocratie a coulé des jours tranquilles et sans remords durant presque deux siècles alors qu'en son sein, les femmes étaient exclues du droit de vote parce que femmes, et certains hommes également parce que autochtones d'un pays « colonisé » et pourtant devenu français. Le concept d'égalité prend parfois des aspects bien mystérieux...

« La démocratie est le gouvernement du peuple, par le peuple, pour le peuple. »

Abraham Lincoln

Pour autant Platon croyait en une société idéale, mais une société où chacun avait une place et y restait, une aristocratie où savoir et raison domineraient, et par conséquent, où le pouvoir ne pouvait être confié qu'à ceux qui détenaient ces qualités. Car pour Platon, tous les hommes ne sont pas égaux en capacités de raison et de savoir. A contrario, Aristote considérait que tous les hommes sont égaux en raison et que cette égalité de raison leur confrère une égalité



Observons un grec ancien : il est enveloppé dans un drap, il tient un parchemin et il apporte au monde la civilisation.

P. Desproges

en droits politiques. Pour lui la rationalité nécessaire à la gouvernance n'était pas celle d'une élite mais au contraire la somme des rationalités individuelles... et donc celle du plus grand nombre.

Aristote définissait comme modèle idéal celui reposant sur le gouvernement de tous pour chacun et de chacun pour tous : un régime juste quand et car bénéfique pour tous.

Néanmoins, il existait selon Aristote des écueils sur lesquels cette organisation démocratique pouvait buter : la perte de vue de l'intérêt général au profit de la majorité (démocratie populaire) et la confiscation du pouvoir du peuple par des démagogues auto-proclamés porteurs des aspirations populaires (démagogie). **Ces deux dérives correspondant d'ailleurs aux raisons pour lesquelles Platon voulait exclure de l'exercice de la démocratie** les guerriers (intervention de force physique et de violence) et les classes populaires (dont l'opinion - la doxa - était manipulable et réceptive aux illusions du fait du manque de connaissance). Il existe ainsi pour Aristote, 6 types de constitutions, 3 justes et 3 injustes qui se correspondent deux à deux, selon que le principe de bien commun est respecté ou pas : la monarchie - pouvoir exercé par une personne - qui devient une tyrannie lorsque exercé au profit de cette seule personne ; l'aristocratie où le pouvoir est détenu par une élite qui devient oligarchie lorsqu'il est tourné vers

Syndicat

(Larousse) : Groupement constitué pour la défense d'intérêts professionnels ou catégoriels communs.

Code du travail | Legifrance

Article L2131-1 : Les syndicats professionnels ont exclusivement pour objet l'étude et la défense des droits ainsi que des intérêts matériels et moraux, tant collectifs qu'individuels, des personnes mentionnées dans leurs statuts.

Article L2131-4 : Tout adhérent d'un syndicat professionnel peut, s'il remplit les conditions fixées par l'article L. 2131-5, accéder aux fonctions d'administration ou de direction de ce syndicat.

Article L2132-1 : Les syndicats professionnels sont dotés de la personnalité civile.

Article L2132-2 : Les organisations de salariés constituées en syndicats professionnels sont seules admises à négocier les conventions et accords collectifs de travail. Tout accord ou convention visant les conditions collectives du travail est conclu dans les conditions déterminées par le livre II.

Article L2132-3 : Les syndicats professionnels ont le droit d'agir en justice. Ils peuvent, devant toutes les juridictions, exercer tous les droits réservés à la partie civile concernant les faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt.

Article L2133-1 : Les syndicats professionnels régulièrement constitués peuvent se concerter pour l'étude et la défense de leurs intérêts matériels et moraux.

l'intérêt de la minorité la plus riche ; enfin la démocratie où le pouvoir est exercé par le peuple mais qui devient anarchie lorsque le pouvoir revient aux démagogues.

Si la définition du « peuple » dans une démocratie se confond, selon les auteurs, avec celle de son niveau de connaissance, de raison, ou d'éducation, c'est que la perennité même de la démocratie est subordonnée à l'importance que chacun accorde à la notion d'intérêt général incarnée par l'attention portée à l'autre. Une démocratie requiert

un niveau de responsabilité qui sublime la liberté individuelle, non pas en l'effaçant mais en la situant dans un projet commun.

« La démocratie, ce n'est pas la loi de la majorité, mais la protection de la minorité » écrivait Camus. Encore faut-il que le peuple possède les connaissances nécessaires à appréhender le projet commun et que le mode de gouvernance soit suffisamment inclusif pour obtenir cet équilibre. Cet état de fait révèle l'une des grandes fragilités de la démocratie qui porte en elle les germes tant de sa destruction que de sa perennité.

CESE

« 3^e assemblée de la République, après l'Assemblée nationale et le Sénat, qui ensemble forment le pouvoir législatif. Assemblée consultative, qui conseille le Gouvernement et le Parlement sur l'élaboration des lois et les orientations **des politiques publiques**. Membres désignés par les organisations dont sont membres tous les Français et les Françaises : syndicats, représentant.e.s de l'économie solidaire, des associations mutualistes, familiales, étudiantes, environnementales, humanitaires et qui représentent la société civile ».

« PAR » et « POUR » quel peuple ?

Comment obtenir « L'harmonieux équilibre entre l'intérêt de l'État et les intérêts des individus » ?

Le périmètre d'exercice du pouvoir démocratique doit être défini d'emblée.

La démocratie ne peut exister que dans le cadre d'un régime politique de type républicain, c'est-à-dire d'un état de droit où le chef est désigné par le peuple ou ses représentants (légitimité) et où tous les citoyens ont également accès au bien public (droits, institutions, ...).

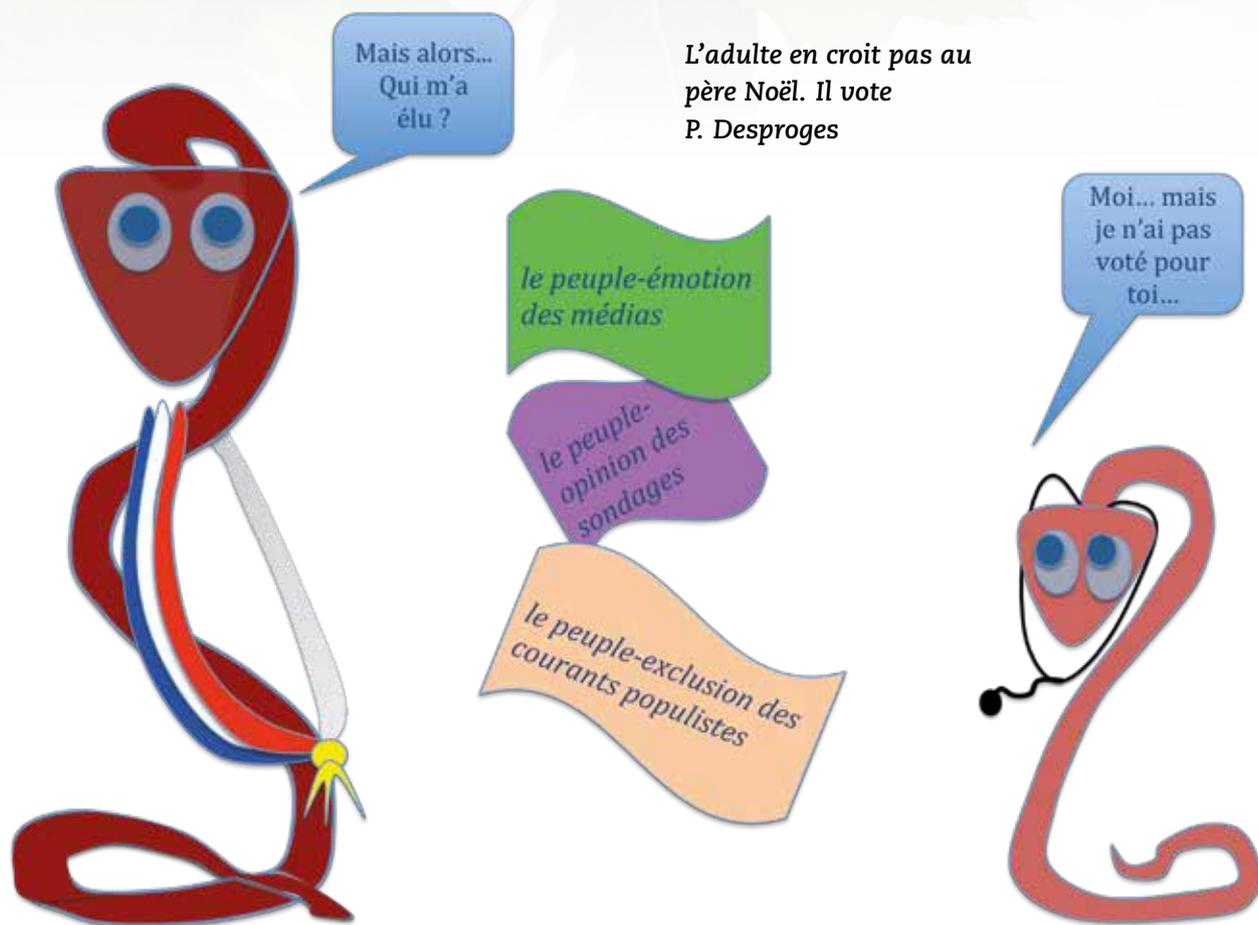
Mais, tant que ces biens communs ne sont pas régis par la volonté du peuple, la république n'est pas une démocratie. En effet, la démocratie est une république où le pouvoir politique est porté par le peuple ou ses représentants. (c'était dans cet esprit là que le conseil national de la résistance avait instauré une gestion de la sécurité sociale pour les cotisants, par les cotisants : Cf. Le MAG 11).

La participation du peuple (ou de ses représentants) à la gestion des biens communs est un facteur de responsabilisation à l'intérêt général et donc de consolidation de la démocratie de par son caractère inclusif. En effet, comment réclamer des personnes qu'elles soient responsables s'il ne leur est pas donné d'espace pour exercer leur responsabilité ?

Se pose ensuite le problème de la représentativité du peuple : deux modèles existent, celui de la démocratie directe (suffrage universel) et celui de la démocratie indirecte (élection de représentants qui exercent la démocratie au nom du peuple).

La représentativité doit permettre au peuple d'être représenté au plus près de la réalité de la société qu'il constitue. Elle a évolué au cours de l'histoire : les états généraux proposaient une représentation par classe sociale, avec par-

tage du pouvoir à parts égales ; la révolution a instauré le suffrage universel. **Mais très vite est apparue la nécessité d'autres types de représentativité, appelée « démocratie d'équilibre »** par Pierre Rosanvalon [2], afin de pallier la distance existant entre la représentation politique du peuple et sa réalité sociologique. Dans le monde du travail, la nécessité d'une représentation par les pairs, plus proche de la réalité, a donné naissance au syndicalisme ; dans la société, le parti, autre corps intermédiaire, a fait le lien entre l'individu (le citoyen) et le général (la politique). Pour la société des affaires et du travail, l'état a créé des corps consultatifs tel le Conseil économique, social et environnemental (CESE). Et plus récemment, les enquêtes sociales et statistiques ont introduit la notion d'opinion publique comme représentation du peuple. La représentation politique des socié-



tés démocratiques s'est construite sur ce modèle de « démocratie d'équilibre ».

Mais ce modèle présente des signes d'essoufflement, comme en témoignent la volatilité de l'électorat, l'effondrement des partis politiques et la désaffection des syndicats.

Pierre Rosanvallon décrit l'apparition de « représentations concurrentes du peuple » qui sont « le peuple-opinion des sondages, le peuple-exclusion des courants populistes et le peuple-émotion des médias. ». **Le peuple est devenu « introuvable »**. On peut noter que ces chimères de peuple correspondent aux déviances à la démocratie énoncées tant par Platon que par Aristote. Elles posent le double problème de l'accessibilité du peuple à l'information politique et de sa responsabilisation, et démontrent le rôle pivot de ces paramètres dans la pérennité d'une démocratie. Leur absence

engendre des conséquences dévastatrices pour la viabilité de la démocratie **« les individus ne sont plus capables de s'appréhender comme membres d'une société et (...) leur inscription dans une totalité lisible et visible est devenue pour eux problématique »**.

La démocratie serait-elle une « chose trop sérieuse pour être confiée aux électeurs » comme l'a écrit Arthur Koestler ?

L'articulation entre les maximes de la République (liberté, égalité, fraternité) et celles de la Démocratie (du peuple, par le peuple, pour le peuple) ne va donc pas de soi. Car si on lie la liberté à « par le peuple » et l'égalité à « pour le peuple », reste la fraternité qui s'associe de fait avec « du peuple ». La fraternité est la prise en compte de l'intérêt général via l'attention à l'autre, le peuple a donc besoin d'information et de responsabilisation pour se construire et s'exprimer comme tel.

La responsabilité de la démocratie est de responsabiliser le peuple. La responsabilité du peuple est de se saisir de l'espace d'expression et d'action ainsi proposé par la gouvernance démocratique.

Une gouvernance sans responsabilisation du peuple et donc sans implication de ce dernier, est tout au plus une république où le peuple a certes accès également (ou pas) à des biens communs et où il élit librement (ou pas) le chef de l'État, mais où il ne dispose d'aucun espace d'expression de sa volonté pour la gestion de ces biens, toute entière détenue par un état de nommés et non pas d'élus. **Ce type de gouvernance ne peut qu'évoluer vers la déshérence globale (dysfonctionnement) et l'errance individuelle (perte de sens) car le principe fondamental d'intérêt général basé sur la responsabilisation en est totalement absent.**

HÔPITAL ET DÉMOCRATIE ONT-ILS À VOIR ENSEMBLE ?

La question se pose réellement car l'hôpital est malheureusement, pour nous médecins hospitaliers, lieu de déshérence globale (perte d'attractivité) et d'errance individuelle (perte de sens).

Pour autant, cet état de fait résulte-t-il d'un défaut de démocratie comme peuvent le laisser croire nos attentes ?

Et si c'est le cas, à quel niveau se situe ce défaut de démocratie : au niveau du « **par le peuple** » (possibilité d'expression et modalités de représentativité des médecins), au niveau du « **pour le peuple** » (impact, poids décisionnel des médecins hospitaliers sur leurs conditions d'exercice et les orientations de l'hôpital) ou finalement au niveau « **du peuple** » lui-même, c'est-à-dire de ses connaissances, responsabilité et responsabilisation).

L'hôpital est un service public et à ce titre :

- ☑ Il prend en charge des patients envers lesquels il a des obligations (CSP. chapitre II L 6112-2 I et II).
- ☑ Il doit répondre à des obligations vis-à-vis de la communauté (L 6112-1) sous le contrôle de l'ARS (L 6112-2 III).

Les médecins hospitaliers exercent dans l'hôpital :

- ☑ Au sein de structures définies par le CSP (Chapitre VI).
- ☑ Qui concourent au « tout » représenté par le projet médical d'établissement (Art. L6146-1) et à ce titre sont interdépendantes les unes des autres.
- ☑ Sous l'autorité fonctionnelle de chefs de services, de chefs de pôles et in fine du directeur d'hôpital (Art. L6146-5).

Les patients sont reçus à l'hôpital, où :

- ☑ Ils bénéficient de garanties de prise en charge (L6112-2 I).
- ☑ Ils peuvent participer en tant qu'usagers au système de santé (L6112-2 II).

La question de la démocratie se pose donc à plusieurs niveaux : individuel : celui du médecin hospitalier, celui du patient et global : celui de l'hôpital dans la société en tant que service public, La maxime de Lincoln « La démocratie est le gouvernement du peuple, par le peuple, pour le peuple » peut être interrogée à chaque niveau, le « peuple » étant successivement (les médecins, les patients et la société).



Démocratie, gouvernance et valeurs à l'hôpital

Dr Jérôme Frenkiel
Médecin de santé publique

Jamais peut-être n'a-t-on autant parlé de démocratie à l'hôpital. Jamais, pour certains, ne l'y a-t-on si peu pratiquée. Encore faut-il savoir de quoi on parle. De la démocratie à l'hôpital, comme de la Démocratie tout court.

En un sens, l'hôpital n'est pas une démocratie car il n'a pas vocation à l'être. L'hôpital est un établissement public, ou une entreprise selon les points de vue, et n'a pas vocation à autodéterminer sa forme de gouvernance, ses valeurs ou son modèle social. Mais, d'un autre côté, ces questions structurent fortement le quotidien de l'institution, ainsi qu'un certain nombre de débats.

Quelle est la place de l'idée de Démocratie, ou de sa pratique, sur ces questions ? La réponse est d'autant moins évidente que certaines interrogations pèsent aujourd'hui sur la pratique de la politique dans notre pays, voire sur la nature même de notre système politique. Jamais, depuis la Libération, nos valeurs fondamentales de liberté, d'égalité et de fraternité n'auront autant régressé, posant la question de l'aptitude de notre système à les préserver.

Plus encore, apparaissent les limites d'une vision déterministe de notre régime démocratique : la dérive de la pratique du pouvoir et de ses effets s'inscrit dans un fonctionnement normal de nos institutions. Il s'en déduit que le problème est également, voire essentiellement, de nature théorique. De fait, certaines questions relatives aux fondements démocratiques interrogent plus que jamais. Citons : la place du Citoyen dans la régulation effective du pouvoir ; la place de la Société civile dans l'élaboration des projets de société ; la motivation des per-

sonnels politiques à agir dans l'intérêt du plus grand nombre et dans le respect de nos valeurs fondamentales ; la capacité de notre système politique à déterminer les limites des intérêts privés et non l'inverse ; le rôle réel des juges et des médias en tant que contre-pouvoirs ; etc. ; n'oublions pas que la « démocratie » n'est pas une fin en soi, elle n'est qu'un outil au service d'un projet de société fondé lui-même sur des valeurs. Pour dire les choses autrement, la démocratie est bien loin de se résumer au droit de vote (pour des programmes pas nécessairement choisis), à l'Etat de droit (dont la hiérarchie des normes n'est pas nécessairement au service de nos valeurs), et à une certaine forme de dialogue social (entre des partenaires pas nécessairement au service de l'Intérêt général).

L'hôpital, ainsi que nous l'avons dit, n'est pas une démocratie, au sens où il ne lui appartient de définir ni ses missions, ni ses valeurs, ni ses Institutions ou sa gouvernance. Et pourtant, toutes ces questions sur la démocratie renvoient largement à notre quotidien de professionnels de santé et à nos questionnements. Examinons quelques situations.

L'élaboration d'un projet d'établissement et du projet médical qui le sous-tend revoie à un exercice de nature politique : des projets individuels aux projets de pôle puis médical de l'établissement, on retrouve les problématiques de concertation, d'arbitrages stratégiques et budgétaires, de cohésion du projet d'ensemble, de conciliation de la réalité de terrain avec des éléments de cadrage « venus d'en haut », de compétition entre l'intérêt général et des intérêts... moins généraux. La similitude avec les conditions de

l'élaboration des politiques nationale et territoriales est frappante. Tout comme l'est la question de l'investiture de l'exécutif, de sa pratique, et des conditions de sa régulation. On pourra citer également les conditions du dialogue social, et de ses limites (représentativité, pratiques) en l'état de la réglementation... et des cultures directoriales ou syndicales. Sans oublier les inévitables conflits d'intérêt dans les situations de responsabilité, entre mission et carrière personnelle. On pourra citer, encore, la question essentielle de l'élaboration des représentations (stratégiques et de gestion notamment) ayant vocation à fonder les décisions, renvoyant à celle de l'Expertise, des conditions de sa sincérité et de son indépendance, et de son articulation avec l'exécutif. Enfin, sur un autre plan, la « démocratie sanitaire » telle que définie dans la Loi renvoie à d'autres questionnements, notamment sur la place des « citoyens » (usagers) et de la société civile dans la gouvernance du système de santé.

Conditions d'élaboration et de validation des politiques, place de la représentation, régulation de l'exécutif, conditions du dialogue social, indépendance de l'expertise et lien avec la décision, lutte contre les conflits d'intérêt, aucun des questionnements relatifs à notre système politique n'est étranger à ceux de la gouvernance hospitalière. Avec le même constat des limites d'une vision purement déterministe. Alors, au final, quelle démocratie pour l'hôpital ?

La réponse est peut-être tout simplement la même que pour toute forme de régime politique : en réaffirmant la primauté des valeurs, et plus spécialement : l'humanisme et la bienveillance, la liberté et la responsabilité, la justice, et la Vérité au-dessus de tout. Ces valeurs ne sont pas seulement celles des professionnels de santé : elles sont universelles.



Démocratie hospitalière (vue par un PH)

Dr Pierre Rumeau

Médecin des Hôpitaux, Chu de Toulouse, et fonction électorale SNPHchu

Les Hôtels Dieu fournissaient le gîte et le couvert aux personnes de passage et soignaient les blessés. A partir du XVII^{ème} siècle, notamment avec l'action de Vincent de Paul, les hospices vont évoluer vers des hôpitaux... Fin XIX^{ème}, le Médecin des Hôpitaux, porteur du progrès médical, est responsable de la bonne marche du soin avec le support d'une surveillante, infirmière choisie « inter pares » pour ses aptitudes d'organisatrice. En résumé, le sens de l'histoire est : aux médecins l'action, aux directeurs de fournir les moyens.

La démocratie est la « Forme de gouvernement où le peuple exerce la souveraineté. ». Cette définition ne s'applique pas au fonctionnement hospitalier dont l'organisation est dictée par la mission de soin. Or, chacun doit être soigné en tant qu'individu dans le colloque singulier. Cela est garanti par le serment d'Hippocrate mais aussi par le code de déontologie (caractère individuel de la pratique (1) ; liberté professionnelle (2)). **D'où notre statut hors fonction publique hospitalière qui fait que le seul droit d'un directeur d'hôpital est, en résumé, de nous administrer mais pas de nous dicter comment exercer !**

Le fait d'être médecin, inscrit à l'Ordre, est nécessaire et suffisant du point de vue légal pour garantir le niveau de connaissance permettant un exercice « fidèle aux

lois de l'honneur et de la probité ». Seul compte le diplôme de « docteur » et les lourdes responsabilités qu'implique notre assermentation.

