

LE MAG DE L'INPH

1^{er} INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

N° 18

FÉVRIER
2020

QUADRIMESTRIEL
GRATUIT



URGENCES, PSYCHIATRIE, GOUVERNANCE,
FINANCEMENT, RETRAITES, DIALOGUE SOCIAL... :
L'HÔPITAL DANS LA TEMPÊTE

WWW.INPH.ORG



1^{er} INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

BUREAU

Présidente
Dr Rachel BOCHER
(CHU de Nantes)

Délégué général
Dr Alain JACOB
(SNHG - Corbeil Essonnes)

Secrétaire Général
Dr Slim BRAMLI
(FPS - Avignon)

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

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

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

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

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

Délégué général adjoint
Dr Patrick LEGLISE
(SYNPREFH - Draveil)

Secrétaire Général Adjoint
Dr Patricio TRUJILLO
(FPS - Etampes)

Trésorier
Dr Olivier DOUAY
(SNPH - CHU - Angers)

Trésorier adjoint
Dr Bernard SARRY
(SNOHP - Limoges)

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

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

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

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

17 SYNDICATS POUR VOUS DÉFENDRE

SNPH-CHU

Syndicat National des PH de CHU

Président : Dr Jean-Michel BADET

SYNPPAR

Syndicat National des Praticiens Hospitaliers à Temps Partiel

Président : Dr A. ORGIBET

SPEEP

Syndicat des Médecins Exerçant en Milieu Pénitentiaire

Président : Dr Emeline CHAIGNE

CNAH

Confédération Nationale des Assistants des Hôpitaux

Président : Dr Jean-Marie FARNOS

SNMInf

Syndicat National des Maladies Infectieuses

Président : Dr Hugues AUMAÏTRE

SPEP

Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public

Président : Dr Michel TRIANTAFYLLOU

SPHPF

Syndicat des Praticiens Hospitaliers de Polynésie Française

Président : Dr Marc LEVY

SPH

Syndicat du Service Public Hospitalier

Président : Dr Erica MANCEL SALINO

SNPEH

Syndicat National des Pédiatres Des Etablissements Hospitaliers

Président : Dr Emmanuel CIXOUS

FPS

Fédération des Praticiens de Santé

Président : Dr Slim BRAMLI

SYNPREFH

Syndicat National des Pharmaciens Des Etablissements Publics de Santé

Présidente : Dr Mireille JOUANNET

SNHG

Syndicat National Des Hôpitaux Généraux

Président : Dr Alain JACOB

SNHU

Syndicat National Des Hospitalo-Universitaires

Président : Dr Bertrand DIQUET

SNOHP

Syndicat National des Odontologistes Des Hôpitaux Publics

Président : Dr Patrick LARRAS

SCPF

Syndicat des Chirurgiens Pédiatres Français

Président : Dr Hélène LE HORS

SNPHU

Syndicat National des Professeurs Hospitalo-Universitaires

Président : Pr P. GOUDOT

SYNDIF

Syndicat National Des Internistes Français

Président : Pr Pascal ROBLOT

17 SYNDICATS QUI VOUS ATTENDENT

SOMMAIRE N°18



04 ÉDITORIAL

ACTUALITÉS

06 Une nouvelle équipe de rédaction pour Le Mag

07 « Dans sa forme actuelle... »

09 A propos d'un projet de décret d'intéressement collectif

10 L'actualité en images
Dossier photographique sur les manifestations des 14 novembre et 17 décembre

MISES AU POINT

14 Un pas de côté
Le harcèlement moral des praticiens



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

Editeur & Régie publicitaire

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

Maquette & Mise en page

We Atipik - www.weatipik.com

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

RÉFLEXIONS

18 Gouvernance médicale :
De quoi parle-t-on ?

25 Médecine, hôpital et taylorisation

J'AI LU ET VOUS POURRIEZ AIMER...

27 La casse du siècle
Interview de Frédéric Pierru

33 Journal d'Hiroshima
Du Dr Michihiko Hachiya

ANNONCES

34 Les annonces de Recrutement

LE MAG DE L'INPH

1^{ER} INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

Édition quadrimestrielle

ISSN : 2274-7575

Directeur de Publication D^r RACHEL BOCHER

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

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

NOTRE
HOPITAL
BRULE
NOUS
REGARDO
MILLEUR



L'INCOMPRÉHENSION

Au moment de prendre la plume pour cet Edito du N° 18, l'hésitation est là, faite de doutes, de craintes, d'incertitudes et de peurs.