L'organisation hospitalière des soins, les adaptations de la règle du colloque singulier et du Secret Médical qu'elles impliquent, ne peuvent être justifiées que par un bénéfice pour le patient. En tant que praticiens, nous n'avons pas le droit légal d'abandonner le projet médical ou même la gestion du dossier du patient à un administratif quel qu'il soit.

Quid des médecins directeurs ? Cela existe en France : c'est le cas des hôpitaux des armées et des instituts régionaux anti-cancéreux. Pour l'avoir expérimenté, c'est un moyen d'éviter certaines dérives, plus particulièrement s'il s'agit de personnes ayant exercé la médecine de soin.

Mais rappelons deux éléments :

- ☑ Le premier est que notre responsabilité est individuelle : le fait d'exercer à plusieurs ne la dilue aucunement mais la multiplie (3). Une seule personne ne peut donc porter la responsabilité de tous les praticiens.
- ☑ Le second est un principe de gestion des risques. L'objectif est de soigner au mieux les patients. Les savoirs dans un hôpital sont multiples avec des parts communes et des parts propres (spécifiques au

contexte d'exercice et à la spécialité). Une personne ne peut pas tout savoir, une personne peut se tromper... Au mieux, il faudrait que l'ensemble de la communauté des praticiens participe non seulement au choix de la décision mais surtout à la discussion qui y concourt. C'est possible et même réalisé dans de petites structures, beaucoup plus dur dans des gros hôpitaux, à fortiori des groupements hospitaliers de territoire.

La seule solution est alors que soient désignés des représentants ayant la confiance de leurs pairs. Pairs à qui ils rendent compte et dont ils prennent les consignes en permanence.

En résumé : la légitimité relève de la proximité au soin.

En conclusion : le terme impropre de « démocratie hospitalière » recouvre une organisation de la gouvernance hospitalière, respectant un impératif d'efficacité dans la mission, basée sur l'expression des savoirs détenus par les praticiens dans leur ensemble.

Cette organisation recouvre l'expression de la volonté des patients et à travers eux du peuple souverain. Elle découle d'obligations déontologiques forgées par l'histoire et inscrites dans la loi ou la tradition.

Elle est mise en œuvre par la représentation des praticiens par des instances librement élues avec comme seul critère d'éligibilité et de droit de vote : être « un praticien participant au soin (4) ».

(1) Article R.4127-2 du CSP (pour les pharmaciens l'article R. 4235-2)

(2) Article R.4127-5 du CSP (pour les pharmaciens l'article R. 4235-3)

(3) En outre, je rappelle que l'obligation de moyen est de nature pénale et que si la preuve peut être faite et nous être individuellement imputée alors nous quittons le domaine du droit administratif.

(4) Au sens le plus large, incluant bien sûr aussi bien le DIM ou le pharmacien responsable des approvisionnements, que le dentiste, l'urgentiste ou le médecin de prévention. Mais pas les personnes ayant une activité purement administrative sous autorité ou en autorité directoriale (confusion des genres).

(5) Réflexions sur la loi HPST :

HPST : loi scélérate :

Chefs de pôles redevables au directeur de leur position.

Division du corps électoral en CME entre universitaires ou pas.

CME dépossédée de ses prérogatives au profit d'un Président sous pression du directeur.

Elle a donné le pouvoir au directeur d'user des biens de « son » hôpital « à sa guise » sans validation par la communauté médicale.

Praticiens dépossédés du projet hospitalier à l'encontre de la volonté du peuple et des acquis de la médecine européenne.



L'hôpital est-il sujet de la démocratie ?

1 Les médecins disposent d'une instance représentative qu'ils élisent au suffrage « universel » : la CME. Cette instance représentative doit porter leurs attentes auprès de l'exécutif représenté par le directeur. Le premier problème est que tous les membres de la CME ne sont pas élus (les chefs de pôle, cf. rubrique « news/views ») ; le deuxième problème est que la CME n'a aucune fonction décisionnelle ; donc si elle peut être comparée au parlement du fait du mode de désignation, elle n'en a pas en revanche les prérogatives législatives.

2 Les médecins hospitaliers n'élisent pas leurs responsables fonctionnels qu'il s'agisse de chef de pôle ou de chef de service.

Cet état de fait interpelle car le chef de service et le chef de pôle sont censés porter les attentes des PHs, ainsi que décrit dans le fonctionnement des conseils de service (Article L6146-2) « de faire toute proposition sur le fonctionnement du service ou du département. » et rappelé dans les missions des chefs de service ou chefs de pôle « Avec le conseil de

service ou de département (Article L6146-5) : « élabore un projet de service ou de département qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins ».

Néanmoins, le décret 2016-291 [3] a élargi les prérogatives :

- ☒ Du président de la CME, en introduisant sa participation à la nomination des chefs de service et chefs de pôles (le président de la CME propose alors qu'auparavant il ne donnait que son avis sur une proposition faite par le chef de pôle ou le directeur d'établissement).
- ☒ Et de la CME en lui confiant l'élaboration du règlement intérieur de l'établissement.

3 On peut ainsi invoquer une représentativité indirecte (très indirecte) du peuple des médecins hospitaliers.

- ☒ Dans l'organisation médicale de l'hôpital via l'élaboration du règlement intérieur par la CME qui notamment définit « les principes essentiels du fonc-

tionnement des pôles et des relations entre les chefs de pôles, les chefs de services et les responsables des départements ».

- ☒ Dans la nomination des chefs de service et des chefs de pôle via le président de la CME qui propose des noms pour ces postes.
- ☒ Ceci sous condition que le président de la CME ait au préalable consulté les membres élus et que ceux-ci aient pu se tourner vers les PHs dans les services.

4 Mais quoiqu'il en soit, il ne s'agit in fine que de consultations donc le « par le peuple » est aussi tenu que transparent...

5 En définitive, dans l'organisation hospitalière telle qu'elle existe actuellement, si la case « pour le peuple » est remplie, celle de « par le peuple » est vide au sens de la représentativité effective dans la gestion du « bien commun ». L'hôpital n'est donc pour les médecins hospitaliers, ni démocratie, ni même république.



Le point de vue du PUPH (Chef de service)

Professeur Patrick Goudot

Président du SNPHU

Service de Chirurgie maxillo-faciale

Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

Université Pierre et Marie Curie, Paris 6

Les recherches sur les termes « démocratie à l'hôpital », « démocratie sanitaire », renvoient systématiquement aux droits du patient, à la voix des patients et à l'évolution législative en faveur des « usagers ». S'il faut en croire cette terminologie, il fallait donc réglementer et sur ce thème, la loi Kouchner du 4 mars 2002 n'aurait donc pas été suffisante. À nous, hospitaliers, de nous demander pourquoi. Pour ce qui concerne le fonctionnement de nos hôpitaux, si la démocratie n'y était pas la caractéristique dominante, l'équilibre qui pouvait exister entre « pouvoir médical » et « pouvoir administratif » a été fortement altéré par la loi HPST de 2009. Le « conseil de surveillance » laisse ainsi peu de place aux élus médecins et syndicaux. Dans un tel fonctionnement, la CME, constituée d'élus, n'a plus qu'un rôle de chambre d'enregistrement où le défilé des mesures bien cadrées laisse peu de place à la discussion.

La loi Santé de Marisol Touraine n'a pas significativement amélioré cette situation. Si elle a pour conséquence le fait que « le chef d'établissement ne peut décider sans l'avis des médecins », « la lenteur de la décision du couple qu'il forme avec le président de la CME est volontiers une façon de la faire mieux accepter ». « L'implication de l'ensemble du corps médical dans la gestion et les choix stratégiques semble souhaitable ». Mais FJ Aubert, directeur adjoint du CHU de Limoges, quand il écrit ces lignes dans le BJPH (Bulletin Juridique du Praticien Hospitalier) d'octobre 2007 termine son article en invoquant la nécessité de « préserver l'équilibre des forces ». Ce dernier terme en dit long sur un mode de fonctionnement où le face-à-face l'emporte sur la démocratie, l'affrontement

sur l'échange. L'APHP vient, en mars dernier, d'éditer son règlement intérieur dont le corps est constitué de plus de 200 pages, auxquelles s'ajoutent plus encore d'annexes. J'y ai cherché en vain le terme de « démocratie » et la place des « élus » au sein de la foule des commissions, hors la CME, concerne essentiellement les syndicats et les « usagers ». À l'échelon de la structure de soins, des chefs de pôle et de structure interne, qui ne sont pas élus, une « concurrence » et l'assouvissement de pouvoirs personnels conduisent à des conflits majeurs entre médecins pouvant mettre en jeu la vie des plus fragiles ou des moins influents.

La démocratie formelle n'est donc, au sein de nos établissements HU, que façade. Mais est-ce cette démocratie qui doit nous intéresser ? Est-ce celle-ci qui fait notre vie quotidienne ? Sûrement non. **Notre quotidien est fait du travail d'équipe qui unit soignants médecins et non médecins au profit des patients**, qu'ailleurs on nomme « usager », comme à la SNCF (je suis dans le train quand j'écris ces lignes). C'est cette fonction qui doit nous rendre imperméables aux pressions institutionnelles et que nous jalouent les « non soignants ».

Il est révolu le temps où le mandarin chef de service avait tout pouvoir sur la carrière de chacun, médecin ou non.

La séparation des « hiérarchies » a mis les soignants non médecins à l'abri de ces excès. Les relations doivent aussi avoir beaucoup changé au sein de l'équipe médicale. Nous vivons une époque « charnière ». Les plus anciens d'entre nous peuvent avoir du mal à se reconnaître dans les plus jeunes.

Ceux-ci n'ont pas été formés de la même façon, non pas passé le concours d'internat et ne vivent pas les mêmes aspirations dans un monde qui autour de l'hôpital à lui aussi beaucoup changé.

Ce monde ne nous renvoie plus l'image aussi prestigieuse de notre fonction HU. Pour autant, et ainsi que nous en avons prêté serment lors de notre thèse, ainsi que nous nous y sommes engagés en embrassant la carrière universitaire, nous devons à ces générations nouvelles la transmission de notre savoir et même davantage. Sur des bases volontiers plus solides que celles que nous avons acquises autrefois, nous nous devons de les porter à une qualité supérieure à la nôtre. Autrement dit, nos successeurs doivent être meilleurs que nous.

Que vient faire ici la démocratie ? Pour nous, elle est l'essence même de cette filiation, de cet héritage. Transmettre n'est pas uniquement une action « verticale, descendante ». Elle suppose aussi bienveillance et écoute. Or la démocratie n'est rien d'autre que cette façon de « tenir compte des avis de ceux qui ont à exécuter les tâches demandées ». On est là encore assez loin du règlement intérieur de l'APHP qui, dans son article 227, précise que « tout agent du groupe hospitalier, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable des tâches qui lui sont confiées. Il doit se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement l'intérêt public » (quand même !).

Si au lieu de chercher « la démocratie à l'hôpital », on y instaurait le respect, respect « horizontal » mutuel entre soignants médicaux et non médicaux, respect « vertical » des anciens envers les plus jeunes, n'aurions-nous pas atteint un objectif encore supérieur ?

L'hôpital peut-il être sujet de la démocratie ?

1 L'hôpital est un outil du service public, défini par le juriste Leon DUGUIT [4] comme « toute activité dont l'accomplissement doit être assuré, réglé et contrôlé par les gouvernants parce que l'accomplissement de cette activité est indispensable à la réalisation et au développement de l'interdépendance sociale, et qu'elle est de telle nature qu'elle ne peut être réalisée complètement que par l'intervention de la force gouvernante ». Et le CESE précise [5] dans son avis 2017-3 que « la conception française de la fonction publique repose sur la recherche d'un équilibre constant entre intérêt public et initiative individuelle. Il confirme l'importance d'une action publique robuste et efficace, garante de l'intérêt général ».

2 L'intérêt général ne se conçoit donc pas au niveau de l'hôpital, mais au niveau politique et national. De fait, l'hôpital évolue dans un cadre préétabli au nom d'un intérêt général qui va au-delà de son « peuple » et c'est dans ce cadre là que s'organise son fonctionnement. Chacun y a des missions qui s'appuient sur des compétences spécifiques et ne relèvent pas des résultats d'un suffrage. Il s'agit donc d'une microsociété où la compétence détermine la position au nom de la responsabilité vis-à-vis d'un intérêt général extérieur. C'est là toute la grandeur du service public.

Mais, à l'hôpital, cette compétence est laissée sans voix quand il s'agit de définir les modalités pratiques de servir cet intérêt général au niveau de l'hôpital. **Mais cette compétence reste sans voix** quand il s'agit de se saisir des espaces d'expression disponibles... La responsabilisation et la responsabilité qui sont successivement convoquées ici sont intimement liées et ne peuvent exister l'une sans l'autre. Elles sont pourtant des remparts contre l'errance et la deshérence.

3 Il existe, au sein de l'hôpital, des espaces où la démocratie pourrait s'exprimer, dans le respect et au bénéfice de l'intérêt général, tout en générant de la responsabilisation individuelle.

En premier lieu, au niveau de la gouvernance de l'hôpital et de la place des représentants des médecins : car, sur quels arguments peut-on justifier que les médecins n'aient qu'une voix consultative sur le projet médical de l'hôpital ? Sur la politique de la recherche clinique ? Sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation en pôles de l'établissement ? Alors même que leur présence au sein de l'hôpital n'est basée que sur la reconnaissance de leur compétence médicale ?

En deuxième lieu, au niveau de la gouvernance des services et pôles : à quel titre les médecins censés porter la parole de leurs confrères ne sont pas élus par leurs pairs mais nommés par des administratifs ? Il s'agit là de la reproduction du schéma de ces derniers basé sur la hiérarchie des fonctionnaires et de la possibilité d'ingérence d'un supérieur dans l'exercice d'un subordonné et où donc le subordonné n'a pas de voix au chapitre. Or l'indépendance professionnelle

est un des piliers du code de déontologie. Les médecins ne peuvent donc être soumis qu'à une hiérarchie fonctionnelle qui doit nécessairement être reconnue comme légitime.

4 Encore faut-il que les médecins eux-mêmes se saisissent de cet espace de démocratie et le fassent vivre.

L'exercice de cette responsabilité requiert un niveau de connaissance suffisant à en comprendre les enjeux. C'est là l'un des rôles des syndicats. On ne saurait réduire leur rôle à celui de la revendication. Les syndicats contribuent à la diffusion de l'information et à l'accession des professionnels au statut de citoyens dans leur espace de travail. Chacun peut choisir d'être citoyen passif ou actif. Mais seuls ces derniers peuvent se prévaloir d'exercer leurs responsabilités vis-à-vis de l'intérêt général.

5 Hôpital et démocratie sanitaire

Tabuteau [6] a défini « 3 cercles de légitimité » démocratique dans le domaine de la santé : la démocratie politique qui détermine et conduit la politique de santé, la démocratie sociale qui requiert une gestion de l'assurance maladie par les assurés sociaux et la démocratie sanitaire qui désigne la représentation active des usagers dans les instances de santé. Il s'agit là d'une démocratie « d'équilibre » où coexistent représentativité indirecte (État), corps intermédiaires (partenaires sociaux) et représentativité directe (patients).

Les démocraties sociales et sanitaires se positionnent comme des contre-pouvoirs face à la démocratie politique qui ne saurait décider seule des priorités de santé et de leur coût et ce d'autant qu'elle n'est pas en position de neutralité face aux paramètres sociaux (électeurs) et économiques (détermine le budget à gérer). Du fait de la place croissante, dans le financement de l'Assurance maladie, de la CSG au détriment des cotisations (Cf. MAG 11) le poids de l'État s'accroît dans la gestion de l'assurance maladie et, par voie de conséquence, celui de la démocratie sociale tend à s'estomper dans la gestion de l'Assurance maladie. Reste la démocratie sanitaire qui est censée agir comme contre-pouvoir face aux ARS (Mag 7, ITW. D. Tabuteau).

Ainsi que l'écrit Batifoulier [7] « si le patient est reconnu dorénavant apte à participer à la décision thérapeutique à la suite de la thématique du « patient actif » - pour être co-décideur de sa santé -, il peut aussi être reconnu compétent en matière de choix d'allocation des ressources ». Au sein de l'hôpital les missions des représentants des patients sont bien définies (cf. tableau "Législation hospitalière et démocratie hospitalière" [16]) et leur périmètre d'action est consultatif. Néanmoins, les représentants des patients ont une place à prendre dans la co-construction du système de santé dans son ensemble via les conférences régionales et nationales de santé.



Le point de vue du DRH

Frédéric Spinhirny

Directeur des Ressources Humaines
Hôpital Universitaire Necker-Enfants Malades
Rédacteur en chef revue « Gestion Hospitalière »

La démocratie à l'hôpital

Si parler de démocratie dans une organisation de travail semble aujourd'hui naturel, cela ne va pourtant pas de soi.

D'un côté effectivement, nous sommes habitués à entendre et à utiliser le lexique de la démocratie depuis son introduction dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, notamment pour défendre l'usager-citoyen porteur de droits, face à l'institution considérée traditionnellement comme opaque, silencieuse ou arbitraire.

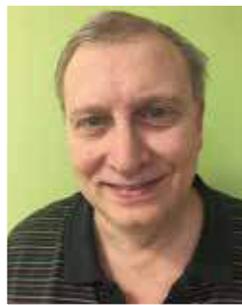
Puis la démocratie est devenue la source conceptuelle pour réorganiser le système de santé en faveur des acteurs de proximité. Ainsi, la Haute Autorité de Santé définit la démocratie sanitaire comme « une démarche qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation ». Il s'agit donc de permettre et d'ouvrir le dialogue dans le but d'améliorer la prise de décision collective. Lors du 1^{er} forum de l'institut pour la démocratie en santé, le 1^{er} février 2016, le propos est clair : « La transparence des échanges, la réduction des asymétries d'information, l'émancipation des personnes sont des marqueurs de la transformation de notre société. La santé n'échappe pas à cette transformation, bien au contraire : la démocratie sanitaire existe, elle grandit et se développe. Notre objectif est qu'elle profite à tous et concourt à l'amélioration de notre système de santé ». La récente loi de modernisation de notre système de santé acte ainsi la création des conseils territoriaux de santé, renforce encore la place et la formation des représentants des usagers, durcit les obligations de transparence et d'information aux patients. A l'hôpital, se décline également une « démocratisation de la gouvernance » dont l'ambition est d'impliquer les usagers dans des commissions, de recueillir leur satisfaction, mais aussi d'amé-

liorer la représentation du personnel médical et paramédical, en déconcentrant les instances de discussion au plus proche de l'activité (organisation en pôle, groupe de travail pluridisciplinaire, dialogue de gestion partagé, projet participatif, etc.).

Pourtant nous devons être sincères, il existe aussi des pathologies de la démocratie qui doivent nous rendre vigilant. Autrement dit, s'il est intellectuellement satisfaisant de parler de démocratie pour éviter les critiques (qui peut s'opposer à une démocratisation ?), il faut connaître les limites de cette métaphore à l'hôpital qui est un lieu de soin, pas un espace politique. Certes, toute concentration d'individus implique des relations de pouvoir entre les acteurs, mais n'oublions pas que l'action politique est une action libre, pas un geste contraint par un objectif, quel qu'il soit. Premièrement, la démocratie reste un régime politique qui donne le pouvoir au peuple ; ce n'est pas une méthode d'organisation de travail, où le salarié est dans une position contractuelle avec son employeur et dont l'activité n'est pas libre car orientée par la demande de soin. Deuxièmement, si nous prenons au sérieux l'appel de la démocratie sanitaire, nous observons aussi les critiques classiques de la démocratie politique, meilleur des régimes à l'exception de tous les autres : demandes illimitées des usagers dans leurs droits ; revendications individuelles permanentes des agents et du personnel médical, négligeant l'intérêt général ; multiplications des instances et discussion collective qui peuvent bureaucratiser et allonger d'une manière significative la prise de décision ; neutralisation du conflit comme méthode de régulation des antagonismes. Enfin, il existe un risque de corruption de la démocratie, souvent annonciateur d'une reprise en main drastique, notamment en période d'austérité ou d'urgence.

C'est la raison pour laquelle, il ne faut pas se tromper de combat. Si nous souhaitons véritablement parler de démocratie à l'hôpital, alors commençons d'abord par son fondement, à savoir changer la culture de la prise de parole pour retrouver le caractère saillant, voire scandaleux de la démocratie des origines. **Précisément, il s'agit de rendre les conditions possibles pour que chaque individu à l'hôpital puisse, quelle que soit sa position hiérarchique, son métier ou sa situation personnelle, exprimer son avis et poser toutes les questions, sans jamais se sentir illégitime ou susceptible de représailles.** Nous parlons bien d'une capacité de répondre, d'avertir ou d'inquiéter l'institution sans être poursuivi : une infirmière qui observe et signale un mauvais geste d'un médecin, un directeur qui exprime son inquiétude sur un projet institutionnel ou qui interroge l'obsession comptable, un cadre qui dénonce les propos discriminatoires d'un agent, un personnel technique qui demande des comptes au directeur des finances, etc. **Dans un milieu complexe comme l'hôpital, la culture de l'intimidation est très ancrée car liée à de multiples relations de pouvoir.** Déconcentrer la décision et développer le management participatif sont une chose, recréer une culture de conflit sain et de parole libre pour faire avancer les projets en est une autre, plus essentielle. Ensuite, nous le répétons, la démocratie et ses longues procédures participatives, reste difficilement compatible avec le caractère urgent des soins et même, des injonctions économiques qui pressent à établir des mesures d'efficience au mois le mois. Il y a des situations de crise qui échapperont à cette logique de discussion. Ne brandissons donc pas la démocratie pour empêcher l'action nécessaire. Enfin, ne déployons pas une démocratie formelle, une démocratie d'experts, autrement dit une technocratie qui viendrait désamorcer les efforts effectués pour laisser l'expression libre aux acteurs les plus proches du soin et donc, de la valeur ajoutée de l'hôpital public.

Une démocratie réelle à l'hôpital ne doit pas renforcer l'institution, mais permettre son tremblement.



Le point de vue du chef de pôle

Daniel Amsalem

Praticien hospitalier, neuropédiatre
et chef du pôle MGEA

Le pôle médico-chirurgical de l'enfant et de l'adolescent du CHU de Besançon compte 123 lits dont 115 lits d'hospitalisation conventionnelle, une forte activité de consultations médicales et chirurgicales, des centres de référence et des centres de compétences maladies rares. Le personnel médical se compose d'environ 40 médecins titulaires, de 5 chefs de clinique, de 11 assistants partagés avec les CHG, de 8 internes de pédiatrie par promotion et 4 internes de chirurgie pédiatrique par semestre, d'externes de médecine générale, d'externes. Le personnel paramédical compte environ 400 personnes.

Le bureau restreint du pôle est assuré par le chef de pôle, la cadre supérieure, un directeur référent et d'une assistante de gestion. Chaque lundi, hors vacances, pendant 1h30, le bureau se réunit pour la gestion courante et accueille un ou plusieurs invités selon le thème retenu. Le conseil de pôle est réuni une fois par mois le lundi entre 12h30 et 14h pour traiter l'ordre du jour et les questions diverses. Les dates sont communiquées pour l'année. L'ordre du jour est adressé, en amont de la réunion, à tous les membres de droit : médecins thésés et cadres des services constitutifs du pôle. Un compte rendu est adressé par mail à tous les participants présents ou excusés.

La gestion des crises, de différents interhumains, d'inquiétude, s'effectue lors d'entretiens individuels ou de petits groupes. Le pôle compte 3 services et 4 PU-PH, avec un respect des prérogatives des chefs de service.

Le Directeur Général choisit le Chef de pôle sur proposition du Président de CME. **Le pôle effectue aussi une élection interne tous les 4 ans pour faire connaître le désidérata du pôle. Les membres votants sont les médecins et chefs de clinique.**

En tant que chef de pôle, je suis membre invité en CME et en Directoire. Les mardi midi se tient un bureau de CME informel pour échanger sur les dossiers en cours, ce qui permet des synergies utiles et de désamorcer de possibles situations critiques. Les relations médico-directorales font l'objet de réunions points si nécessaire. **Le contrat de pôle est la convergence entre le projet hiérarchisé de l'équipe médicale et paramédicale et la déclinaison du projet médical et de soins de l'établissement.**

L'élaboration du contrat de pôle fait l'objet de réunions de travail, d'échanges de mail, avec la volonté de faire participer au projet toutes les surspécialités de pédiatrie et de chirurgie pédiatrique. Ceci permet de conserver le dynamisme des équipes, de hiérarchiser les projets et demandes de moyens. Après signature du contrat, l'avancée des projets est examinée annuellement.

L'élément nouveau est la formation des groupements hospitaliers de territoire. Nous aurions souhaité un seul GHT sur le territoire de la Franche-Comté. Les médecins des services de pédiatrie des CHG sont en majorité issus du CHU et de la faculté de Besançon. Nous veillons à ne pas créer de différentiels de coopération injustes entre les établissements du GHT centre qui est le nôtre (Dole et Pontarlier) et les CHG des autres GHT (Belfort, Lons, Saint-Claude, Vesoul). Les liens entre les différents établissements sont renforcés par les assistants partagés. Les relations avec l'ARS sont médiées par une démarche commune médicale et Direction.

La particularité de la pédiatrie tient aux rapports privilégiés avec le secteur médico-éducatif. Ces liens s'inscrivent dans des conventions de coopération, validées par la Direction Générale et la CME. Les liens avec la MDPH et l'école sont quotidiens et s'inscrivent dans le respect des législations.

La démocratie existe dans le respect mutuel des équipes soignantes et des directions. Il faut se connaître et apprendre à travailler ensemble, ce qui n'est pas difficile car le sens du service public est partagé. Au sein des équipes, il faut une proximité associée à une organisation interne. Lorsque les équipes sont constituées de personnes qui s'estiment, les frictions ne sont pas violentes.

J'ai le sentiment que la démocratie existe mais a besoin d'une organisation et d'une cohérence. Les longues réunions ne sont pas utiles. Il faut privilégier des échanges fréquents.



Le point de vue du représentant des patients

Marie Citrini

Représentante des Usagers, Hôp. Saint-Antoine

Représentante des Usagers, Conseil de Surveillance de l'AP-HP

Vice-Présidente de Créteil Respire A Cœur

2002 – 2018 : Vers quelle démocratie en santé ?

La loi du 4 mars 2002 a donné la possibilité aux usagers de participer à certaines instances de l'hôpital. Pour cela, des représentants, associatifs agréés par l'Agence régionale hospitalière puis par l'Agence régionale de santé, ont été nommés pour des mandats de 3 ans. D'abord cantonnés à la Commission qui permettait de prendre connaissance des réclamations des usagers de l'hôpital, depuis quelques années, les représentants des usagers sont de plus en plus impliqués dans les politiques d'amélioration des établissements de santé et plus particulièrement en ce qui concerne la qualité d'accueil et de sécurité des soins.

Aujourd'hui, on constate que si le management hospitalier est convaincu du bienfondé d'associer des représentants des usagers ou des associatifs à la construction de politiques d'amélioration pour le plus grand nombre, il n'est pas si évident pour les professionnels de santé d'accepter la présence de profanes. Un jour qu'on me demandait quels diplômes j'avais pour me considérer comme patient-intervenant, je rétorquais à ce médecin : « le diplôme sur votre mur me garantit-il votre compétence ? ». Si cette réflexion avait fait rire l'amphithéâtre rempli de soignants de toute catégorie, elle m'a également fait réfléchir à la notion de légitimité.

Suis-je légitime parce que je suis malade chronique depuis 26 ans ? Suis-je légitime parce que je suis dans une association de santé depuis 30 ans ? Suis-je légitime parce que l'ARS Île-de-France m'a donné un mandat ?

Et le soignant, est-il légitime parce qu'il soigne une pathologie depuis 25 ans ? Est-il légitime parce qu'il a fait des études pour cela ? Sa légitimité est-elle renforcée parce qu'il est PU-PH ou parce qu'il est cadre de pôle ?

Nous sommes, chacun à notre place, légitimes à participer à l'amélioration de notre système de santé. Mais pour les usagers, la légitimité venue de la loi, se conquiert en allant sur le terrain, au plus près des équipes et des usagers : alors, notre point de vue profane devient une valeur ajoutée dans l'amélioration d'une prise en charge, autrefois uniquement dévolue aux professionnels de santé.

Les usagers investissent tous les champs de la démocratie en santé. Il n'est plus uniquement question de la dimension sanitaire, soignante et hospitalière mais également au champ du médico-social, de l'éducation.

Ainsi, les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) se construisent et s'animent avec des usagers qui bénéficient aujourd'hui de formations comme celles que proposent les Pôles Ressources ETP.

Ce sont aussi des universités qui ouvrent leur enseignement à un partage entre professionnels et patients comme à l'Université de Bobigny où 20 patients enseignants participent à la réflexion de jeunes médecins se formant à la médecine générale.

Enfin, ce sont des usagers impliqués dans les établissements de santé qui ont contribué pour la plupart à l'évaluation et les plans d'amélioration lors de la certification de la Haute autorité de santé (HAS) lors de la V2014.

A chacun de vous qui déjà avez franchi le Rubicon et associez des usagers à votre réflexion et/ou à votre prise en charge, un grand merci.

A ceux qui ont encore des craintes, soyez assuré que les usagers ne sont pas dans une démarche de jugement ou de revendication mais dans un mouvement participatif et collaboratif. Tentez l'expérience !

Que cette nouvelle année soit pour chacun de vous une année de découverte, de renforcement et de convictions que plus jamais la médecine ne peut être du fait d'une seule personne mais d'un collectif de professionnels auquel peut s'ajouter le regard profane d'un associatif et/ou d'un usager.

En tant que service public, l'hôpital est objet de la démocratie

« Il n'y a guère de légitimité démocratique sans justice sociale. » Jürgen Habermas

1 Le Service public donne accès à la citoyenneté

La démocratie [8] est le mode de gouvernance où le bien commun, la « res publica », représente l'ensemble des outils permettant à tous l'exercice de la citoyenneté et donc du pouvoir démocratique. Les services publics sont de ces outils, puisque ils permettent, au niveau de l'individu, l'accession à la citoyenneté politique (au sens de la connaissance de Platon), sociale (au sens de la possibilité pratique d'exercer cette citoyenneté), et économique (au sens de la participation à la dynamique de la cité). Au niveau collectif, les services publics garantissent la préservation des paramètres sous-tendant la construction du destin collectif [8].

Leon DUGUIT [4] soulignait quand à lui le rôle des services publics qui est « indispensable à la réalisation et au développement de l'interdépendance sociale ».

Et le CESE parachève [9] : « les services publics ne pouvaient être réduits à une unique relation de service, certes importante à affirmer dans la société actuelle, mais reductrice de leur action. Ainsi, les missions de contrôle et d'expertise de l'administration mais aussi de prescription, servent le principe d'égalité, principe général du service public. ».

2 L'hôpital preserve la citoyenneté et l'égalité des droits à la santé

La place de l'hôpital dans la prise en charge de la population illustre son rôle dans la préservation de l'accès aux soins et donc de la possibilité d'accéder au statut de citoyen.

☒ D'une part, l'hôpital reçoit toutes catégories de population et notamment les précaires, soit parce qu'ils n'ont

pas de couverture maladie (PASS) soit parce que leur assurance complémentaire ne leur permet pas de couvrir les dépassements d'honoraires du secteur privé [10].

☒ D'autre part, l'hôpital prend en charge toutes les pathologies ou plutôt, **l'hôpital prend en charge toutes les pathologies y compris celles non prises en charge par le secteur privé [11]** notamment les hospitalisations longues, en médecine, avec des techniques invasives complexes, aux âges extrêmes de la vie.

☒ Enfin, par l'accès aux soins qu'il permet aux populations les plus précaires, l'hôpital, participe au bien-être général et à l'augmentation du bonheur déclaré : « la santé est une porte d'entrée pour le care en général » souligne [12] citant une expérience menée en Oregon en 2008 où étaient comparées deux populations, l'une disposant d'un accès aux soins via une assurance santé et l'autre pas.

☒ Mieux encore, « **on peut contribuer à soigner la pauvreté et l'exclusion par le soin de santé** » car « La prise en charge des frais médicaux lève l'inquiétude sur l'avenir et permet aux individus de mieux maîtriser leur existence ».

☒ Et enfin, cet état de mieux être diminue les inégalités qui sont alimentées par l'insécurité (Wilkinson 2010 cité par [12] et qui alimentent la maladie puisqu'il existe un gradient social entre pauvres et riches, les seconds étant plus malades que les premiers [Fassin, 2009 ; BEH, 2011 cités par [12].

3 Le statut des médecins hospitaliers (et des agents publics en général) permet la mise en application des valeurs de service public sous-tendant l'accès à la citoyenneté.

Il est de bon ton depuis quelques années, de réduire les agents des services publics à des rentiers de leur statut, lequel leur assurerait un salaire confortable, réévalué chaque année, indépendamment de leur compétence et du travail fourni. Hormis le fait que le statut d'agent public n'est pas si protecteur que l'on veut bien nous le laisser croire [13] [14], et l'agent public moins irresponsable qu'il ne l'est dit, Article 15 de la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen, « la société a le droit de demander compte à tout agent public de son administration », **il ne faut pas perdre de vue que ce statut a été élaboré pour le service public et non pour le fonctionnaire** : « les garanties que le statut des fonctionnaires apporte en termes d'indépendance et d'impartialité, pour la bonne exécution de leur mission » [9].



Rappelons

quelques « détails » :

1. « Le statut général exprime le « contrat » existant entre la Nation et la fonction publique. Il exprime les principes et valeurs qui fondent l'action des agents des administrations publiques (intégrité, impartialité, loyauté). Il définit les garanties et les devoirs attachés aux fonctions et destinées à protéger les citoyens, l'autorité politique et bien sûr les fonctionnaires eux-mêmes » (loi 13 juillet 1983).
2. « l'agent public intervient comme ses collègues, ses collaborateurs et ses chefs de service dans le cadre d'une hiérarchie administrative qui dépend du Gouvernement et des élus » (loi 13 juillet 1983) ». Donc l'action des agents publics se situe dans une politique définie par les élus, ceux-là mêmes qui se plaignent de leur coût qu'ils ont par ailleurs défini également.



Le point de vue du VPCME

Dr Eric Oziol

Trésorier du SYNDIF, SYNDicat Des Internistes Français
 Interniste, Service de médecine hospitalière, Centre Hospitalier de Béziers
 2 rue Valentin Haüy BP740
 34525 Béziers CEDEX
 eric.oziol@ch-beziers.fr

Vingt ans de CME

Mon premier contact avec la démocratie hospitalière date de 1996, en devenant représentant des chefs de clinique à la CME. Avec des rôles évolutifs, je ne l'ai depuis plus quittée : chef de service, puis chef de service et chef de pôle expérimental, puis chef de pôle en quittant la chefferie de service, puis à nouveau chef de service en quittant la chefferie de pôle et maintenant vice-président de CME.

Vingt ans de réforme hospitalière

Cette période a vu se succéder trois réformes hospitalières. **En 1996** : création des Agences Régionales de l'Hospitalisation avec un rôle de planification et de contrôle ; représentation des usagers et de l'assurance maladie au Conseil d'Administration (CA) des établissements publics de santé (EPS). **En 2005** : renforcement des prérogatives de la CME ; organisation en pôles ; remplacement du budget par un état prévisionnel des recettes et des dépenses prélude à la T2A. Mais **en 2009** : perte des pouvoirs de la CME obtenus en 2005 ; remplacement du CA par le Conseil

de Surveillance (CS) ; augmentation des prérogatives du Directeur qu'il exerce soit seul, soit avec le président de la CME, ou avec le Directoire.

Une démocratie représentative, mais assujettie à la réglementation

Quelles ont été les conséquences de ces réformes sur la démocratie hospitalière ? D'une part l'augmentation des prérogatives du Directeur a eu tendance à orienter le management dans un sens autoritaire. D'autre part même s'il existe des institutions démocratiques (CME, CTE, CHST, CS, Directoire, comités divers : CLIN, CLAN, CLUD...) où siègent usagers, élus du peuple, directeurs et élus ou désignés des catégories professionnelles, leur rôle est contraint par les réglementations et les normes. En raison des calendriers imposés et du temps limité des représentants, tout n'est pas discuté dans ces instances. **Peu à peu les CME se sont transformées de « foires d'empoigne » plus ou moins constructives, en « chambres d'enregistrement » où l'expression**

démocratique se résume à des votes « à main baissée » (qui est contre ? qui s'abstient ?), pour valider des nécessités réglementaires.

La démocratie à l'hôpital n'est-elle pas le reflet du style de gouvernance ?

Au-delà de cette démocratie représentative, mais au pouvoir limité, la gouvernance des EPS est-elle démocratique ? En fait l'organisation de l'hôpital, hors profession médicale, est très hiérarchique. Pour les médecins, même s'il y a des chefs de « structures internes » et des responsables de pôle, il n'y a pas de véritables relations hiérarchiques avec les autres professionnels et encore moins entre les médecins. Même les internes ne sont pas sous autorité, mais en responsabilité partagée avec les praticiens. A l'inverse, l'organisation des autres professions est très pyramidale avec des cadres, des cadres-supérieurs, des directeurs et surtout une évaluation individuelle à laquelle la titularisation et l'avancement sont assujettis. Les directeurs eux-mêmes sont soumis à un système d'évaluation et

3. « L'action publique ne doit pas être déstabilisée par l'usage unique du management par les chiffres et par l'insuffisance des bilans des réformes précédemment entreprises. » [9].

4. Notre statut de praticiens hospitaliers préserve et protège notre indépendance professionnelle : personne ne peut intervenir dans notre exercice professionnel, dont nous sommes seuls responsables, conformément au code de déontologie...et en particulier, aucun paramètre d'ordre financier ne doit nous écarter de notre mission.

5. Notre statut de praticien hospitalier définit nos obligations qui sont celles du service public (Article L. 6112-3), « garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions : 1. L'égal accès à des soins de qualité ; 2. La permanence de l'accueil et de la prise en charge... ; 3. La prise en charge aux tarifs fixés »...

de primes, et directement par l'ARS pour le chef d'établissement.

En pratique c'est le style de gouvernance des *leaders* de cette oligarchie directoriale, d'encadrement et médicale, qui fait le « régime politique » de l'hôpital. Mais est-il démocratique ?

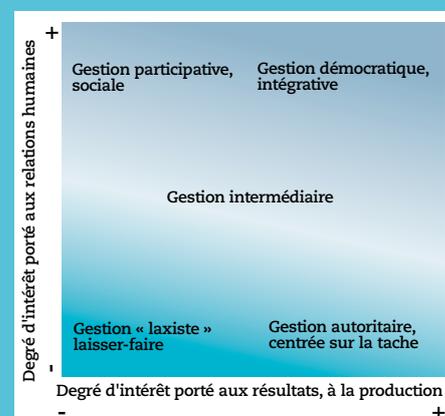
Des différents types de management, quel est le plus démocratique ?

En 1964, Robert Blake et Jane Mouton ont suggéré une grille managériale avec cinq styles de *leadership* basés sur le niveau d'intérêt que le leader accorde soit à ses employés (ordonnée), soit à la production (abscisse) (cf. schéma). Le **management laxiste, nonchalant ou appauvri** n'a qu'un objectif : se maintenir dans la hiérarchie avec un minimum d'effort à fournir. Le **management participatif ou social** est tourné vers le besoin des individus afin de créer une organisation dont l'ambiance est conviviale et le rythme de travail confortable. Le **management autoritaire** ou centré sur la tâche est fondé sur l'obéissance et à la protocolisation des tâches afin que le facteur (du latin *factor* : auteur, créateur, fabricant) humain intervienne le moins possible. Le **management intermédiaire ou institutionnel**, rend possible d'atteindre des performances correctes en trouvant un équilibre entre les nécessités de production et le maintien du moral des employés à un niveau

satisfaisant. Enfin, le **management « intégrateur », parfois qualifié de « démocratique »** est fondé sur le travail d'équipe et l'intelligence collective. Les résultats sont alors obtenus par des membres se sentant tous engagés. L'interdépendance résultant d'un objectif commun nécessite des relations de confiance et de respect mutuels. C'est le mode de management le plus durable tant pour les résultats économiques sur le long terme, la capacité d'adaptation aux évolutions, la capacité de créer, de générer des projets et d'entreprendre.

Changer de paradigme pour une meilleure gouvernance : la confiance comme ciment de la démocratie.

Avant de reprocher son *leadership* à notre « chef », posons-nous la question de notre propre *leadership*, dans notre vie, avec nos proches, dans notre métier. Une grande partie de nos problèmes est plus liée à des difficultés entre médecins, entre professionnels, qu'à une « maltraitance » directe par notre « administration ». Les institutions sont certes importantes pour le fonctionnement d'une démocratie, mais elles ne sont rien sans le *factor* humain qui légitime en permanence la démocratie : « le pouvoir du peuple ». L'entente entre professionnels nécessite de la confiance. Celle-ci dépend d'une communication respectueuse, ainsi que d'engagement et de responsa-



bilité des acteurs. Cependant cette confiance, dépend beaucoup d'un management facilitant. Le « Directeur » (ou « chef » quel qu'il soit) ne devrait pas être un donneur de directives (d'ordres) mais un donneur de direction (de sens, d'orientation ; voire du sens, du signifiant).

Il n'y aura pas d'avenir dans les hôpitaux sans management conjoint entre médecins, directeurs, mais également avec les équipes pluri-professionnelles, pour donner un sens humain aux objectifs économiques de fonctionnement. La confiance est la condition pour un bon fonctionnement d'équipe. La démocratie est l'expression de cette intelligence collective et le projet d'établissement devrait être une des opportunités d'expression de cette démocratie à l'hôpital.

« L'objet principal de la politique est de créer l'amitié entre les membres de la cité. »

Aristote

LE CHOIX DE LA DÉMOCRATIE À L'HÔPITAL EST-IL UNE UTOPIE ?

L'exercice de la démocratie, à l'hôpital comme ailleurs, est une attitude active, qui permet d'être plus présent au monde, qui concerne le « vivre ensemble » en vue du « construire ensemble ». C'est un pari optimiste sur une « interdépendance sociale » harmonieuse et responsable, telle celle qui permettrait de substituer la médiation à l'affrontement (cf. ITW ci-après).



Préserver cet optimisme est une nécessité pour la démocratie

Dans le domaine de la santé le concept de l'aléa moral économique illustre les conséquences de sa perte [12]. L'aléa moral stipule que l'extension de la couverture santé augmente les dépenses de santé. L'aléa moral économique juge que ces dépenses ne sont pas justifiées par un besoin mais par une attitude irresponsable du patient qui dépense plus uniquement parce qu'il dispose de plus. Cette vision délibérément et à priori pessimiste du patient le dépossède de toute valeur citoyenne et le réduit à un consommateur compulsif. Elle présente surtout l'assurance maladie comme le problème à l'origine des dépenses excessives de santé.