Depuis des semaines, des mois, se déroulent sous nos yeux interdits des mouvements de protestations de grande ampleur, localement ou nationalement. Concernant nos métiers la manifestation du 14 février est la troisième de cette importance, après celles du 14 novembre et du 17 décembre derniers.

La Ministre, le Gouvernement, le Président restent sourds.

Pourtant, de façon nouvelle depuis des décennies, les Intersyndicales ont tenu à célébrer l'alliance thérapeutique des luttes, pour agir ensemble, pour sortir de ces maltraitements sociaux et tenter d'enrayer ces crises sans précédent, qui voient se mêler le jaune des gilets avec le blanc de nos blouses, et qui ont conduit à la démission de plus de mille d'entre nous !

N'est-ce pas suffisant ?

Alors vinrent en renfort de nos actions, l'appui des Directeurs de nos Etablissements, comme aussi celui

de nos Doyens qui interpellèrent la Ministre en faveur d'un urgent et meilleur dialogue social.

En ce début d'année 2020 ce nouveau numéro de notre magazine se veut le relais de

Voilà pourquoi nous ne lâcherons rien, et nous n'oublierons rien ! Nous le devons aux plus jeunes de nos Collègues, à nos patients, et tout simplement à nous-mêmes.

EDITO

toutes nos actions passées et présentes et le calendrier de celles futures.

Car la crise est là et s'enkyste, importante et vivante, crise sociale, crise sociétale, crise professionnelle. Et malgré cela, vous témoignez, vous tous, d'une énergie sans faille. Chapeau !

Sous la pression de la rue et dans un mélange détonnant d'irrésolution et de précipitation, quelques essais gouvernementaux eurent lieu au cours des semaines passées à l'exemple de ce fameux **Plan Hôpital** du 20 novembre, bâclé lui aussi, d'un contenu humiliant de sottises, pour leurs auteurs comme pour les destinataires que nous sommes, tétanisés par le vertige de ce nouveau vide.

Pour qui se prennent-ils donc ?

Pour qui nous prennent-ils ?

Mais qu'à cela ne tienne : l'asthénie des Pouvoirs Publics perdure. Puis tout à coup, comme en sursaut, on nous convoque à la table de négociations statutaires comme le 29 janvier dernier, pour constater – *sommes nous surpris ?* – l'absence de préparation, d'objectifs et d'enveloppes.

Les effets de l'inexpérience croisés avec ceux de la paresse font leur œuvre : redoutable.

Ajoutez un zeste d'arrogance et encore un de dilettantisme : nous y sommes.

Et pourtant nous aurions souhaité dire et agir autrement, réfléchir et co-

construire avec raison, au service de nos patients qui sont notre passion.

Alors plus que jamais, le moment est à l'unité syndicale, certes avec nos différences qui fondent nos légitimités, mais unis sur l'essentiel : des personnels considérés dans un hôpital rénové.

Voilà pourquoi nous ne lâcherons rien, et nous n'oublierons rien !

Nous le devons aux plus jeunes de nos Collègues, à nos patients, et tout simplement à nous-mêmes.

Bien entendu on aimerait convaincre que la barre sera redressée.

Mais suis-je vraiment sûre à ce moment que les rudolements incessants dont nous sommes les cibles vont disparaître, qu'un nouveau titulaire viendra à la rencontre de l'Hôpital souffrant ?

Alors mobilisons-nous, comme chacun de nos collègues rédacteurs de ce sombre numéro. Ils ont pris pour nous le temps de l'éditer.

Je relaye une fois encore auprès d'eux, dans ces temps perturbés et violents, notre plus grande reconnaissance.

Présidente de l'INPH
Dr Rachel BOCHER



UNE NOUVELLE ÉQUIPE DE RÉDACTION POUR LE MAG



L'équipe de rédaction du Mag de l'INPH change !

Fondatrice de la revue, après 6 années et 17 numéros, le Dr Antoinette Gelot cède la place, appelée par d'autres engagements.

La nouvelle équipe, constituée par un binôme, aura le redoutable honneur de pérenniser et faire prospérer ce magnifique héritage !

Il s'agit du Dr Eric Oziol, médecin interniste et cancérologue, chef de service et vice-président de la CME du Centre hospitalier de Béziers, et par ailleurs Secrétaire Général du SYNDIF (syndicat des internistes français), et délégué général adjoint de l'INPH. Et par ailleurs du Dr Jérôme Frenkiel, spécialiste de santé publique et en information médicale, chercheur en économie de la santé à l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris, et par ailleurs membre du SNPHCHU (syndicat national des praticiens hospitaliers de CHU) et administrateur de l'INPH.

L'INPH exprime sa profonde reconnaissance à Antoinette et souhaite bonne route à ses successeurs !