En y regardant de plus près, il s'avère qu'effectivement il existe une augmentation des dépenses de santé mais sur des secteurs qui, en l'absence de couverture sociale, donnaient lieu à un renoncement aux soins. L'état de santé de la population s'améliore, les arrêts de travail diminuent et la cohésion sociale augmente du fait d'un ressenti de bien-être général. L'assurance santé « ne peut être réduite à un problème de prix trop faible qui fait consommer les bien-portants, comme le veut la théorie économique standard. »

Malheureusement pour nous, c'est le pessimisme qui l'a emporté et avec lui sa vision réductrice de l'individu et la nécessité de le responsabiliser en introduisant un partage des coûts. Le partage des coûts augmentant le restant à charge, la nécessité d'une assurance complémentaire s'impose, tout comme l'idée que vraiment, le problème est l'assurance maladie. Tout cela, pour le bien de la communauté, et pourquoi pas aussi pour celui du malade qui est ainsi éduqué. Mais l'augmentation du restant à charge touche surtout les populations pauvres (qui sont plus malades que les riches) ce qui augmente le renoncement aux soins, les complications liées à une prise en charge tardive et donc les dépenses publiques inhérentes à leur prise en charge (ex avec le VIH) [15] mais aussi les risques pour la population générale « Les barrières financières introduites dans l'accès aux soins peuvent induire, au-delà des menaces pour la santé des individus eux-mêmes, un risque collectif de propagation des maladies et d'altération du bien-être collectif nécessitant de nouvelles dépenses publiques » (12).

S'agit-il de pessimisme ou d'opportunisme ? « Ce n'est pas tant la gratuité que l'esprit de gratuité qui est considéré comme une pathologie » résume ce même auteur. **Quoiqu'il en soit, il s'agit d'une atteinte à la démocratie via la réduction du périmètre du service public, en l'occurrence l'assurance maladie.**

« Le CESE insiste sur la nécessaire mise en cohérence d'une orientation suivant laquelle l'action publique doit être mise au service des personnes, y compris suivant des objectifs qualitatifs, et des règles de gestion des coûts ne tenant que trop faiblement compte de tels objectifs. L'accès à la santé, à l'éducation, la préservation de l'environnement, entre autres, sont autant de missions de service public que le principe d'égalité suppose de mettre en forme d'une manière suffisante sur le territoire, sans que des considérations de coût strictement budgétaires emportent le sens des décisions à prendre. **Le CESE relève avec force que la qualité de l'action publique ne peut être mesurée sans une évaluation de ses engagements et de ses résultats sur le long terme.** »

« Le risque est grand que le rééquilibrage de la relation médecin-patient puisse être instrumentalisé pour faire émerger un consommateur souverain et prévoyant, responsable de ses dépenses. Puisque le patient n'est plus l'être infantile du paternalisme médical, il peut rendre des comptes. Dans l'univers marchand, la seule démocratie qui vaille est celle des consommateurs, qui se réalise dans la capacité à faire jouer la concurrence, alors que l'idéal de la démocratie sanitaire est de donner la parole aux usagers du système de santé ».

Philippe Batifoulier

Philippe Brachet

Les tribunes de la santé hors série, mars 2014, numéro hors série « Pour une élaboration démocratique des priorités de santé »

Partage des coûts, reste à charge et aléa moral

(D'après Philippe Batifoulier, « Faire payer le patient : une politique absurde », Revue du MAUSS, 2013/1 n° 41, p.77-92.)

Les mécanismes de partage des coûts entre l'assureur et l'assuré (le patient) relèvent de quatre dispositifs :

☒ **Le ticket modérateur (ou coassurance)**, correspond à un pourcentage du coût des soins, (très développé pour les consultations de médecins généralistes ou spécialistes ainsi que pour les médicaments en France).

☒ **Le copaiement**, qui est une contribution forfaitaire indépendante du coût, correspond à un coût fixe d'entrée. Ce mécanisme est quasiment systématique pour les soins hospitaliers. Il correspond à un forfait séjour ou à un forfait que doit acquitter le patient pour certains soins.

☒ **La franchise est un seuil annuel de déclenchement de la prise en charge** qui est particulièrement développée en Suisse et aux Pays-Bas ou encore en Suède sur les médicaments remboursables. Elle a fait récemment son apparition en France en étant articulée à un mécanisme de copaiement pour les médicaments et les transports sanitaires. Le remboursement intégral se déclenche au-delà d'un seuil de 50 euros annuel.

☒ **Le tarif de responsabilité est un prix limite de prise en charge publique. Le patient prend en charge la différence de prix entre le prix public et le prix réel.** Cette stratégie est très développée pour le médicament en Europe.

Ces dispositifs ont en commun d'augmenter le reste à charge du patient (frais de santé non pris en charge par l'assurance maladie (la Sécurité sociale)).

L'accentuation du « reste à charge » du patient peut être refinancée soit par une assurance complémentaire (par exemple une mutuelle) et/ou être directement assumée par les ménages (out-of-pocket payments).

L'augmentation du restant à charge est une tendance constante et représente une part de plus en plus grande dans le budget des ménages.

Cette évolution s'appuie sur la théorie économique de l'aléa moral (qui diffère du concept d'aléa moral simple).

La notion d'aléa moral du patient désigne la consommation de soins induite par l'assurance. Cette notion est neutre et ne dit rien sur le caractère justifié ou injustifié de cette consommation.

La théorie économique standard de l'aléa moral en donne une interprétation négative : être bien assuré induit du gaspillage.

« L'assurance santé, comme les assurances sociales dans leur globalité, contribuent au mieux-être de la population. En distribuant des bienfaits qui vont au-delà de l'état de santé, l'assurance maladie entretient le lien social et le progrès collectif. Mais cette ambition est une construction politique et non une donnée naturelle. En faisant habilement croire que l'assurance santé était un problème, la théorie économique de l'aléa moral a réussi à éroder cette visée du bien commun. En mariant assurance et gaspillage, elle a conseillé de déployer des mécanismes de partage des coûts qui incitent le patient à se départir d'une consommation de soins injustifiée. Cette conception conduit structurellement à l'augmentation des inégalités. En mettant des barrières financières à l'entrée du système de soins, elle prive de soins ceux qui en ont le plus besoin. En cherchant à éradiquer les soins inutiles, on empêche les soins utiles. Une stratégie absurde et contre-productive car elle coûte cher à la collectivité tout en délitant le pacte social. ».

Etre citoyen à l'hôpital

Nous l'avons vu en amont, l'exercice de la citoyenneté requiert une responsabilisation vis-à-vis du bien commun et une attitude active de responsabilité dans la préservation de ce bien commun. Ce sont exactement les attentes que les PH [1] nomment respectivement (esprit d'équipe, légitimité, reconnaissance) et (implication, communication, exemplarité).

Redonner un périmètre d'exercice des responsabilités aux médecins hospitaliers n'est une question ni d'égo, ni de pouvoir, juste de sens.

Acquérir les connaissances nécessaires à l'exercice de ces responsabilités et choisir de les exercer relève du choix de chacun d'entre nous.

L'hôpital en tant que service public est un des éléments de ce pari à un niveau supérieur, celui de la nation. Par son action sur la santé de la population, il permet de donner un périmètre d'exercice des responsabilités aux individus qui auront ainsi la liberté de devenir citoyens.

Les syndicats de médecins hospitaliers sont des rouages clé dans ce processus d'acquisition et de préservation de la dynamique démocratique car ils participent tant à l'acquisition de la connaissance citoyenne qu'à la défense du périmètre d'exercice de cette citoyenneté.



Participez à la démocratie, votez et faites voter lors des élections professionnelles !

REFERENCES

- [1] L'hôpital, les médecins et le management. Ce qu'en pensent les praticiens hospitaliers ; Gestions Hospitalières n° 571 - décembre 2017 : 604-607.
- [2] Le Peuple introuvable. Histoire de la représentation démocratique en France Pierre Rosanvallon, nrf, Gallimard, « Bibliothèque des histoires », 1998,
- [3] Journal Officiel de la République Française N°62 du 13 mars 2016 : Décret n° 2016-291 du 11 mars 2016 relatif à la commission médicale d'établissement, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements, unités fonctionnelles ou structures internes des établissements publics de santé ;
- [4] DUGUIT L., Manuel de droit constitutionnel, Fontemoing, 2ème éd. 1911, p. 71
- [5] CESE Avis 2017-3 :L'évolution de la fonction publique et des principes qui la régissent janvier 2017 http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2017/2017_03_evolution_fonction_publicque.pdf
- [6] D. Tabuteau, Démocratie sanitaire, Les nouveaux défis de la politique de santé, Odile Jacob, 2013.
- [7] Philippe Batifoulier Philippe Brachet les tribunes de la santé. Numéro hors série mars 2014 « Pour une élaboration démocratique des priorités de santé »
- [8] Andréani, Tony. « La privatisation des services publics est une privatisation de la démocratie », Actuel Marx, vol. 34, no. 2, 2003, pp. 43-62.
- [9] CESE avis 2017-23 Lundi 27 novembre 2017 Avant-projet de loi pour un État au service d'une société de confiance http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2017/2017_23_article_preliminaire.pdf
- [10] MAG 11 : accès aux soins http://www.intersyndicat-des-praticiens-hospitaliers.com/images/Le_MAG_INPH_11_-_acces_aux_soins_.pdf
- [11] Panoramas de la DREES Santé « établissements de santé » édition 2017 <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2017>
- [12] Philippe Batifoulier, « Faire payer le patient : une politique absurde », Revue du MAUSS, 2013/1 n° 41, p. 77-92
- [13] Rapport Pêcheur 21 octobre 2013 au premier ministre sur la fonction publique <https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/rapports-missionnes/rapport-Pecheur-2013.pdf>
- [14] Le Mag 2 : statut des PHs 1ere partie http://www.intersyndicat-des-praticiens-hospitaliers.com/images/MAG_INPH_N02.pdf
- [15] Guillon M1, Celse M2, Geoffard PY3. Eur J Health Econ. 2018 Apr;19(3):327-340. Economic and public health consequences of delayed access to medical care for migrants livingwith HIV in France.
- [16] Tableau "Législation hospitalière et démocratie hospitalière" <https://lc.cx/WRTJ>



INTERVIEW

EDOUARD COUTY

**Conseiller maître honoraire
à la Cour des Comptes
Ancien DHOS**



INPH Le Mag : Bonjour Edouard COUTY, vous êtes le Médiateur National pour l'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé

Vous avez été nommé en janvier 2017 par Marisol Touraine, avec la mission de préfigurer l'organisation des médiations au niveau régional

et national. Vous avez été, reconduit en août 2017 par la ministre Agnès Buzin avec la mission de créer un service de médiation na-

tionale au service des 1,2 millions de personnels des hôpitaux dans le but de résoudre les conflits professionnels.

Edouard Couty, un service de médiation nationale : qu'est-ce ? Pour qui ? Avec quoi ? À quel horizon ?

En réalité, ce que m'a demandé madame Touraine c'est de proposer un service de médiation **pour les professionnels qui travaillent à l'hôpital public**. Madame Buzyn qui a confirmé la mission m'a demandé de préfigurer et de mettre en place ce service. Cette fonction de médiation couvre un champ très large puisqu'il englobe l'hôpital public et l'ensemble des personnes qui y travaillent : médecins (quel que soit leur statut, y compris les PUPH) et non médecins (soignants, administratifs ou techniques), titulaires ou contractuels, professionnels ou étudiants (en médecine, en soins infirmiers, aides soignants...) et le secteur médico-social. Cela représente plus d'un million de personnes.

Cette fonction doit être concertée puis créée et mise en application par un décret en conseil d'État. Outre la création de cette fonction, ce texte définira les règles

d'organisation de la fonction de médiation. Le décret définira les modalités de saisine (qui peut saisir les médiateurs régionaux ou interrégionaux ? Dans quelles conditions ?). J'ai proposé (en me basant sur des modèles existant dans d'autres secteurs) que cette fonction s'exerce à plusieurs niveaux : niveau national, avec un médiateur national et niveau régional ou interrégional (il y aura au total 9 à 10 médiateurs).

Au niveau régional, seront mis en place les médiateurs régionaux et, auprès de chacun d'entre eux, une commission de médiation. La commission de médiation régionale assistera et accompagnera le médiateur régional dans son travail de médiation. Elle sera composée de professionnels hospitaliers (médecins hospitaliers, soignants, personnels techniques et administratifs, médecins du travail ou psychologues du travail),

quelle que soit la catégorie professionnelle, la commission de médiation comportera des pairs.

Au niveau local, au sein de chaque hôpital ou groupement d'établissement est recommandé de créer des Commissions de Vie Hospitalière (CVH, cf. le chapitre « chroniques d'hôpital » de ce MAG) ou commissions de résolution ou prévention des conflits. Ces commissions, animées par des médecins volontaires réalisent de la conciliation en interne, pas de la médiation.

Ce niveau local préconisé par la ministre juste après la loi de janvier 2016 est de toute première importance et ce pour deux raisons. En premier lieu, la plupart des problèmes, difficultés ou conflits sont des conflits entre médecins et l'intervention de pairs permet une analyse éclairée des situations. En deuxième lieu, leur caractère local, in situ, permet une

prise en charge précoce et dans mon expérience, plus une situation est gérée précocement, plus elle a de chances d'être résolue.

Les Commissions paritaires régionales sont des structures déjà en place depuis la loi de janvier 2016 elles constituent également des échelons locaux pour la conciliation (cf. *Le MAG INPH 4*).

INPH : Oui, mais dans la vraie vie, on peut s'interroger sur la véritable fonctionnalité des CPR...

Oui, certes. Il serait très intéressant de disposer d'un état des lieux faisant apparaître le nombre de CPR en fonctionnement et de dresser un bilan de leur action, particulièrement dans le domaine de la conciliation et de la résolution de conflits

ou de litiges entre médecins dans les établissements hospitaliers.

(NDLR : Bilan INPH 2016 : *Le MAG 9*).

C'est seulement en cas d'échec des CVH et/ou des CPR que le médiateur régional pourra être saisi.

Cette organisation est prévue pour être fonctionnelle à l'horizon fin 2018, début 2019.

Pouvez-vous nous définir la fonction de médiation ?

Le médiateur n'est pas un juge, il n'a pas le pouvoir de sanction et ne peut déterminer qui a tort ou qui a raison.

La médiation est un processus différent qui consiste à écouter, observer le contexte et essayer de convaincre les parties de faire un pas l'une vers l'autre pour rechercher le compromis. C'est cela la médiation. Nous le traduirons par un contrat de médiation. Il y a un pré-requis à la médiation : c'est que les parties soient d'accord pour s'engager dans ce processus. Si l'une des deux refuse, la médiation est tout simplement impossible. Ensuite, il convient de trouver des dispositions acceptables par tous et de les contractualiser (signature du contrat).

Pour moi, la difficulté vient du fait que la culture hospitalière actuelle n'est pas dans la médiation, dans

la recherche de solutions contractuelles à des litiges ou conflits entre personnes mais plutôt dans l'affrontement, voire le règlement de comptes. Or, faire un pas en avant vers l'autre nécessite, outre le respect, de dépasser ce positionnement.

INPH : Certes mais plus qu'un règlement de compte, n'est-ce pas plutôt une réparation que demandent les médecins hospitaliers en souffrance dans un conflit ?

La seule réparation que puisse proposer le médiateur c'est celle qui touche à la souffrance au travail. Si la médiation permet de trouver des modalités d'organisation dans lesquelles chacun peut (re)commencer à travailler sans conflit ni crise interne à l'équipe, cela veut dire que de facto il existe de meilleures conditions de travail. Et tout le monde est gagnant, à commencer

par le patient car les « bagarres » entre médecins (la très grande majorité des cas) qui durent trop longtemps sont évidemment préjudiciables à la qualité des soins et donc aux patients et à la qualité de vie au travail de toute l'équipe.

Mais conclure un contrat de médiation n'est malheureusement pas toujours possible car souvent les situations sont enkystées et la seule solution est la mobilité.

INPH : Une « exfiltration » qui touche essentiellement les « subordonnés » ?

Par forcément, car le harceleur n'est pas toujours le supérieur hiérarchique et la limite entre harceleur et harcelé est ténue du fait d'intrications de réactions de défense bilatérales, ce qui ne facilite pas la tâche...

Quelle formation et quelle position pour les acteurs intervenant à ces divers niveaux ?

Pour les CVH, je recommande de faire des séminaires de formation mêlant médecins et administratifs et animées par un formateur.

Ces séminaires doivent permettre également d'apprendre la conciliation, d'acquiescer une bonne imprégnation de cette posture nouvelle dans le monde hospitalier, nouvelle car elle n'apparaît pas dans le cursus des études médicales. Donc il faut apprendre, et détecter le plus

tôt possible les situations de conflit et enfin trouver et impliquer des pairs aidants.

Il faut faire le distinguo entre médiation et conciliation.

Le médiateur a des principes et des obligations dans sa fonction : **indépendance, neutralité, confidentialité, impartialité**. Nous allons construire une charte de médiation à l'intention des hôpitaux et énonçant ces principes et obligations.

Les niveaux locaux internes à l'hôpital (CVH) ou régionaux (CPR) ne peuvent garantir que ces principes soient respectés (comment garantir la neutralité, l'indépendance, l'impartialité quand qu'il s'agit de pairs avec lesquels on travaille éventuellement tous les jours ?). En interne et avec des pairs, seule la conciliation est possible, mais pas la médiation. Néanmoins, la conciliation peut poser les bases de la médiation.



Le médiateur régional, pour respecter ces principes notamment d'indépendance et de neutralité, ne doit pas avoir de lien hiérarchique ni avec l'ARS ni avec l'hôpital... De fait, il sera nommé par le ministre de la Santé sur proposition du médiateur national. Et pour garantir l'impartialité (et donc écouter tout le monde), et la confidentialité (secret professionnel), les médiateurs régionaux auront une formation certifiante. Le programme et les objectifs pédagogiques sont finalisés. Le ministère mettra en place cette formation et les personnes pressenties pour être médiateurs régionaux

seront formés et titulaires, dans un premier temps, d'un certificat de médiateur puis d'un DU.

Le réseau de médiateurs régionaux sera animé par le médiateur national.

Chaque année le médiateur national fera un rapport au ministre ; nous espérons le premier rapport de ce type pour fin 2019 début 2020. Ce rapport :

1) Fera le bilan de nos interventions en tentant de faire une typologie des secteurs ou des catégories qui ont été traitées ;

2) Fera des propositions à partir des cas d'espèce traités dans l'optique d'identifier ce qu'il faut faire évoluer et dans quel secteur ;

3) Mettra à disposition, à partir du bilan du réseau de médiateurs, une expérience partagée qui permettra de proposer des conseils aux établissements et notamment aux DRH pour améliorer le diagnostic précoce des situations conflictuelles, leur traitement et surtout leur prévention.

Les conflits et les RPS : selon vous, et à la lumière de votre expérience, pourquoi en parle-t-on d'avantage ?

S'agit-il d'un changement de la perception des situations et par cela même du seuil de tolérance ? D'un changement des conditions de travail ? D'un changement de management par changement du contexte (et notamment de la place de l'enjeu financier) ? Vous indiquez, dans un de vos entretiens, que les effectifs ont augmenté moins rapidement que l'activité (3,4 % versus 15 %).

Il s'agit d'un peu tout cela en fait. Un changement est effectivement en cours à l'hôpital car auparavant, c'était l'omerta totale : on se taisait parce qu'on était attaché à son travail, ou qu'on voulait faire carrière. Aujourd'hui les jeunes en général et les jeunes femmes en particulier n'acceptent plus le silence et la parole se libère. Je ne sais pas s'il y a plus de souffrance actuellement mais 1) on en parle et 2) on n'accepte plus.

INPH : Et 3) nous avons perdu la considération liée à notre fonction de médecin et cela diminue la tolérance à certaines situations qui auparavant étaient acceptées ?

Les conditions de travail ont changé. D'une part, les attentes des patients sont nouvelles et cela perturbe l'exercice médical. D'autre part, les attentes des soignants ont également changé : leur niveau de formation est élevé, tout comme

leur niveau de qualification. En conséquence, leurs attentes vis-à-vis du management sont différentes ; ils peuvent être plus ou moins satisfaits ou déçus par le mode de management des services, des pôles ou de l'établissement.

Ajoutons à cela, en nous plaçant du point de vue de l'institution, la pression financière et budgétaire sur les professionnels : cette pression aussi peut amener de la souffrance.

Si on analyse l'ensemble des paramètres : 1) refus d'omerta, 2) inacceptation des situations jusqu'alors acceptées, 3) attentes nouvelles qui créent un contexte différent interrogeant les pratiques professionnelles et les organisations de travail 4) pressions financières, cela aboutit sur le terrain à des pressions multiples qui peuvent engendrer au minimum des incompréhensions au pire de la souffrance au travail.

INPH : Finalement, cette émergence de la nécessaire sauvegarde individuelle, de la nécessité de survie, n'aboutit-elle pas ou ne s'associe-t-elle pas à la perte de la notion d'appartenir à un ensemble ? Or les médecins choisissent l'hôpital pour travailler en équipe, il y a là une perte de sens majeure. Nous nous sommes réveillés dans un monde hospitalier qui n'est plus celui pour lequel nous avons choisi de travailler à l'hôpital.

Oui il y a une perte de sens : il faut le reconnaître et s'interroger sur les causes de ce phénomène ; le 2^{ème} élément qui entre en ligne de compte, c'est que traditionnellement le sens d'appartenance au service, à l'hôpital ont été perturbés



par la gouvernance et les réorganisations dans les hôpitaux. Chacun doit prendre ses responsabilités : le chef de service, le chef de pôle ont leur responsabilité dans la prévention et la gestion des conflits. Il est

essentiel de s'interroger soi-même et de se questionner sur son management, à tous les niveaux. Car en matière de management, il y a un partage des responsabilités.

Quelle est votre expérience après un an d'exercice à ces fonctions ? et notamment que vous vous donne-t-elle à penser du management médical ?

Pour moi, le management marche sur deux jambes : 1) il faut maîtriser les outils de management (ressources humaines, outils financiers etc.) 2) il faut bien mesurer l'importance de la qualité des relations humaines comme l'écoute, l'empathie, ...

Il s'agit là d'un aspect fondamental : une équipe c'est un ensemble de personnes qui ne sont pas faites forcément pour s'entendre, mais le chef d'équipe peut réussir à conduire l'équipe s'il possède des valeurs comme le respect et la responsabilité sur lesquelles baser les relations qu'il va établir et déve-

lopper au sein de l'équipe. Ces valeurs on les a ou on ne les a pas. Or, elles sont nécessaires à tous les niveaux. Si des situations conflictuelles éclatent et si la gouvernance « laisse pourrir », cela peut engendrer des dysfonctionnements plus nombreux dans l'établissement. C'est pour cela qu'il ne faut pas laisser les situations se perpétuer.

Pour les managers, il est souvent difficile de dissocier la fonction de la personne et souvent les critiques liées à la fonction sont reçues comme des agressions personnelles. La compréhension mutuelle est importante. Si on n'est pas ca-

pable de se poser la question du pourquoi du comportement de l'autre et que de surcroît on personnalise les rapports fonctionnels en y introduisant un excès d'affect, cela peut avoir des conséquences très délétères... Quand les échanges en arrivent à être outranciers, il est difficile de maintenir la distance, c'est épuisant, puisqu'on le prend pour soi. Ne nous méprenons pas : la souffrance des directeurs d'hôpital est la même que celle des médecins.

On a essayé toutes sortes de modes de management, mais ma conviction, à la lumière de mon expérience, est qu'il faut privilégier un

mode de management plus participatif fondé sur des valeurs, les valeurs du service public hospitalier. Il faut mettre en place un mode de fonctionnement qui tende à responsabiliser tous les membres de l'équipe par le partage du projet et des tâches. Il ne faut pas oublier que l'on a affaire à des personnes extrêmement qualifiées et qui a priori sont capables de comprendre quelles responsabilités professionnelles elles ont.

Mais on peut se demander s'il n'existe pas parfois un refus de savoir quelle est la place et donc la responsabilité de chacun ? Par essence, la construction professionnelle est individualiste (en arguant du colloque singulier avec le patient). Mais la pratique médicale d'au-

jourd'hui est pluridisciplinaire, interdisciplinaire, et même interprofessionnelle, de même le management d'équipe exige la vision d'un collectif.

Nous touchons là au problème de la formation initiale et du DPC des professionnels de santé en particulier des médecins : il devrait y avoir une formation au travail en groupe, à la gestion et à la prévention des conflits. Pour toute personne choisissant la carrière hospitalière, il devrait exister cette formation au fonctionnement de l'institution, ainsi qu'une formation en sciences humaines qui n'existe pas dans les maquettes de la formation initiale.

On dit partout que tout ce qui prime c'est l'approche humaine et parallèlement, les médecins sont

formés en priorisant des sciences dures avec une insuffisance de formation en sciences humaines et sociales. Cependant, dans le cadre de mes fonctions, je ne vois pas les trains qui arrivent à l'heure qui sont certainement le plus grand nombre. Mais enfin, il serait logique d'avoir une formation à la relation à l'autre, une petite teinture de sociologie des organisations, des notions d'anthropologie des professions de santé, de philosophie ou de psychologie qui font appel à un certain nombre de valeurs, et qui apporteraient un minimum de connaissance de l'organisation de l'institution.

Ce numéro de l'INPH MAG est consacré à la démocratie. Dans une démocratie, on compte trois pouvoirs : le législatif, l'exécutif ou le juridique : où vous situez-vous ?

Le médiateur essaie de régler les problèmes concrets qui sont des conflits entre personnes ou avec l'institution. Nous ne sommes aucun des 3 pouvoirs et surtout pas le juridique.

Mais nous pouvons être une force de proposition vis-à-vis du gouvernement et donc de l'exécutif, pour dire quelles sont les évolutions qui nous paraissent souhaitables.

Mon ambition c'est de faire bouger la pratique actuelle qui émane de la culture profonde de l'hôpital basée sur l'affrontement

pour aller vers d'autres pratiques s'appuyant sur une culture de management participatif.

INPH Mag : Mais vous admettez qu'avec la place actuelle des médecins dans la gouvernance de l'hôpital, la défiance vis-à-vis des directeurs d'hôpitaux n'est pas prête de s'éteindre ?

Mais les médecins sont impliqués dans la gouvernance par la CME et les chefs de pôle !

INPH Mag : ils ne sont pas impliqués, on fait semblant de les im-

pliquer, ou du moins ils le vivent comme cela, ils servent d'alibi.

Oui c'est possible, mais il faut qu'ils prennent leurs responsabilités ; je considère que rester dans le schéma du combat médecins contre les directeurs d'hôpitaux, c'est une erreur monstrueuse, c'est une démarche suicidaire, si on continue ainsi, on amène l'hôpital dans le mur, on nuit au service public hospitalier, à ses missions au service de l'ensemble des citoyens. Chacun doit prendre ses responsabilités..

Une phrase de conclusion ?

Je plaide pour une éthique du management fondée sur les valeurs du service public hospitalier et j'essaie de contribuer, à mon niveau, à la promotion de ces valeurs et d'un mode de management participatif. Je pense que la médiation participe de ce mouvement.

Merci Edouard Couty.



DOMUSVI compte près de 200 établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes et un réseau de 45 agences de services et de soins à domicile. Des résidences médicalisées et conventionnées, qui accueillent, en séjours temporaires ou permanents, les aînés n'ayant plus la possibilité physique ou psychologique de vivre à domicile en toute sécurité.



Domus 
En toute confiance

Nous recrutons **des médecins coordonnateurs** pour nos établissements situés dans les villes suivantes :

- Belley (01) en 0.5 ETP
- Blagnac (31) en 0.9 ETP
- Bourg et Comin (02) en 0.46 ETP
- Château Landon (77) en 0.25 ETP
- Clichy (92) en 0.5 ETP
- Crouy (02) en 0.5 ETP
- Diemoz (38) en 0.5 ETP
- Le Vaudreuil (27) en 0.5 ETP
- Montluçon (03) en 0.5 ETP
- Vaujours (93) en 0.5 ETP

Intéressé par l'un de ces postes ?

Merci de contacter Matthieu Picard
Directeur du Recrutement au 06 29 82 56 68
ou matthieu.picard@domusvi.com

Le Service de Gériatrie Aiguë du Centre Hospitalier André Grégoire à Montreuil

support de la Filière Gériatrique - 93 Sud-Ouest

recherche pour compléter son équipe dynamique et motivée :

UN MÉDECIN GÉRIATRE Temps Plein sur un poste de PH contractuel ou de Praticien Attaché



Compétences requises :

Médecin inscrit à l'Ordre, titulaire du DESC ou de la Capacité de Gériatrie validée ou en cours.

Plateau technique appréciable au sein de l'hôpital :

Service de Réanimation Polyvalente, Service de Cardiologie avec USIC et Coronarographie, Service de Radiologie avec scanner et IRM, Service de Chirurgie...

Pour plus d'informations ou candidater, merci d'adresser votre candidature et lettre de motivation

au Dr Joyce SIBONY-PRAT - Chef de Service

Coordinatrice de la Filière Gériatrique 93 Sud-Ouest

CHI André Grégoire - 56 Bd de La Boissière - 93100 Montreuil

Tél. : 01 49 20 35 85

Mail : joyce.sibony-prat@chi-andre-gregoire.fr



LE GROUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD

Villejuif (94) - Accès  - Station Louis Aragon

 172 et 131 - Arrêt Groupe Hospitalier Paul Guiraud

Clamart (92) - Accès  - 195 et 390 - Station A. Bécélère

recrute des

ASSISTANTS SPÉCIALISTES EN PSYCHIATRIE H/F

(inscrits au Conseil de l'ordre de médecins)

- Pôle Clamart - Docteur Valérie CERBONESCHI, Chef du pôle au 01 42 11 75 33
- Pôle 94G10 - Docteur Jean-Louis LAVAUD, Chef du pôle au 01 42 11 70 93
- Pôle Addictions - Docteur Alice DESCHENAU, Chef de service au 01 45 36 11 25

PRATICIENS CONTRACTUELS EN PSYCHIATRIE À TEMPS PLEIN H/F

(inscrits au Conseil de l'ordre de médecins)

- Pôle Clamart - Docteur Valérie CERBONESCHI, Chef du pôle au 01 42 11 75 33
- Pôle Addictions - Docteur Alice DESCHENAU, Chef de service au 01 45 36 11 25

Pour tous renseignements, vous pouvez contacter Mme Sophie NIVOY, Responsable du service des affaires médicales au 01 42 11 70 05 - affairesmedicales@gh-paulguiraud.fr

Merci d'adresser une lettre de candidature accompagnée d'un CV et de la photocopie de vos diplômes à Monsieur Jean-François DUTHEIL, Directeur des Ressources humaines, des Affaires médicales et Affaires sociales, Groupe hospitalier Paul Guiraud, BP 20065, 54 Avenue de la République, 94806 VILLEJUIF Cedex.



www.ch-pgv.fr



Groupes Hospitaliers Intercommunaux
Le Raincy-Montfermeil



Le GHI Le Raincy-Montfermeil Recrute des praticiens sur plusieurs spécialités

Tous statuts

Praticiens spécialistes inscrits à l'Ordre des médecins et/ou Praticiens ayant obtenu la PAE

dans nos services de :

- 2 postes en Réanimation Polyvalente
- 1 poste en Diabétologie-Endocrinologie
- 2 postes en Anesthésie
- 1 poste en Oncologie

Pour tout renseignement, contacter le bureau des affaires médicales - DRH affaires.medicales@ch-montfermeil.fr





La ville de Carrières-sur-Seine (Yvelines)

RECHERCHE UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET DES SPÉCIALISTES

POUR COMPLÉTER L'ÉQUIPE DU PROJET DE CENTRE MÉDICAL DE 658 M²
(LIBÉRAUX ET PRATICIENS HOSPITALIERS À TEMPS PARTIEL ACCEPTÉS)

À seulement à une dizaine de kilomètres de Paris dans le département des Yvelines, Carrières-sur-Seine compte environ 16 000 habitants, 3 zones industrielles (dont une récente), 350 entreprises (hors indépendants), un service immobilier d'entreprises... profitant d'une situation privilégiée dans la boucle de Seine et dotée d'un réseau dense de communications (la gare du RER A, le train SNCF Paris-Saint-Lazare, l'A86 avec la sortie de Bezons, le réseau de bus, la proximité avec le tramway T2), elle incarne le parfait compromis entre ville et nature en ayant su garder un certain esprit village et une grande qualité de vie en plein cœur d'un environnement particulièrement calme, fleuri et verdoyant.

Pour faire face au déficit de médecins sur son territoire (en ophtalmologie, en pédiatrie et en médecine générale), la ville souhaite à travers ce nouveau centre médical rassembler une offre plus large et consolider son attractivité. À ce jour, 8 professionnels de santé se sont engagés pour l'intégrer. Bien visible depuis la route départementale D321 (fréquentée par 5000 véhicules/jour), le Centre Médical sera situé à proximité du centre-ville, tout près de l'école Les Plants de Catalaine, desservi par deux arrêts de bus, à équidistance des différents quartiers de la commune. Parfaitement équipé (secrétariat commun, climatisation, ascenseur, parking), ce bâtiment sur deux niveaux sera une infrastructure moderne et fonctionnelle, modulable en fonction des besoins.

**8 PROFESSIONNELS DE SANTÉ SE SONT DÉJÀ ENGAGÉS SUR CE PROJET.
QU'ATTENDEZ-VOUS ? REJOIGNEZ-NOUS DÈS MAINTENANT !**

www.carrieres-sur-seine.fr



POUR TOUTE CANDIDATURE OU INFORMATIONS :

M. LAMBERT GARNOTEL (DIRECTEUR DU DÉVELOPPEMENT ECONOMIQUE, DE L'IMMOBILIER D'ENTREPRISE ET DE L'EMPLOI) AU 06 28 48 76 54 - l.garnotel@carrieres-sur-seine.fr



Carrières
sur-Seine.fr

FONDATION SANTÉ
DES ÉTUDIANTS
DE FRANCE



Centre Médical et Pédagogique Jacques Arnaud à Bouffémont (95)

RECRUTE

Médecin Psychiatre (H/F) (CDI Temps complet)

pour son service d'hospitalisation de psychiatrie et rééducation dédié aux tentatives de suicides graves des adolescents-jeunes adultes.

La Fondation Santé des Étudiants de France (FSEF), reconnue d'utilité publique, gère 12 établissements sanitaires ESPIC, dédiés à la prise en charge des adolescents et jeunes adultes, soit plus de 1.700 lits et places dont environ 750 en psychiatrie, sur l'ensemble du territoire. 6 structures médico-sociales complètent l'offre de la Fondation.

Une convention avec l'Éducation Nationale (320 ETP détachés), permet à chaque établissement de la Fondation d'être doté d'une annexe pédagogique et ainsi de proposer une prise en charge en soins-études-insertion.

Le Centre Médical et Pédagogique Jacques Arnaud est situé à Bouffémont (Val d'Oise), dans un parc arboré de 16 hectares, à 25 km au nord de Paris, facilement accessible via la SNCF Gare du Nord (ligne H), ou par route (A15/N184 La Francilienne - N1 La Croix Verte).

L'établissement dispose de 160 lits et places et est spécialisé dans la prise en charge d'adolescents et de jeunes adultes, en psychiatrie et en Médecine Physique et Réadaptation.

L'annexe pédagogique du CMPJA est composée d'une équipe de 20 professeurs de l'Éducation Nationale sous l'autorité d'un proviseur. Elle est rattachée au Lycée de Domont (95).

Le CMPJA dispose sur site, d'un Pôle d'Insertion Professionnelle, d'une antenne UEROS et est membres du réseau national COMETE.

Le Service Transdisciplinaire est un service de 20 lits dont l'expertise est la prise en charge des adolescents et adultes jeunes ayant fait une tentative de suicide grave (principalement par précipitation).

Les objectifs de soins sont doubles :

Psychiatrie et de Médecine Physique et Réadaptation. Ils comprennent : la prise en charge de la tentative de suicide, la stabilisation du trouble psychiatrique et l'accès à des soins de rééducation et réadaptation physique optimum.

L'équipe est composée de 2 médecins psychiatres (médecin chef et médecin adjoint), d'un médecin rééducateur (adjoint), d'une cadre de santé et d'une équipe de 15 infirmier(e)s, d'un psychologue, d'une ergothérapeute, d'une assistante sociale et d'une secrétaire médicale.

Les patients bénéficient du Plateau Technique de Rééducation du pôle SSR de l'établissement. Les prestations de l'annexe pédagogique et du Pôle Insertion permettent une prise en charge globale soins-études-insertion.

Profil du candidat :

Diplôme d'État en Psychiatrie, inscription à l'Ordre des médecins.

Expérience dans le domaine de l'adolescent et du jeune adulte appréciée.

Application de la Convention Collective FEHAP 51.

Possibilité de détachement du service public.

Adresser curriculum vitae et lettre de motivation à :

Monsieur Christian MARTINSEGUR - Directeur du CMPJA
5 rue Pasteur, 95570 Bouffémont - courriel.christian.martinsegur@fsef.net

Pour plus d'informations, contacter : Dr Philippe Lesieur - Médecin Chef du Service Transdisciplinaire
au 01 39 35 35 08

» www.fsef.net



L'ASSOCIATION GESTIONNAIRE DU CMPP ET DU SESSD DE SAINT-OUEN-L'AUMÔNE (95)
RECHERCHE UN PSYCHIATRE OU PÉDOPSYCHIATRE
 à temps plein ou temps partiel

Travail de consultation auprès d'enfants de 0 à 20 ans et leurs familles, coordination médicale d'une équipe pluri-disciplinaire et participation au travail clinique et institutionnel.
 Temps présentiel de 32 heures dans le cadre de la convention collective de 1966.
 Travail compatible avec une activité libérale.



 Pour toute information joindre le directeur administratif
 M. BILLOTTE Gilles au 01 34 64 32 98 ou en écrivant à gbillotte.cmpp@orange.fr

Rejoignez-nous !

Etablissements MCO Paris & Ile de France, nous recherchons des spécialistes pour compléter nos équipes :

**gynéco-obstétriciens, cardiologues,
 nutritionnistes, pneumologues,
 gastro-entérologues, dermatologues,
 neurologues, chirurgiens, ...**



recrutement@aleo-sante.com

Tél-SMS : 06 64 72 24 17

Exercice libéral. Consultations sur site. Plateaux techniques modernes.



La Maison de Retraite Intercommunale

(Fontenay-sous-Bois - Montreuil-sous-Bois - Vincennes - Saint-Mandé),
 située à 10 minutes de Paris NATION en métro ligne 1



RECHERCHE MEDECINS GERIATRES DONT FONCTION DE COORDONNATEUR

Il s'agit de Postes PH à temps plein ou temps partiel.

Etablissement : EHPAD public autonome (fonction publique hospitalière), de 486 lits, 5 ETP de médecins gériatres au tableau des emplois. La MRI bénéficie d'une convention tripartite avec tarif global et PUI. Son GMP est de 765 et son PATHOS de 316.

C'est un établissement entièrement reconstruit et bien intégré dans la filière gériatrique territoriale. La MRI travaille avec le CHI André Grégoire, le CLIC 1, l'HAD CROIX SAINT SIMON. La MRI compte 486 lits au total dont 75 en services sécurisés et dispose d'un PASA de 14 places. Nombreux projets en cours (Mutualisation de PUI, crèche pour le personnel). Enfin la MRI fait partie du GCSMS LES EHPAD PUBLICS DU VAL-DE-MARNE regroupant 5 établissements publics autonomes du Val-de-Marne. Ce GCSMS représente une capacité de 1000 lits et nombreuses places de SSIAD et accueil de jour.

Profil recherché :

- Capacité en gériatrie.
- Inscription au conseil de l'Ordre des médecins impérative.
- Astreintes.

Description du poste de médecin coordonnateur :

DU de médecin coordonnateur, missions du décret n°2011-1047 du 02/09/2011. Rémunération selon expérience en application de la grille PH.

Merci d'adresser votre candidature à Madame RINEAU - Directrice adjointe

Tél : 01 41 95 43 23 - Mail : mrineau@mri-fontenay-sous-bois.fr

Tous renseignements auprès de Mme RINEAU ou Mme FILLOT - DRH

Mail : mcfillot@mri-fontenay-sous-bois.fr

Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre (92) proche de la Défense

Recrute :

Un Médecin Anesthésiste-Réanimateur à Temps Partiel ou à Temps Plein

(Poste à pourvoir dès à présent)

L'Hôpital Max Fourestier recrute pour son service d'anesthésie et d'USC un Praticien Hospitalier temps plein ou temps partiel, ou un Praticien Contractuel avec possibilité de bénéficier de la prime d'engagement de carrière hospitalière.

Profil :

Médecin Anesthésiste-Réanimateur inscrit à l'Ordre des médecins



Un Médecin Urgentiste à Temps Plein

(Poste à pourvoir dès à présent)

Le SAU du CASH de Nanterre porte une offre de proximité, organisée autour des activités suivantes :

- Un secteur d'urgences médicales adultes et de traumatologie pédiatrique et adulte et un secteur adulte de psychiatrie (présence d'un psychiatre 24h/24).
- 4 lits d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD).
- Une unité de surveillance continue (USC) de 6 lits.

Profil du poste : Praticien Hospitalier ou avec possibilité de bénéficier de la prime d'engagement de carrière hospitalière.

Adresser lettre de motivation et CV :

Docteur Kamal SADAT - Chef du Service des Urgences/USC
kamal.sadat@ch-nanterre.fr

Amandine Papin - Directrice des Affaires Médicales du CASH de Nanterre
amandine.papin@ch-nanterre.fr - 01 47 69 65 15

Adresser lettre de motivation et CV :

Amandine Papin - Directrice des Affaires Médicales du CASH de Nanterre

amandine.papin@ch-nanterre.fr - 01 47 69 65 15



UN CHEF DE SERVICE EN ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE

A TEMPS COMPLET CONTRAT A DURÉE INDÉTERMINÉE

Adresser lettre de motivation et CV avec travaux à Monsieur le Directeur
2 rue, des Pères Camilliens - 94360 Bry sur Marne
Renseignements : Direction au 01 49 83 18 06
ou Présidente de CME - Dr COLLOT au 01 49 83 12 89



L'établissement public de santé mentale de la Marne, recherche :

Psychiatres, pédopsychiatres et Médecins généralistes
pour développer son activité



Au cœur de la Champagne, situé à 1h de Paris en TGV, l'EPSM de la Marne est le principal offreur de soins psychiatriques de la Marne. Il anime la communauté psychiatrique de territoire et bénéficie d'un service universitaire de psychiatrie. Doté d'une structure financière saine, l'établissement s'inscrit pour l'élaboration de son nouveau projet d'établissement dans la rénovation de ses infrastructures rémoises et dans l'amélioration du parcours de soins en partenariat avec les acteurs sociaux et médico-sociaux.

Statut :

Assistant, praticien hospitalier ou praticien contractuel, possibilité de temps partiel, d'exercice libéral, ou d'activité d'intérêt général.

Personne à contacter :

Dr François IHUEL - Directeur adjoint chargé du projet médical et du recrutement médical - Mail : f.ihuel@epsm-marne.fr - Tél. : 06 70 16 77 65
EPSM de la Marne, 1 chemin de Bouy - BP 70555 - 51022 Châlons-en-Champagne CEDEX



Vous êtes

- PEDOPSYCHIATRE - PSYCHIATRE - MEDECIN GÉNÉRALISTE

LE CENTRE HOSPITALIER DE ROUFFACH établissement du Grand Est à portée départementale, situé dans le Haut-Rhin (68), à 15' de Colmar, 30' de Mulhouse, 45' de Strasbourg
Spécialisé dans la Prise en charge de la Maladie Mentale et le travail en réseau, complété d'un FAM, d'une MAS et d'un EHPAD, soit 525 lits et 192 places sur 3 sites, 7 centres psychothérapeutiques de jour et 3 centres médico-psychologique



RECRUTE DANS CES SPÉCIALITÉS pour renforcer ses équipes médicales

DECOUVREZ NOS ENGAGEMENTS en co-responsabilités portés par plus de 1400 agents, le projet coordonné de soins, d'intervention et d'accompagnement, et tous les détails sur les profils proposés ainsi que les contacts spécifiques grâce au QR Code ou directement sur notre site www.ch-rouffach.fr

Pour tout contact direct composez le +33 3 89 78 70 23 ou écrivez à drh@ch-rouffach.fr
Hébergement temporaire possible sur site.fr



Le Centre Psychothérapique de NANCY (54)

Etablissement public de 580 lits et places répartis sur 5 pôles adultes et 1 pôle infanto-juvénile, le CPN gère les soins en santé mentale sur le sud de la Meurthe et Moselle, et recrute :

1 Praticien Hospitalier temps plein spécialisé en psychiatrie
pour le Pôle de Saint Nicolas de Port

Praticien hospitalier, praticien contractuel ou assistant pour une prise en charge de patients 50% en hospitalisation à l'unité Philla à Laxou et 50% en ambulatoire au CMP de Neuves Maisons

Dans un cadre verdoyant, le CPN se situe sur la commune de Laxou, à 10 mn de la gare et du centre ville de Nancy et à 30 mn de l'aéroport de Nancy Metz. Il dispose d'une Crèche à l'intérieur du site (places prioritaires pour les enfants des professionnels).