« DANS SA FORME ACTUELLE... »



D^r Jean-Michel BADET
Président du SNPHCHU
Membre du Bureau de l'INPH

Le 21 janvier dernier, la Ministre de la Santé adressait à notre présidente, Rachel Bocher, un courrier dans lequel elle s'engage à la publication de textes concernant « le renforcement de l'attractivité des statuts de l'exercice médical à l'hôpital ».

Cet engagement repose sur la nécessité de publier rapidement les textes législatifs que les ordonnances de la LOI (n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé) doivent porter avant la mi-juillet de cette année. La Ministre propose une méthode de travail qui devrait aboutir au plus tard mi-mai.

Aussi, au jour où vous lirez ce texte, votre organisation syndicale vous aura sans doute informé des textes déjà négociés. Mais s'agit-il d'une négociation, terme qui n'apparaît jamais dans la lettre de la Ministre, laquelle préfère parler de « **travaux** » à un rythme soutenu, 2 demi-journées tous les 15 jours, sachant que ces derniers auraient dû commencer courant janvier et que lorsque j'écris ces lignes nous sommes début février et qu'aucun rendez-vous n'a encore été fixé !

Sur quels thèmes les travaux seront-ils menés ?

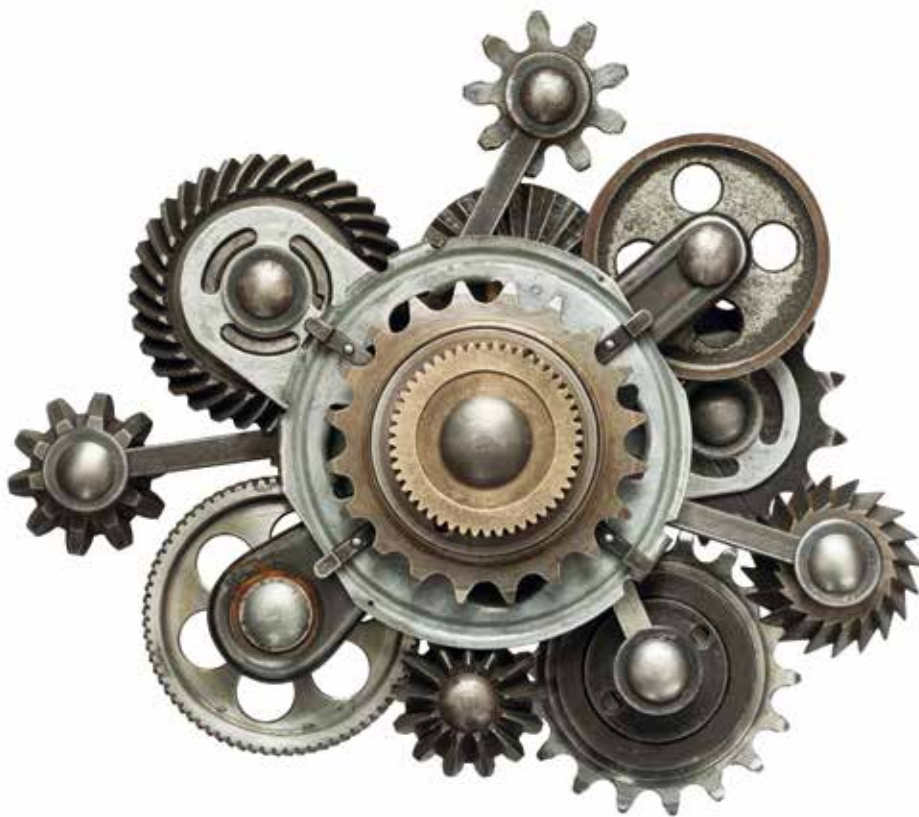
- ☑ Entrée de carrière.
- ☑ Exercice territorial.
- ☑ Diversification des activités, accompagnement des carrières.
- ☑ Statut unique de praticien contractuel.
- ☑ Dialogue social.



Je vous propose ici de faire un focus sur quelques points.

- ☑ Osons croire ce qu'écrit la Ministre (*en caractère gras dans le texte*)
 - Pour le statut de PH contractuel : Il sera « **non concurrentiel au statut de PH qui restera le mode d'exercice de référence et majoritaire** » mais est-ce suffisant pour ne pas craindre que ce CDD soit la seule réponse au manque d'attractivité de certains postes de PH (isolement, pénibilité, déresponsabilisation, etc.).
 - Pour le dialogue social « **la rénovation des missions, de la composition et du fonctionnement des commissions ré-**

Le mécanisme est constitué de rouages, qui sont là pour transmettre au mieux une action, un mouvement. Les praticiens hospitaliers ne sont pas des pièces d'horlogerie !



gionales paritaires » mais il faudra aller plus loin en donnant un vrai pouvoir à cette instance.