Contact : Direction des Ressources Humaines - drh@cpn-laxou.com - 03 83 92 52 46

Groupe Hospitalier de Bretagne Sud (Lorient- Morbihan)
Hôpital neuf (2013) dans un cadre de vie agréable près de la mer,
à 1h30 de Rennes, Brest et Nantes.



Recrutement

de Médecin Spécialiste (H/F) en Anesthésie-Réanimation

Pour compléter l'équipe en place.

Poste à temps plein en statut salarié en journée continue,
 temps de travail 45h/semaine.

Actuellement 17 PH + Interne

Présence d'un Praticien somaticien pour la prise en charge médicale dans les services de Chirurgie.

Hôpital de référence du territoire 3 comprenant 90 lits de chirurgie et 15 + 9 places se répartissant :

- Chirurgie Viscérale et Bariatrique : 25 lits.
- Chirurgie Orthopédique (Plastique à venir) : 36 lits.
- Chirurgie ORL une unité d'hébergement commune de 14 lits.
- Chirurgie OPH.
- Chirurgie Gynécologique : 15 lits de semaine.
- Activité Gastro entérologie (endoscopie - interventionnel) réalisé à l'unité de chirurgie ambulatoire : 15 + 9 places.
- Activité Radiologie Interventionnelle.
- Plateau interventionnel de 8 salles de chirurgie + 2 salles d'endoscopie digestive + 1 salle de radiologie interventionnelle + un bloc de cardiologie interventionnelle et 1 SSPI.
- Maternité de niveau 2B avec Bloc gynéco obstétrical (7 salles d'accouchement + 1 salle de césarienne + 1 salle de chirurgie gynéco-obstétrique + 2 salles. « blanches » pour gestes sous AL) + 1 SSPI.

- Un Service d'accueil des urgences (190 passages par jour) avec SMUR.
- Une réanimation et des soins intensifs avec garde sur place.
- Une USIC avec une garde sur place.
- Service de pédiatrie avec service de néonatalogie pour les plus de 345A et un Pédiatre de garde sur place.
- 2 TDM - 2 IRM - Radiologie conventionnelle et échographie.
- Radiologie interventionnelle (embolisation) avec radiologue d'astreinte.

Garde avec 2 MAR sur place (bloc/maternité) - Repos de garde assuré.

Profil recherché :

Anesthésiste ayant le goût du travail d'équipe, des chirurgies variées (carcinologie ORL, bariatrique, traumatologie endoscopie...), ayant la capacité de l'anesthésie pédiatrique de l'enfant de plus de 1 an et de la maternité.

Ancien Interne DES, Chef de Clinique ou Assistant ou PH Inscrit à l'Ordre des Médecins

Pour plus d'information, contacter :

le Docteur SCHWENKE - Chef de Service D'anesthésie - n° de Tél. : 02 97 06 93 76 - Mail : c.schwenke@ch-bretagne-sud.fr
 ou le Docteur DESNE - Chef du Pôle Anesthésie-Chirurgie - n° de Tél. : 02 97 06 95 18 - Mail : a.desne@ch-bretagne-sud.fr



Le Groupement d'Intérêt Public SIB (S.I.B.) est un établissement public de coopération hospitalière situé à Rennes, spécialisé dans la conception et le déploiement de Systèmes d'Informations Hospitaliers (S.I.H.) et de santé.

Editeur et diffuseur de progiciels hospitaliers, le GIP S.I.B. est également hébergeur agréé de données de santé à caractère personnel. Tiers-archivage agréé et certifié ISO9001 pour l'ensemble de ses services, le GIP S.I.B. compte 230 collaborateurs (personnel de droit public). Dans le cadre d'un remplacement, il recrute un :

Médecin DIM Hébergeur Référent (H/F)

Mission : Rattaché au responsable du Département Hébergement et Services Associés, vous assurez le rôle de Médecin Référent SIB, qui comprend les missions principales suivantes :

- Médecin DIM mutualisé.
- Médecin hébergeur.
- Médecin référent.

Profil recherché

Docteur en médecine inscrit à l'Ordre des médecins. Médecin en santé publique ou médecin avec DU en information médicale, avec expérience précédente réussie dans la fonction.

Caractéristiques du contrat

CDI à pourvoir dès que possible.



Contact

Les dossiers de candidature devront être adressés à l'adresse sabine.buc@sib.fr à l'attention de Sabine BUC, Directrice Générale Adjointe



La commune de Berrien située dans le Finistère, au cœur des Monts d'Arrée (Parc régional d'Armorique), à 20 mn de Carhaix et de Morlaix, à moins d'une heure de Quimper et de Brest et à 25 mn de la mer...

Recherche Un Médecin Généraliste

DES FACILITÉS D'INSTALLATION

Berrien se situe en ZRR (Zone de Revitalisation Rurale) ce qui offre de nombreux avantages financiers destinés à faciliter l'installation des médecins :

- 50 000€ de prime à l'installation.
- Valorisation de 10% des honoraires pendant 3 ans.
- 5 000€ par an grâce au contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins.
- 10% sur les honoraires avec le contrat de Solidarité Territoriale.
- Exonération totale d'impôts sur le revenu ou les bénéfices pendant 5 ans.
- Exonération des cotisations patronales pour l'embauche d'un salarié pendant 12 mois.
- Exonération pendant 2 à 5 ans de la cotisation foncière des entreprises.
- Exonération d'impôts sur le revenu des rémunérations d'astreinte et des majorations spécifiques de permanence des soins.
- Garantie d'un revenu de 6 900€ pour un temps plein, versement d'une indemnité en cas d'arrêt maladie ou congé maternité.
- Mise à disposition de locaux.

Il existe déjà d'autres services de santé à proximité dans la commune (cabinet d'infirmières, kinésithérapeutes, ostéopathe, pharmacie).

Pour davantage de renseignements, consulter le site Portail d'accompagnement des professionnels de santé Bretagne : <http://www.bretagne.paps.sante.fr>

Pour tout contact ou informations,
 Tél. au 06 45 46 09 32
mairie.berrien@wanadoo.fr



LA COMMUNE DE LORRIS (LOIRET) RECHERCHE POUR SA MAISON DE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRE UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE SALARIÉ OU UN MÉDECIN LIBÉRAL

Lorris est une commune dynamique et conviviale de 3200 habitants située à 30 min. de Montargis, 45 min. d'Orléans et 1h30 de Paris dotée de nombreuses infrastructures et d'un centre-ville attractif. Elle possède un tissu local de santé (une pharmacie, des kinés, des dentistes, une maison de retraite, quelques établissements locaux de santé, trois centres hospitaliers à proximité – Amilly, Gien, Orléans). Sa Maison de Santé Pluridisciplinaire (inaugurée en 2015) est occupée par de nombreux professionnels de santé (médecins, infirmières, kiné...).

Concernant le statut du médecin, deux possibilités :

EXERCICE DU MÉDECIN EN PROFESSION LIBÉRALE OU...

Lorris bénéficie du dispositif des Zones de Revitalisation Rurale (ZRR) et ce jusqu'à fin 2019 (exonération totale d'impôt sur les bénéfices durant les 5 premières années d'activité).

INTÉGRATION DU MÉDECIN DANS LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE

Contrat de travail à temps plein (35h ou 39h/semaine). Rémunération attractive indexée sur l'évolution des grilles indiciaires et du régime indemnitaire (primes). Salaire de base (5000€ bruts). Prime d'expertise professionnelle versée en juin et novembre. Nombreux avantages par le biais du CNAS (Centre National d'Action Social) : réductions sur les locations de vacances, le cinéma, les concerts... Une secrétaire à mi-temps est mise à disposition (salaire pris en charge par la commune de Lorris).



Contactez Mme Valérie Lenormand au 02 38 92 40 22 - mairie.lorris@wanadoo.fr / Ville de Lorris : <http://lorris.fr>



LE CENTRE HOSPITALIER DE LA TOUR BLANCHE

Centre hospitalier de proximité
dynamique situé à ISSOUDUN dans l'INDRE

RECHERCHE DES PRATICIENS HOSPITALIERS POUR PLUSIEURS DE SES SERVICES



Un praticien hospitalier, spécialité gériatrie, pour notre service de médecine gériatrique de 20 lits et de 4 places d'hôpital de jour. En collaboration avec le médecin en place, le praticien aura notamment pour mission de développer l'activité d'hôpital de jour gériatrique.

Un praticien hospitalier, spécialité médecine générale/interne, pour prendre en charge au sein de notre service de médecine polyvalente de 30 lits, un secteur de 15 lits en collaboration avec le praticien en place.

Un praticien hospitalier, spécialité médecine physique et réadaptation, pour collaborer avec les 4 rééducateurs en poste au sein de notre service de MPR, composé de 123 lits et de 10 places d'hôpital de semaine.

Par ailleurs, notre établissement développe actuellement, en collaboration avec les élus du territoire, un dispositif de centres de santé hospitaliers, en vue de réaliser des consultations de médecine générale. A ce titre, nous recrutons des praticiens hospitaliers de médecine générale pour exercer dans ces centres de santé (sur le centre hospitalier ou dans des maisons médicales du bassin de vie).

L'ensemble de ces praticiens pourront compter sur un plateau technique d'urgences/SMUR et d'imagerie (radiologie, scanographie, échographie) performant, un dispositif de télé-médecine développé, et un plateau technique de rééducation d'excellence – comptant comme le plus complet parmi les établissements publics de la région Centre.

Le centre hospitalier est situé sur une commune d'environ 13 000 habitants, et déploie son périmètre d'action sur un bassin de vie de près de 32 000 habitants. Son activité de médecine physique et réadaptation rayonne au-delà de la région Centre. Notre établissement compte 481 lits et places, répartis en deux pôles, le pôle médical (plateau technique d'urgences et d'imagerie, services de médecine polyvalente et gériatrique), et le pôle SSR (123 lits de MPR, un plateau technique de rééducation avec balnéothérapie, 38 lits de soins de suite, et 30 lits d'USLD). Une filière gériatrique complète ces deux pôles avec 176 lits d'EHPAD, 67 places de SSIAD, 5 places d'Equipe Spécialisée Alzheimer, et 10 places d'Accueil de Jour.

ISSOUDUN est situé à mi-chemin entre CHATEAUROUX, VIERZON et BOURGES (35 km environ) et à deux heures de Paris par voie ferrée. Le bassin de vie compte de nombreux atouts touristiques et culturels, ainsi que toutes les commodités permettant un plein épanouissement personnel.

Contacts :

- Monsieur Patrice FOURCROY - Directeur Général
02 54 03 54 19 - patrice.fourcroy@ch-issoudun.fr
- Monsieur Julien DUBOT - Directeur adjoint chargé des affaires médicales
02 54 21 40 12 - julien.dubot@ch-issoudun.fr
- Docteur Daniel BOUTON - Chef du pôle SSR
02 54 03 56 01 - daniel.bouton@ch-issoudun.fr
- Docteur Laurent MINOIS - Chef du pôle médical
02 54 03 55 52 - laurent.minois@ch-issoudun.fr



Le Centre Hospitalier de L'Agglomération Montargoise (110 km de Paris) Recrute

MEDECIN DU TRAVAIL H/F

(OU MÉDECIN GÉNÉRALISTE SOUHAITANT ÊTRE FORMÉ MÉDECIN DU TRAVAIL)

Mode d'exercice : Salarié.

Rémunération : Grille statutaire de médecin du travail.

Date de recrutement : Dès que possible.

Temps de travail : Temps plein (ou Temps partiel possible).

Localisation : Amilly (45).

Spécialité : Médecin du travail.

L'établissement :

Le Centre Hospitalier de L'Agglomération Montargoise est l'établissement de référence (900 lits et places) au sein de l'Est du Département du Loiret et est situé à 110 km de Paris. Il dispose d'un plateau technique de qualité associant les structures publiques et privées au sein d'un même site. Toutes les spécialités médicales y sont représentées, avec des praticiens de haute compétence.

Le poste :

Médecin de santé au travail à temps plein ou partiel, le service de santé au travail, chargé d'assurer la surveillance médicale d'environ 2000 salariés, sera placé sous votre responsabilité.

Vous coordonnerez une équipe pluridisciplinaire composée d'une secrétaire et d'une infirmière.

Vous collaborerez avec les autres acteurs internes que sont la Direction des Ressources Humaines, la Direction des Soins, les membres du CHSCT, le service social de l'établissement.

Le profil :

Médecin inscrit au Conseil National de l'Ordre des médecins, titulaire d'une spécialisation en médecine du travail (DES ou CES)

ou médecin collaborateur ou médecin généraliste souhaitant s'engager dans la formation de Médecin du travail.

Niveau d'expérience : Indifférent.

Candidature à adresser à :

CENTRE HOSPITALIER DE L'AGGLOMERATION MONTARGOISE - Direction des Ressources Humaines - 658 rue des Bourgoins - BP 725 - AMILLY - 45207 MONTARGIS CEDEX
Ou sur le site Internet du CHAM www.ch-montargis.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-AMAND-MONTROND (CHER)

Etablissement public de santé de plus de 500 lits (Situé entre Bourges et Montluçon, à 2h30 de Paris par autoroute et 1h30 de Clermont-Ferrand et Tours)

RECRUTE

UN GERIATRE ou **GENERALISTE** pour le service de USLD/EHPAD de 80 lits

UN GERIATRE ou **GENERALISTE** pour son unité de gériatrie aigüe de 46 lits

Au sein du pôle gériatrie qui comprend : médecine gériatrique, Hôpital de Jour Gériatrique, Soins de Suite et de Réadaptation Gérontologique, Unité de Soins de Longue Durée, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Indépendantes, Pôle d'Activités et de Soins Adaptés, Unité d'Hébergement Adaptée, Accueil de jour et Service de Soins Infirmiers à Domicile.

UN URGENTISTE pour son service Urgences/SMUR/HTCD. 666 sorties SMUR et 15 150 passages.

STATUT : PRATICIEN CONTRACTUEL OU PRATICIEN HOSPITALIER.

Logement gratuit pour le loyer pendant une durée d'un an hors charges (eau, électricité...).

Adresser lettre de candidature + CV à :

Centre Hospitalier BP 80180 - 18206 SAINT-AMAND-MONTROND CEDEX - Tél : 02 48 63 25 25 - direction@ch-stamand.fr



LE CHANGE RECRUTE

DES MÉDECINS PSYCHIATRES ET PÉDOPSYCHIATRES, DES PSYCHIATRES AVEC DES COMPÉTENCES SPÉCIFIQUES (ADOLESCENTS, PERSONNES ÂGÉES, ADDICTOLOGIE...)

Dans le cadre de son projet de développement, le CHANGE met en oeuvre de nouveaux modes de prises en charge des patients :

- 1- Une restructuration de l'hospitalisation temps complet
- 2- Une prise en charge des urgences psychiatriques
- 3- La création d'une unité d'accueil pour adolescents

POUR TOUT RENSEIGNEMENT CONTACTER :

- Dr LACAILLE D'ESSE - llacailledesse@ch-annecygenevois.fr
- Mme COLLET - Directrice des affaires médicales - pcollet1@ch-annecygenevois.fr
- Mme MARIN - Direction des affaires médicales - lmartin@ch-annecygenevois.fr

Le pôle de psychiatrie s'inscrit au sein d'un hôpital général au projet médical ambitieux et dynamique.

La région annécienne est par ailleurs une région attractive sur le plan des loisirs (activités hiver comme été) et au niveau culturelle (proximité Genève, Lyon...)

Profil du médecin : Médecin inscrit au conseil de l'Ordre - Type de contrat ou de statut à étudier selon le candidat.



Le Centre Communal d'Action Sociale de Clermont-Ferrand recrute à Temps Complet ou Temps non Complet pour ses EHPAD de la collectivité :

Médecin Coordonnateur en EHPAD (H/F)



CONTACT

CCAS de Clermont-Ferrand
1, rue Saint Vincent
63000 Clermont-Ferrand

Hedwige CHAOUAOU
mchaouaou@ccas-clermont-ferrand.fr

Service des Ressources Humaines
04 73 98 07 98

Missions

Placé sous la responsabilité et l'autorité administrative du chef d'établissement, vous élaborez et mettez en oeuvre le projet général de soins avec le chef d'établissement et l'équipe, vous assurez l'encadrement médical de l'équipe soignante, vous assurez la fonction de médecin prescripteur pour les résidents qui en font le choix et vous participez au recrutement des résidents en collaboration avec le chef d'établissement.

Fonctions

Organisation du soin : évaluer et valider l'état de dépendance des résidents, veiller à l'application des bonnes pratiques gériatriques, s'assurer de la tenue du dossier médical et du dossier de soins de tous les résidents, élaborer les divers protocoles de soins avec le concours de l'équipe, contribuer à la formation continue de l'équipe.

Coordination : assurer la coordination avec les médecins libéraux extérieurs, participer aux réunions d'équipe, participer à la Commission d'Admissibilité de la Collectivité.

Profil

Docteur en médecine avec le DU de gérontologie (souhaitable), vous connaissez le cadre réglementaire, les évolutions et les enjeux politiques de santé du secteur gérontologique. Vous possédez un sens de la communication et de l'écoute avec une sensibilité particulière vis-à-vis de la prise en soins de la personne âgée. Vous êtes disponible et avez le sens de la rigueur et le sens du travail en équipe.



L'activité de l'équipe médicale comprend :

- Une activité de centre (23 postes) et d'UDM (23 postes) sur 2 sites de l'agglomération clermontoise.
- 8 unités d'autodialyse et d'UDM de proximité sur le territoire du Grand Clermont avec consultations avancées de néphrologie.
- La dialyse péritonéale.
- Une unité d'éducation à la dialyse.
- Un centre de santé avec environ 6 000 consultations de néphrologie par an.
- Un projet à court terme (3 ans) de regroupement des activités clermontoise sur un bâtiment à 200m d'un des deux hôpitaux du CHU.

Qualités requises : implication en clinique et en activités institutionnelles. Intérêt pour l'autonomie des patients et la proximité des traitements. Lieu d'exercice : Clermont-Ferrand. Poste en CDI à pourvoir dès que possible, statut salarié temps plein, sous convention collective FEHAP 51.

CONTACT :

Pour toute candidature - Mme Buttez au 06 83 35 06 80 - c.buttez@aurasante.com
 AuraSanté - Rue Marie Marvingt/CS 10001 CEBAZAT - 63360 GERZAT - Tél. : 04 73 98 98 10 - Fax. : 04 73 98 98 29
www.aura-auvergne.com



**Vous êtes médecin ?
 Seloncourt vous accueille**



La ville de Seloncourt (6000 habitants, proche de la Suisse) sera propriétaire au 1^{er} juin 2018 d'un plateau médical de 4 cabinets de médecine générale dans un bâtiment qui sera situé au centre-ville en face de l'actuelle maison de santé (kinésithérapeutes, infirmières, ostéopathes...).

Afin de favoriser l'implantation de nouveaux médecins généralistes et spécialistes sur sa ville, la mairie propose les conditions d'installations suivantes : les 2 premières années sans loyer suivi d'un loyer modéré les 3 années suivantes. Les médecins souhaitant acquérir leur cabinet pourront le faire à tout moment. À ce jour, un médecin généraliste est d'ores et déjà engagé avec nous.

Pour toute candidature, veuillez contacter :

- M. Samuel Buhler - Directeur Général des Services au 03 81 34 11 31 - samuel.buhler@mairie-seloncourt.fr
- M. Christophe Capelli - Directeur des Services Techniques au 03 81 34 11 31 - christophe.capelli@mairie-seloncourt.fr
- Mairie de Seloncourt - Place du 8 mai - B.P. 75 - 25230 SELONCOURT

Postes de Psychiatre et de Généraliste en Activité Libérale
 Clinique Ker Yonnec (Champigny - 89)



KER YONNEC
 clinique psychiatrique



Etablissement de psychiatrie adulte privé indépendant de 155 lits d'hospitalisation complète dont un service de psychogériatrie, un hôpital de jour et de nuit, un service de sismothérapie de référence régionale, structure moderne de grand confort située à 100 km au sud de Paris (entre Fontainebleau-77 et Sens -89). Recherche un Psychiatre et un Généraliste en activité libérale. Les médecins partagent leur temps entre l'activité hospitalière et leur consultation privée.

Adresser votre candidature à :
 Gwenaële Sauzay - Directeur Général
 direction@keryonnec.com
 03 86 66 66 80

Site Web : www.keryonnec.com



LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE HAUTE-COMTE RECRUTE :

ANESTHESISTE-REANIMATEUR (inscrit à l'Ordre des médecins)

Statut : (PH - praticien contractuel) - Il s'agit d'un poste pour "remplacement" ou d'un poste CDI. L'équipe d'anesthésiste-réanimateurs composée de 8 praticiens fait fonctionner 6 blocs + 1 bloc identité "césariennes".

Les lits de chirurgie concernent les spécialités suivantes :

- Traumatologie & orthopédie + Chirurgie générale & viscérale et urologie + ORL + gynécologie-obstétrique (1200 accouchements/an et 50 % soit des accouchements sous péridurale. Le TT est décompté en temps continu (39 h/semaine) et la PDS est assurée sous forme de Garde sur place + 1 IADE. L'équipe "salle de réveil" est composée de 12 postes & 2 IDE.

Pour tout renseignement : Contacter Dr OSADA ou Dr SCARLINO, Anesthésistes-réanimateurs.

Pour tout renseignement : Dr BOYADJIAN Pierre - Chef de Service - gynécologie-obstétrique

Personne à contacter : M. VOLLE - Directeur : tél. : 03 81 38 53 01 - Secrétariat 03 81 38 53 01
 Mme QUERRY Catherine - DRH Affaires Médicales : 03 81 38 58 80 - Email : c.querry@chi-hautecomte.fr

Lettre de CANDIDATURE + CV sont à adresser à : M. VOLLE Olivier - Directeur

Centre Hospitalier Intercommunal de Haute-Comté - 2, Faubourg St Etienne - CS 10329 - 25304 - PONTALIER Cedex

RADIOLOGUE

Le CHIC de Pontalier RECRUTE un praticien "remplaçant" ou à durée indéterminée pour compléter une Equipe de RADIOLOGUES en place (PH tps plein, PH tps partiel et praticiens attachés : soit 5 praticiens dont 2 départs de praticiens attaché en fin de carrière.

Les conditions :

Etre inscrit à l'Ordre des Médecins dans la Spécialité.

Pour tout renseignement :

Dr PERRIGUEY, Chef d'Unité

GYNÉCOLOGUE-OBSTETRICIEN

(PH OU PRATICIEN CONTRACTUEL OU ASSISANT SPÉCIALISTE

Langue française maîtrisée à l'écrit et à l'oral.

Compétence chirurgicale souhaitée.

Le praticien recruté assurera les consultations de gynécologie médicale et de suivi de grossesse.

Compétence en échographie obstétricale avec N° d'agrément pour le dépistage 1^{er} trimestre.

Participation aux gardes et astreintes d'obstétrique avec compétence pour les actes d'urgence (curetage, césarienne, coloscopie) et maîtrise de l'extraction instrumentale apprédée mais non obligatoire, selon les compétences et l'expérience du candidat.

Conditions d'exercice :

Etre inscrit à l'Ordre des médecins dans la spécialité.





LE CENTRE HOSPITALIER DE BONIFACIO RECRUTE MEDECIN GENERALISTE OU GERIATRE

- Compétences gériatrie et titulaire Camu et ou onco gériatrie.
- Vous intégrez une équipe composée de 2 PH Temps Plein, disposé à passer PH pour rester au sein du Centre Hospitalier.
- Vous Intégrez un Projet Médical et travail - certification V14.
- Temps de travail 10 ½ journées/semaine et 10 astreintes opérationnelles/mois.
- Possibilité de logement.



Les candidatures (lettre de motivation et CV) sont à adresser à :

Dr Isabelle Grimaldi PH Président CME - isabelle.grimaldi@ch-bonifacio.fr - Tél. : 04 95 73 95 33 | Dominique RUSSO - Directeur - dominique.russo@ch-bonifacio.fr - Tél. : 04 95 73 95 41

Le groupement hospitalier de l'Artois composé des centres hospitaliers de Lens, Béthune-Beuvry, Hénin-Beaumont et La Bassée

▶ RECRUTE 2 MÉDECINS PNEUMOLOGUES À TEMPS PLEIN

Le praticien intégrera l'équipe médicale de Béthune-Beuvry et partagera son temps avec le centre Hospitalier de Lens dans le cadre de la constitution d'une équipe médicale de territoire.

L'activité de pneumologie du centre hospitalier de Béthune constituée d'une équipe médicale de

6 praticiens s'organise autour de :

- Une unité d'hospitalisation conventionnelle de 28 lits dont 6 lits de soins intensifs (VNI, OPTIFLOW, ...).
- 1 unité de chimiothérapie ambulatoire.
- Une unité de jour de 15 places.
- Une activité de polysomnographie et de polygraphie.
- Consultations externes et d'avis spécialisés en interne
- Un plateau technique complet (Epreuves d'effort, échographie pleuropulmonaire, 2 cabines EFR, endoscopies bronchiques, EBUS, fibroscopies, allergologie, ...)

Le temps de travail se partage entre le CH Béthune et le CH Lens (15km par autoroute).

Le CH Lens et le CH Bethune se situent à 35 km de Lille (autoroute et voie rapide). L'activité pneumologique est divisée entre unité hospitalisation et plusieurs unités programmées dont l'HdJ, la chimiothérapie, l'hôpital de semaine et unité de polysomnographie.

Les candidats partageront leur temps de moitié en hospitalisation et en unité programmée.

A l'année seront respectées les cinq semaines de CA + les quatre semaines de RTT + trois semaines de congés formation.

Les candidats doivent être titulaires du diplôme d'études spécialisées (PNEUMOLOGIE) et être inscrit au conseil de l'Ordre des médecins.

Pour tout renseignement complémentaire

Les candidats peuvent joindre les praticiens référents du CH de BETHUNE :

- Docteur VERKINDRE : cverkindre@ch-bethune.fr ou 03 21 64 41 39
- Docteur AMPERE : aampere@ch-bethune.fr ou 03 21 64 44 44 - poste 83450



VP
GROUPE
SANTÉ
Victor Pauchet



Etablissement privé de 413 lits (MCO et SSR) RECHERCHE CHIRURGIEN THORACIQUE (LIBÉRAL OU SALARIÉ)

dans une ville universitaire. Secteur de Soins Intensifs et de SSR respiratoire pré et post-opératoires, robot chirurgical. 9 pneumologues sur le site. Inscription au collège de Chirurgie Thoracique demandée.

Contact :

06 82 89 45 14

ou

06 07 68 65 02

Etablissement de moyen-séjour polyvalent de 54 lits (GCS public-privé) RECHERCHE GÉRIATRE DIPLÔMÉ MI-TEMPS

salarié pour compléter l'équipe de 3 gériatres.

Contact :

06 82 89 45 14

ou

06 61 81 57 77

LA FONDATION HOPALE reconnue d'utilité publique 1100 lits et places – 2500 salariés

Notre métier, notre vision

La Fondation Hopale est un opérateur de santé de référence, hautement spécialisé dans la prise en charge des pathologies ostéo-articulaires et neurologiques, du handicap, des affections chroniques, des troubles de l'apprentissage.

Elle propose des solutions complètes et intégrées de services allant du diagnostic, à l'éducation thérapeutique, au traitement médico-chirurgical, à la rééducation-réadaptation, à l'insertion (sociale, professionnelle, familiale et scolaire).

La Fondation Hopale, un opérateur de 13 établissements...

Le groupe est implanté sur 13 sites (6 établissements sanitaires et 7 établissements médico-sociaux) dans le Nord Pas-de-Calais, avec une concentration d'activités sur la Côte d'Opale et en périphérie de la métropole lilloise.

Le groupe est un opérateur de santé « exhaustif et complet » articulé autour des activités MCO/SSR/México-Social. La Fondation a mis en place une organisation entièrement repensée autour de ces 3 secteurs d'activités. Plus claire, plus efficace, elle s'appuie sur une complémentarité renforcée entre nos activités et nos métiers, pour apporter des solutions rapides, globales et intégrées à nos patients usagers.

Faire acte de candidature auprès de La Direction : Véronique SADLO - Tél. : 03 28 43 49 00

Ets CLAIR SEJOUR - 65, rue de Neuve Eglise - 59270 BAILLEUL - csdir@hopale.com

LA FONDATION HOPALE RECHERCHE

pour son établissement Clair Séjour de Bailleul (59)
SSR spécialisés et polyvalents – 70 lits et places

UN MEDECIN MPR

pour renforcer son équipe médicale - CDI temps plein - Convention FEHAP 51

Poste à pourvoir dès que possible.

Orientations médicales : Orthopédie, traumatologie, rhumatologie, neurologie légère, appareillage.

Plateau technique complet : Balnéothérapie, isocinétisme, posturologie.

Equipe pluridisciplinaire : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, neuropsychologue, EPS APA.

Fondation
HOPALE



Le Centre Hospitalier de Douai, situé à proximité de Lille, dans le Nord, est l'établissement support du GHT du Douaisis sur un secteur de 260 000 habitants.

Celui-ci recrute dès que possible :

2 Neurologues à temps plein

Dont un avec une expérience en pathologie neuro-vasculaire. 19 lits de neurologie générale ; intégration au système de télé-médecine avec les hôpitaux voisins pour la prise en charge de l'AVC, consultations spécialisées, hôpital de jour (SEP notamment : file active de 120 patients environ), explorations : EEG, EMG, potentiels évoqués, liens avec le centre Léonard de Vinci, l'espace d'éthique clinique et le CHRU (thrombectomie, neuro-chirurgie, pathologies périphériques, etc).

Projet d'ouverture d'une UNV avec simultanément intégration à la garde de télé-médecine.

2 Ophtalmologues à temps plein

Ciblés sur la prise en charge des pathologies suivantes : contactologie, pédiatrie/inflammatoires et de rétines médicales/glaucomateuses, paupières, cataracte.

2 unités de consultations totalement équipées avec écran vidéo, 1 salle pour le matériel d'exploration, 1 OCT Spectral Domain dernière génération, 1 angiographe rétinographe, 1 échographe B, 1 biomètre non contact, 1 salle pour le matériel de traitement Laser, 1 Laser Vert multispot, 1 Laser Yag, 1 salle de soin pour la prise en charge de petites chirurgies, 1 salle blanche pour injections intra-vitréennes, salle opératoire avec microscope et phacoémulsificateur (centurion).

4 Médecins Urgentistes et Médecins Généralistes à temps plein

2 scanners dont un dédié à l'urgence, 1 IRM, radiographie standard, réanimation de 8 lits, SC médicale et chirurgicale de 6 lits, USIC de 8 lits, Réseau Télurge (neurochirurgie), Réseau téléAVC - 68 000 passages et 3000 sorties SMUR par an, 1 garde de pédiatre, 1 garde cardiologue, 1 garde de réanimateur, 1 garde de radiologue, 2 gardes urgences soins, 1 garde urgences SMUR, 2 demi-gardes ambulatoires soins.

Postes prioritaires bénéficiant de l'allocation spécifique de 10 000 €.

Statuts proposés : praticiens hospitaliers et/ou contractuels, assistants.

CV et lettre de motivation à adresser à :

Mme BULCKE

Responsable des Affaires Médicales

diram@ch-douai.fr - 03 27 94 73 95

Route de Cambrai - BP 10740 - 59507 Douai Cedex



Possibilité
d'être logé



Centre
Hospitalier
de DOUAI

 Unapei 60



L'UNAPEI 60

L'Union Nationale des amis et parents de personnes handicapées mentales de l'Oise. Association gestionnaire, de 24 établissements et services regroupés en secteurs inscrits dans trois CPOM, offrant 1235 places pour enfants et adultes.

Recrute pour son Institut Médico-Educatif « Les Papillons Blancs » à Beauvais accueillant des enfants et adolescents présentant une déficience intellectuelle.

1 Médecin Psychiatre/Pédopsychiatre

CDI - 0.50 ETP - Rémunération selon CCNT 66

Sous l'autorité de la direction d'établissement, vous gardez le volet thérapeutique du projet personnalisé de l'utilisateur.

Vos missions :

- Vous coordonnez la mise en place de soins médico-psychologiques, dans une cohérence thérapeutique, éducative et psychopédagogique.
- Vous participez à la mise en œuvre du projet institutionnel et des projets personnalisés.
- Vous mettez en œuvre des accompagnements médico-psychologiques.

Pour cela vous :

- Participez aux rendez-vous d'admission et synthèse d'orientation chaque fois que nécessaire.
- Participez chaque fois que nécessaire aux réunions de projets personnalisés et aux réunions institutionnelles, vous apportez aux équipes un éclairage sur les avancées médicales et scientifiques.
- Alertez la direction des signes de dysfonctionnement d'ordre pathologique afin d'éviter des hospitalisations non programmées, vous participez à la préparation et à l'accompagnement du retour des hospitalisations en psychiatrie chaque fois que nécessaire.

- Contrôlez et réglez les traitements des usagers.

- Etablissez et animez un lien fonctionnel avec les autres personnels médicaux, paramédicaux et les psychologues, vous établissez les prescriptions concernant leurs interventions.
- Mettez en œuvre des entretiens avec les enfants et éventuellement leur famille.

Profil requis

- Titulaire du doctorat de médecine spécialisé en psychiatrie, de préférence infanto-juvénile.
- L'inscription au tableau de l'Ordre des médecins psychiatre est obligatoire.
- Bonne connaissance des approches développementales et cognitivo-comportementales liées à l'autisme.

Poste à pourvoir dès que possible

Candidature à adresser à :

Unapei60 - A l'attention de la Direction Générale - 64, rue de Litz - 60600 Etouy - candidature@unapei60.org

Le CENTRE HOSPITALIER DE SAINT QUENTIN
à 1h de Reims, de Lille, 45min d'Amiens, 1h30 de Paris et de la côte Picarde
2^{ème} établissement de la région Picardie, offre 979 lits dont 522 en MCO,
un plateau technique complet récemment reconstruit

RECRUTE

UN NEUROLOGUE

POUR SON SERVICE DE NEUROLOGIE DONT 6 LITS D'UNITÉ NEURO VASCULAIRE

Pour tout Complément D'information :

contacter M. le Dr BOUFFETEAU

jc.bouffeteau@ch-stquentin.fr- 03 23 06 72 10

Adresser candidature et cv - M. le directeur - BP 608 - 02321 ST QUENTIN CEDEX

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



Centre Hospitalier
Sainte-Marie
NICE

Le Centre Hospitalier Sainte-Marie Nice est un Etablissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC). Avec plus de 1000 salariés, dont 900 professionnels médicaux et soignants, il est un acteur incontournable en santé mentale sur le territoire Alpes Maritimes.

Il dépend de l'Association Hospitalière Sainte-Marie, groupe hospitalier, premier acteur français en santé mentale avec plus de 30 établissements sur 7 départements situés dans le quart sud-est de la France, et 5 200 salariés.



LE CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE NICE

RECHERCHE UN PSYCHIATRE H/F

EN CDD ET CDI À TEMPS PLEIN

• POSTE URGENT •

Rattaché(e) au Médecin Chef, vous aurez en charge une unité composée de 18-22 lits au sein de notre établissement.

Rémunération :

Salaire mensuel brut 4720.02 € (mutuelle incluse)
+ Reprise d'ancienneté à 100% + prime + parking
+ self d'entreprise.

Poste de Cadre au forfait jour (201 jours travaillés par an)
+ participation aux gardes et astreintes.

Merci d'adresser votre candidature (CV + lettre de motivation) à :

Centre Hospitalier Sainte-Marie - Service Ressources Humaines
87, avenue Joseph Raybaud - CS 41519 06009 Nice Cedex 1

E-mail : celine.merra@ahsm.fr



Le Centre Hospitalier de la Dracénie (Draguignan, Var)

Recherche Médecin pour compléter l'équipe médicale du Département de Soins d'Accompagnement du Var-Est, « le Patio ». Poste à pourvoir très rapidement.

Le département est composé de 3 unités : une Unité de Soins Palliatifs (USP) d'une capacité d'accueil de 10 lits d'hospitalisation complète, une Equipe Mobile Inter Hospitalière de Soins Palliatifs (EMISP) qui intervient dans les CH de Draguignan, Fréjus et Gassin, et le Réseau de Ville en Soins d'Accompagnement (REVESA).

Profil souhaité : DU en Soins Palliatifs (acquis, en cours ou engagement à le faire) ou DESC « douleur et médecine palliative ».

Contacts :

- Docteur HADDI Es-Saïd - Chef de pôle
es-said.haddi@ch-draguignan.fr - Tél. : 04 94 60 51 69
- Docteur Willème KACZMAREK
Responsable de service
willeme.kaczmarek@ch-draguignan.fr
Tél. : 04 94 60 58 92
- Monsieur le Directeur
direction.generale@ch-draguignan.fr





Le Centre Hospitalier de la Dracénie (Draguignan, Var) Recherche Médecin Spécialisé en Réanimation

Service de Réanimation récent, 8 lits de Réanimation + 6 lits de Surveillance Continue avec un plateau technique moderne et adapté (Dialyse citrate-calcium, respirateur SERVO & DRAGER récent, Echographe...). Fonctionnement en service continu, TTA de jour, accueil d'Internes.

Poste à pourvoir très rapidement

Profil souhaité :
DES d'Anesthésie-Réanimation ou DESC de Réanimation Médicale.



Contacts :
— Docteur Philippe BROFFERIO - Chef de Pôle
philippe.brofferio@ch-draguignan.fr
Tél. : 04 94 60 50 71
— Monsieur le Directeur - direction.generale@ch-draguignan.fr



ASTIF
Association de Santé au Travail
Interentreprises de Fiers

L'ASSOCIATION DE SANTÉ AU TRAVAIL INTERENTREPRISES DE FLERS RECRUTE

1 MEDECIN DU TRAVAIL ou COLLABORATEUR MEDECIN (H/F - CDI - TEMPS PLEIN OU PARTIEL)

Vous intégrerez une équipe pluridisciplinaire de 4 médecins, 1 responsable administratif et financier, 5 assistants santé au travail, 3 infirmières au travail et 3 intervenants en prévention des risques professionnels.

Profil :

Titulaire du CES ou DES de médecine du travail, ou médecin généraliste souhaitant suivre une formation qualifiante en santé au travail.

Envoyer lettre de candidature + CV :

ASTIF - Mme LABASLE - Directrice - Place Pierre Semard - 61100 FLERS
Tél. : 02 33 65 26 87 - courriel : astif61@astif.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DU ROUVRAY RECRUTE 1 PSYCHIATRE PHC



Le Centre Hospitalier du Rouvray est un établissement de santé mentale d'une capacité de 958 lits et places situé à quelques kilomètres du centre-ville de Rouen. C'est un établissement dynamique, ouvert sur le territoire, composé de 53 sites géographiques différents. Il dispose d'une file active importante (3ème au niveau national) et a noué des liens étroits avec le CHU de ROUEN. C'est de ce partenariat historique que le CHR a choisi d'être établissement partie du GHT Rouen Cœur de Seine dont le CHU de ROUEN est l'établissement support.

Madame DEFAY-GOETZ, chef du pôle RSE, Monsieur HAOUZIR, président de la CME, et Monsieur DUFOREAU, Directeur des Affaires Médicales et Juridiques se tiennent à votre disposition afin de vous présenter l'établissement et vous accompagner dans la structuration de votre projet de carrière au sein du Centre Hospitalier du Rouvray.



A seulement 1h20 des portes de Paris et proche du centre-ville de Rouen.
Situé dans un parc verdoyant de 80 ha
Possibilité de logement.

Contact :

— Chef de pôle : Madame DEFAY GOETZ - helene.defaygoetz@ch-lerouvray.fr
— Président de CME : Monsieur HAOUZIR - sadeq.haouzir@ch-le-rouvray.fr
— Directeur des Affaires Médicales et Juridiques : Monsieur DUFOREAU richard.duforeau@ch-lerouvray.fr



Centre Hospitalier Comminges Pyrénées
SITE DE SAINT-PLANCARD / SITE D'ENCÈRE

LE CENTRE HOSPITALIER COMMINGES PYRENEES ■ 31800 SAINT-GAUDENS ■

Recherche Praticien Hospitalier temps plein en Gériatrie

Etablissement MCO disposant de 394 lits et 45 places recherche un Gériatre pour son service d'hospitalisation de court séjour gériatrique de 30 lits (cible 3 praticiens)

Secteur de Gériatrie :
105 lits avec activités de :
• Service de Soins et Rééducation avec 20 lits
• Court Séjour Gériatrique avec 30 lits
• Unité de Soins Longue Durée avec 60 lits
• L'ensemble de la filière

Contact :
Candidature à envoyer à :

M. Jean-Claude THIEULE - DRH
Tél. : 05 62 00 40 22
Mail : jeanclaude.thieule@ch-saintgaudens.fr



Recherche Praticien Contractuel ou Praticien Hospitalier

- › Temps plein en Gériatrie ou Médecine Polyvalente pour service hospitalisation de court séjour gériatrique
- › Temps plein ou partiel en Gériatrie pour ses activités transversales (EMG, Hôpital de jour et consultations) ou Médecine Polyvalente

Etablissement MCO disposant de 394 lits et 45 places recherche pour affectation sur l'un des secteurs suivants. Recherchons un Gériatre temps plein pour son service d'hospitalisation de court séjour gériatrique.

Secteur de Gérontologie : 230 lits avec activités de

- › Service de Soins et Rééducation avec 20 lits.
- › Court Séjour Gériatrique avec 30 lits.
- › Unité de Soins Longue Durée avec 60 lits.
- › 120 lits EHPAD.
- › L'ensemble de la filière.

Candidature à envoyer à :

M. Jean-Claude THIEULE

DRH

Tél. : 05 62 00 40 22

Mail : jeanclaud.thieule@ch-saintgaudens.fr



L'ALEFPA - Pôle Pédiatrique de Cerdagne Recherche

- UN PNEUMO PÉDIATRE
- UN PÉDIATRE
- UN PNEUMOLOGUE

EN CDI À TEMPS PLEIN

Disponibilité immédiate.

Possibilité de logement pendant la période d'essai.

Poste situé à Osséja près de Font Romeu dans les Pyrénées Orientales (66).

Vous évoluerez au sein d'un établissement SSR pédiatrique de 120 lits en HC et 20 places en HDJ, accueillant des enfants de 0 à 17 ans, atteints de maladies respiratoires, nutritionnelles, rares ou complexes.

Sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur, vous travaillerez en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire composée de pédiatres, pédopsychiatre, pneumo pédiatre pharmacien, personnel soignant et de rééducation, personnel éducatif. Coopération avec le CH de Perpignan, l'hôpital Transfrontalier de Cerdagne.

Mme Tixador Delphine - Responsable Ressources Humaines
04 68 30 72 00 - delphine.tixador@alefpa.asso.fr



La MSP de Béziers située en zone franche urbaine, composée de 3 sites (ville et semi-rural) et regroupant une équipe pluri-professionnelle de généralistes et spécialistes

RECRUTE

DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES

(Cardiologie, Dermatologie, Pneumologie, Pédiatrie, Neurologie, Radiologie, Ophtalmologie...).

Vous souhaitez exercer votre activité professionnelle dans le Sud de la France dans un environnement privilégié ?

Vous souhaitez organiser votre temps de travail et disposer de temps de loisirs à volonté ?

Vous souhaitez être déchargé des tâches administratives et travailler en équipe pluridisciplinaire ?

Vous souhaitez disposer de conditions financières excellentes ?

Votre conjoint(e) souhaite également travailler dans la MSP (professions médicales, para médicales, administratives) ?

Contactez nous !

Pour les Médecins Généralistes

Dr Jean Granier :

jeangranier.beziers@free.fr

Dr Thierry Stefanaggi :

thierrystefanaggi@free.fr

Pour les Médecins Spécialistes

Dr Philippe Berdagué :

philippe.berdague@gmail.com

Pôle Médical

313 rue Jacques Balmat - 34500 Béziers

Tél. : 04 67 212 212



MSP
Béziers



LE CENTRE HOSPITALIER DE LAVAU (TARN)

(à 30 min de Toulouse)

RECHERCHE UN MEDECIN PEDOPSYCHIATRE (H/F) TOUS STATUTS CONFONDUS/TEMPS PLEIN/TEMPS PARTIEL

Le pôle de Pédopsychiatrie est à taille humaine et avec une équipe dynamique comptant 7 médecins. Il est découpé en 6 structures réparties sur les communes de Lavaur, Castres, Graulhet et Mazamet.

Adresser candidatures et CV à :

Madame la Directrice des Ressources Humaines, des Affaires Médicales et de la Formation - Centre Hospitalier
1, Place Vialas - 81500 LAVAU

Pour tout renseignement contacter : Madame le Docteur CARSALADE - Chef de pôle
l.carsalade@ch-lavaur.fr - Secrétariat : 05 63 83 31 56 - Standard : 05 63 58 81 81





Le Centre Hospitalier est installé dans la Cité Sanitaire de Saint-Nazaire (944 lits et places) dotée des équipements de pointe : bloc opératoire de 16 salles, bloc obstétrical pour plus de 2 600 naissances annuelles, accès à 50 places de chirurgie ambulatoire, plateau médicotechnique complet (Scanner dont un 2^e sera opérationnel fin 2017, IRM (2^e IRM programmé pour février 2018), imagerie interventionnelle), 2 laboratoires dont 1 laboratoire d'anatomopathologie. Des filières de soins complètes : 12 lits de réa et 10 lits d'USC, 10 lits d'UNV, d'activité d'angioplastie, des services de spécialités médicales.

Le Centre Hospitalier y développe ses activités et renforce ses équipes médicales. Recherche 1 radiologue, pour compléter une équipe cible de 10 radiologues

A quelques minutes de La Baule et de la Brière, à 45 minutes de Nantes, à 3 heures de TGV de Paris, Saint-Nazaire offre un cadre agréé de travail et de loisirs, de vie sociale et familiale.

Vous appréciez le travail en équipe, vous souhaitez contribuer au dynamisme et à la compétence de l'établissement ...

... Rejoignez nous

Mme PELLIGAND - Directrice des Affaires Médicales - 02 72 27 89 64 - c.pelligand@ch-saintnazaire.fr

M. OTT - Responsable des Affaires Médicales - 02 72 27 89 86 - l.ott@ch-saintnazaire.fr

Dr CLOTTEAU - Chef de Pôle - 02 72 27 80 69 - m.clotteau@ch-saintnazaire.fr

Service imagerie - 02 72 27 80 80

CH Saint Nazaire

Cité Sanitaire

11, boulevard Georges Charpak - 44606 Saint Nazaire cedex



LE CENTRE HOSPITALIER COTE DE LUMIERE

Situé aux SABLES D'OLONNE, station balnéaire, agglomération de 45000 habitants, en bordure du littoral Atlantique vendéen ; à 1h15 de NANTES par l'autoroute, à 1h30 de LA ROCHELLE et à 3h15 de PARIS par le TGV.

RECRUTE PRATICIENS (H/F) INSCRITS AU CONSEIL DE L'ORDRE :

- **CARDIOLOGUE** : Pour compléter son équipe de 3 Praticiens - Unité de 17 lits d'hospitalisation avec USC polyvalente de 6 lits - Activité de consultation - Plateau technique de rythmologie et d'imagerie. Possibilité d'activité libérale selon statut ou d'accéder au plateau technique du Centre Hospitalier Départemental de LA ROCHE SUR YON dans le cadre du GHT - Astreintes opérationnelles.

- **RADIOLOGUE** : Pour compléter son équipe de 3 Praticiens - Plateau technique complet de qualité : Radiologie conventionnelle numérisée - Technologie capteurs plans - Unité de sénologie (mammographie numérisée capteur plan + tomosynthèse + C.A.D. + échographe dédié) - Echographie (Doppler) - Ostéodensitométrie - Panoramique dentaire - I.R.M. et scanner nouvelle génération - PACS - RIS - Astreintes opérationnelles avec téléimagerie partielle - Possibilité d'activité libérale selon statut - Poste prioritaire.

- **MEDECIN URGENTISTE** : Pour compléter son équipe de 12 Praticiens. 12 box d'examen dont un double déchochage - 8 à 12 lits d'UHTCD - 29000 passages/an - 930 interventions SMUR.

Le Centre Hospitalier Côte de Lumière est un Pôle de Santé public-privé médico-chirurgical ouvert fin 2011. Il dispose d'un service d'urgence, d'un plateau technique complet, de 231 lits et places installés en Cardiologie, Pneumologie, Gastro-entérologie, USC polyvalente, Médecine interne et polyvalente, UP AVC, Médecine gériatrique aigüe, Hôpital de semaine polyvalent, SSR, Pédiatrie, Gynéco-obstétrique, UHTCD, Hôpital de jour - 258 lits EHPAD-USLD.



Adresser votre candidature à :

Madame SAINT-HUBERT - Directrice des Affaires Médicales

CH Côte de Lumière - 4, rue Jacques Monod - CS 20393 - OLONNE-SUR-MER - 85109 LES SABLES D'OLONNE CEDEX

Contacts :

M. le Dr J. BEUCHARD - Président de C.M.E - 02 51 21 86 09

Affaires Médicales - 02 51 21 85 46 - Fax : 02 51 21 87 32

Mail : secretariatdrh@ch-cotedelumiere.fr

LE POLE SANTE SARTHE ET LOIR

Situé à 35mn d'Angers et Le Mans - 1h15 de Paris en TGV

RECRUTE

UN MEDECIN ANESTHESISTE-REANIMATEUR temps plein ou temps partiel

Inscription au Conseil de l'Ordre requise

Le bloc opératoire est composé de 6 salles dont une de césarienne.

Activités de chirurgie orthopédique, viscérale, urologie, ORL, stomatologie, ophtalmologie et gynécologie.

Chirurgie pédiatrique ambulatoire.

Maternité de niveau I (550 accouchements par an).

Pratique de l'anesthésie générale, anesthésie loco-régionale sous échographie.

Réhabilitation post opératoire précoce.

Unité de Soins Continus de 4 à 6 lits.

Personne à contacter

- Dr Abdelhadi MASLOH - chef du pôle chirurgie/anesthésie/mère/enfant - amasloh@pole-sssl.fr

Tél. : 02 44 71 30 00 puis demander le 2209

Direction des ressources humaines et des affaires médicales

Madame Annie-Laure DESPREZ - Directeur adjoint - Pôle Santé Sarthe et Loir - CS 10129 LE BAILLEUL - 72205 LA FLECHE cédex

Tél. : 02 44 71 30 41 - Mail : stouchard@pole-sssl.fr

UN MEDECIN URGENTISTE/SMURISTE

Titulaire de la CAMU ou DESC d'urgence. Inscription au Conseil de l'Ordre requise.

Equipe actuelle composée de 6 praticiens hospitaliers et 9 Internes.

Organisation en garde 24h et 12h - 23500 entrées par an 650 sorties SMUR par an.

Quantité : temps plein ou temps partiel

Personne à contacter :

Docteur Ludovic STEEN - Responsable de Service et Chef de Pôle

Tél. : 02 44 71 30 00 puis demander le 2300 - Mail : lsteen@pole-sssl.fr

Docteur Mohammed TOUIL - Responsable Planning

Tél. : 02 44 71 33 12 - Mail : mtouil@pole-sssl.fr



La Commune du Lardin-Saint-Lazare Recherche

UN MEDECIN GÉNÉRALISTE COORDONNATEUR

UN MEDECIN GÉNÉRALISTE

UN CHIRURGIEN-DENTISTE

pour son centre de santé qui ouvrira ses portes en juillet 2018

(salariés à plein temps en CDD 3 ans - renouvelable une fois pouvant évoluer vers un CDI)

Situé à 30 km de Brive, à 50 km de Périgueux, accessible par les autoroutes A20 et A89 avec une sortie directe à proximité de la commune (5 km), Le Lardin-Saint-Lazare bénéficie d'une situation géographique privilégiée, au cœur de l'axe touristique des départements de la Dordogne, de la Corrèze, de la Haute-Vienne.

Passionné(e) par votre métier, vous avez envie de vous investir au sein d'une équipe où les échanges professionnels sont privilégiés, avec des conditions de travail intéressantes dans des locaux neufs, aménagés et où vous êtes déchargés des tâches administratives et logistiques. Vous bénéficiez d'un statut et vous avez accès à des congés payés rémunérés, à une couverture maladie et prévoyance.

Pour tout renseignement, veuillez contacter :

M. Jean-Claude BERNATEAU - Adjoint Chargé de la Santé & Mme Carole DUBALLET - Coordinatrice Administrative

au 05 53 51 27 11 - maison.medicale@fr.oleane.com

Ou envoyer votre CV complet et votre candidature à Monsieur le Maire, 2 avenue Georges Haupinot - BP 27 - 24570 Le Lardin-Saint-Lazare





Village de **1 300 habitants**, accueillant et dynamique en pleine expansion,
+200 habitants, situé au cœur d'un bassin de vie de **17 000 habitants**, dans un rayon de 6 kms.
 Qualité de vie agréable, à seulement **25 minutes de Bordeaux par l'A10 ou l'A89**
 et à moins de **10 minutes de Libourne (hôpital)** et St André de Cubzac.
 Crèche, écoles, collège, lycée et EHPAD à moins de 5 minutes

Contact:
 Jeanine MEDES,
 Maire
 05.57.84.42.08
 06.82.41.20.87

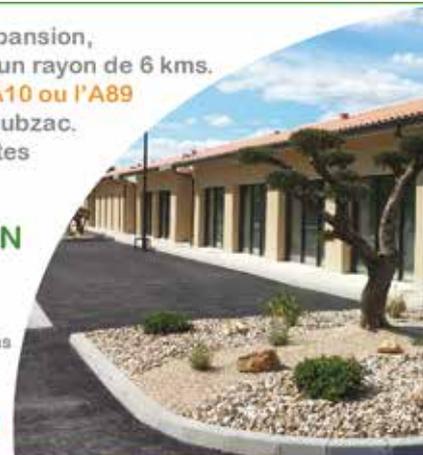


PROPOSE UN LOCAL POUR UNE PROFESSION MÉDICALE OU PARAMÉDICALE dans Multiple Rural

comprenant 2 cabinets médicaux, un cabinet infirmier et des psycho praticiens

Locaux neufs **61m²** Internet 20MB **360€/mois**

MAIRIE DE VILLEGOUGE - 3 PLACE DU GÉNÉRAL DE GAULLE - 33141 VILLEGOUGE 05.57.84.42.08 mairie.villegouge@wanadoo.fr www.villegouge.fr



Centre Hospitalier SUD GIRONDE Groupe Hospitalier territoire GIRONDE Sud-Ouest (33)

Le Centre Hospitalier Sud Gironde, idéalement situé en Gironde, à 40 km de Bordeaux, 1h des Pyrénées, 1h de l'Océan.

RECHERCHE UN MEDECIN URGENTISTE

Temps plein ou temps partiel pour compléter son équipe médicale

Un service d'urgences est présent sur le site de LA REOLE de 8h30 à 20h30 (un médecin urgentiste par jour en 12h).

Un service d'urgences/SMUR se situe également sur le site de LANGON avec deux médecins urgentistes de jour et deux médecins urgentistes de nuit. De plus, le service comprend une unité d'hospitalisation de courte durée de 6 lits (6h par jour).

- **Equipe médicale stable** : 10.7 ETP.
- **Activité du service** : (réf. 2015).

- **Nombre de passages** : 26 909.
- **Nombre de sorties** : SMUR 727.

Profil :

Pour postuler à cette offre vous devez être titulaire d'un diplôme de médecine d'urgence et être inscrit au Conseil de l'Ordre des médecins en France.

Le poste : Praticien Attaché, assistant, contractuel, Praticien Hospitalier temps plein ou temps partiel

Personne à contacter :

Mme Clara BOISSAVI
 Attachée d'Administration Hospitalière
 Affaires Médicales
 clara.boissavi@ch-sudgironde.fr
 Joignable au 05 56 61 53 78



L'ADMR RECRUTE POUR SON FUTUR CENTRE DE SANTE POLYVALENT

Vous cherchez à intégrer des projets innovants et toujours plus en accord avec les besoins des populations et des territoires, rejoignez la Fédération ADMR de la Vienne qui recherche pour son Centre de Santé Polyvalent à Mauprévoir (département de la Vienne (86) - ouverture Été 2018) :

2 MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN CDI

Universalité, Proximité, Citoyenneté, c'est l'état d'esprit qui nous permet d'innover et d'être un acteur majeur de l'Economie Sociale et Solidaire !

Un Environnement de Travail Innovant

- Locaux entièrement équipés et adaptés.
- Exercice en équipe pluridisciplinaire.
- Temps médical optimisé, accompagnement administratif assuré et coordonné.
- Dossier informatisé commun.

Une vraie Qualité de Vie

- Rémunération attractive.
- Statut salarié, poste temps plein ou temps partiel.
- Véhicule de service.
- Possibilité de logement.



Renseignements et contact : Fédération ADMR de la Vienne - Stéphanie BROTONS - Directrice Générale
 ZAC du téléport - 6-8 boulevard Pierre et Marie Curie - CS 30206 - 86962 FUTUROSCOPE CEDEX
 06 30 55 01 87 - sbrotos@fed86.admr.org



Le Centre Hospitalier de Luxembourg

Hôpital de 600 lits avec mission d'enseignement et de recherche recrute

UN MEDECIN SPECIALISTE EN PSYCHIATRIE ADULTE (M/F)

sous contrat à durée indéterminée à temps plein.

Pour le service de Psychiatrie adulte.

Votre mission

En collaboration avec les autres médecins psychiatres, vous assurez le diagnostic, la prise en charge et le suivi des patients du service. Celui-ci comprend notamment 45 lits d'hospitalisation dont 16 lits de psychiatrie intensive, un hôpital de jour, un service d'urgence, une activité de psychiatrie de liaison et une clinique des troubles émotionnels.

Pour plus d'information n'hésitez pas à visiter notre site www.chl.lu ou à contacter le Directeur Médical par mail à direction.medicale@chl.lu.

Merci d'envoyer votre Curriculum Vitae accompagné d'une lettre de motivation à la Direction Médicale du Centre Hospitalier de Luxembourg, 4 rue Barblé - L-1210 Luxembourg.

NB : Un casier judiciaire sera demandé aux candidats vus en entretien.





Groupe hospitalier à rayonnement régional, le CHU de Poitiers se situe sur un territoire au patrimoine culturel et scientifique fort, animé par les pôles d'innovation de l'Université et de ses Grandes Ecoles. Disposant d'une capacité de 1600 lits et places dans une infrastructure en constante modernisation, le CHU assure une mission de proximité, d'appel régional et de recours pour les 1 770 000 résidents du Poitou-Charentes, notamment en cardiologie, cancérologie, gériatrie, neurochirurgie, pédiatrie, biologie et imagerie.

LE CHU RECRUTE

Un Pédiatre H/F en réanimation néonatale et pédiatrique et néonatalogie dans une maternité niveau III.

Le service comprend une unité de réanimation néonatale de 12 lits, réanimation pédiatrique de 3 lits et soins continus pédiatriques de 5 lits et une unité de néonatalogie de 18 lits (9 lits intensifs et 9 lits ordinaires). La maternité (environ 2500 accouchements/an) et la salle de naissance sont situées dans le même bâtiment. L'activité de SMUR pédiatrique concerne toute la région Poitou-Charentes.

Professeur Millot, chef de service médico-chirurgical de Pédiatrie au 05 49 44 30 78 (ligne directe) ou XXXX (secrétariat consultations) ou par mail frederic.millot@chu-poitiers.fr

Un Pédiatre H/F à temps plein pour les urgences pédiatriques, à compter du mois d'avril 2018.

Position dans la structure :

- Pôle Femme Mère Enfant/Chef du pôle : Pr PIERRE
- Service Médico-chirurgical de Pédiatrie/Chef de service : Pr MILLOT
- Urgences pédiatriques, responsable d'unité médicale : Dr BOUREAU-VOULTOURY

Pour de plus amples renseignements, contacter le Dr BOUREAU-VOULTOURY - Secrétariat - Tél. : 05 49 44 37 01 ou par mail : amelie.boureau-voultoury@chu-poitiers.fr

Un PH temps plein en Gynécologie Obstétrique H/F

Orientation Obstétrique, Echographie et Diagnostic Prénatal
Maternité CHU de Poitiers

Pour de plus amples renseignements, contacter le Dr VEQUEAU GOUA au 05 49 44 47 61 ou par mail : v.goua@chu-poitiers.fr

Le Pôle Régional de Cancérologie du CHU de POITIERS recrute deux PH oncologues médicaux ou un oncologue et un médecin généraliste ayant des compétences en cancérologie

Le Pôle Régional de Cancérologie du CHU de POITIERS recrute deux oncologues médicaux ou un oncologue et un médecin généraliste ayant des compétences en cancérologie, pour prendre en charge des patients porteurs d'un cancer hospitalisés dans une structure d'hospitalisation complète et qui présentent des pathologies et des symptômes en rapport avec leur maladie ou les traitements. Y sont aussi hospitalisés des patients relevant de soins de support.

Pr Jean Marc TOURANI jean-marc.tourani@chu-poitiers.fr 05 49 44 45 34

Un Médecin HAD PH temps plein, praticien contractuel

Dr Imane SALEH imane.saleh-jawiche@chu-poitiers.fr 05 49 44 33 95

Pour le Pôle de Montmorillon dans le service d'anesthésie :

Un anesthésiste confirmé temps plein (partagé avec le CHU) ou temps partiel (PH ou statut selon titres Inscription à l'ordre des médecins indispensable)

Le Pôle de Montmorillon, situé à 50 km (45 mn de Poitiers) est un pôle du CHU de Poitiers depuis la fusion du 1^{er} janvier 2016. Il compte 272 lits et places et 430 professionnels dont une quinzaine de médecins ainsi que des intervenants du CHU de Poitiers.

C'est un pôle de proximité important, le seul au Sud du département de la Vienne. Il regroupe un service d'urgences SAMU SMUR, des activités de court séjour en médecine et chirurgie ainsi qu'un secteur de long séjour. De nombreuses consultations externes sont également proposées en cardiologie, rhumatologie, angiologie, diabétologie-endocrinologie, prise en charge de la douleur...

Le pôle dessert un bassin de population de 40 000 habitants et entretient des relations étroites avec les autres pôles du CHU ainsi qu'avec les acteurs locaux dans le domaine de la santé (praticiens libéraux...).

Pr Bertrand DEBAENE :
bertrand.debaene@chu-poitiers.fr - Secrétariat : 05 49 44 38 95

Retrouvez les détails des offres sur www.reseauoprosante.fr
<https://reseauoprosante.fr/groupes/offres/375/centre-hospitalier-universitaire-de-poitiers-vienne-poitou-charentes>

Hélène COSTA Directrice des affaires médicales
au 05 49 44 39 63 (secrétariat)
ou par mail : helene.costa@chu-poitiers.fr



RECHERCHE DE MEDECIN GENERALISTE



Sallèles d'Aude, commune de 3000 habitants, bénéficie d'une situation géographique exceptionnelle, à mi-chemin entre mer et montagne, à 1h de Montpellier ou Carcassonne et à 15 min de Narbonne (55 000 habitants), Sallèles d'Aude offre tous les services aux habitants : écoles, crèche, commerces, supermarché, agenda culturel, associations. La maison médicale de Sallèles d'Aude dispose d'un local de 600m², avec des bureaux adaptables en fonction des besoins des professionnels.

POSTE

Cette maison de santé audoise située au cœur du Narbonnais et du Minervois recherche un médecin généraliste libéral. Ce médecin évoluera dans une maison de santé d'une superficie de 600 m² qui accueille d'ores et déjà plusieurs cabinets de professionnels : deux cabinets d'infirmières, une ostéopathe, une psychologue, une naturopathe et une psycho-énergéticienne.

La patientèle est assurée.

Ce pôle santé est situé en plein centre du village et jouit d'un bon emplacement avec un grand parking et est adapté aux normes d'accessibilité. Les locaux sont lumineux, une salle d'attente et des toilettes sont mis à disposition pour les patients.

Conditions tarifaires :

Pour un bureau d'environ 25m² : 200€ + 50€ de charges. Les charges comprennent la salle d'attente et WC, l'eau et l'électricité, ainsi que le nettoyage des parties communes.

Profil :

DES en Médecine générale.



Contact :

Mairie de Sallèles D'Aude

Tél. : 04 68 46 68 48 - E-mail : cm@sallelesdaude.fr