- La diversification des carrières passe par la reconnaissance et la valorisation de toutes les activités qui débordent du seul soin. L'INPH défend depuis toujours les valences (enseignement, recherche, gestion, territorialité, permanence, ...). La Ministre envisage avec nous des mesures qui « **offriront de nouvelles conditions d'exercice et perspectives de carrières aux praticiens qui font le choix de s'inscrire durablement à l'hôpital et d'en assumer les missions dans toute leur diversité** ». Cette prise en compte des valences s'est toujours arrêtée au milieu du gué et revient à chaque nouvelle Loi. A nous de la faire enfin aboutir.
- ☒ Comme un bon syndicaliste est par essence un peu paranoïaque, manifestons un peu d'inquiétude sur les propositions qui pourront nous être faites dans le cadre de l'exercice territorial. Que signifie « **la**

création d'un mécanisme de solidarité territoriale ». Le mécanisme est constitué de rouages, qui sont là pour transmettre au mieux une action, un mouvement. Les praticiens hospitaliers ne sont pas des pièces d'horlogerie ! La solidarité territoriale ne pourra s'exercer correctement que si le praticien s'y engage de manière volontaire dans un parcours responsable et attractif.

- ☒ Enfin, toutes les organisations syndicales ont dénoncé la proposition de suppression du concours de PH. Lisons encore la Ministre « **l'accélération de l'entrée dans la carrière par la suppression du concours dans sa forme actuelle** ».

- Première remarque : le concours de PH freinerait le début de carrière alors que pour beaucoup ce ne sont que des considérations financières qui sont à l'origine de ce frein !

- Seconde remarque. Mme la Ministre entend supprimer « **la forme actuelle** » du concours. Oui à condition de conserver le caractère NATIONAL de la nomination et la création d'une liste d'aptitude à l'emploi de PH, c'est un minimum, un casus belli diront les latinistes !

Cette lettre, Madame la Ministre vous a engagé. Nous serons attentifs à ce que vous respectiez ces engagements, nous serons vigilants que d'aucun ne vienne en modifier « la forme actuelle ».



LE PROJET DE DÉCRET PORTANT CRÉATION D'UNE PRIME D'INTÉRESSEMENT COLLECTIF LIÉ À LA QUALITÉ DU SERVICE RENDU



Dr Jérôme FRENKIEL
Membre du SNPHCHU
Administrateur de l'INPH

Ce projet (très avancé) de décret, ayant pour objectif de « favoriser la cohésion interprofessionnelle, la mobilisation des personnels autour de projets collectifs [...] » ainsi que de « contribuer à renforcer la qualité du service rendu et la pertinence des activités [...] » est actuellement en concertation. L'INPH y participe.

Le sujet est l'intéressement des personnels en lien avec un (ou plusieurs) projets supposés apporter un progrès sur la thématique de la qualité et la sécurité des soins, et de leur pertinence. Ils devront s'inscrire dans des orientations-cadre arrêtées par le directeur, sur proposition conjointe du directeur et du président de CME, et après avis du CTE et de la CME. Une prime « d'intéressement collectif » serait donc attribuée à l'ensemble des personnels d'une même équipe (médicale ou non)

porteuse du projet, en application des modalités définies par l'établissement. Selon le projet d'arrêté annexé au projet de décret, le montant de la prime serait compris entre 200 et 600 euros bruts par agent équivalent temps-plein et par projet. Il s'agirait par ailleurs d'un financement fléché, dont le montant national pourrait être de l'ordre de 200 M € par an, et réparti entre les régions au prorata de la masse salariale. L'estimation à ce stade est que 50 % des personnels pourraient en bénéficier chaque année.

Que peut-on en penser ? Ce projet de décret s'inscrit dans la même philosophie que le financement IFAQ, à savoir l'incitation économique au financement (partiel) de l'activité conditionné par des normes de résultat (qualité et pertinence). D'un côté, on en comprend la logique, mais d'un autre côté ces deux dispositifs suscitent les mêmes réserves quant à la pertinence du principe même : une prise en charge réalisée peut-elle ne pas être payée, ou pas intégralement, en cas de non-respect d'une norme de résultat ? Ou, pour dire les choses autrement, la qua-

lité et la sécurité sont-ils des sujets d'accréditation / certification et de police sanitaire, ou un sujet de régulation quasi-marchand ? Ce proto-décret suscite également d'autres interrogations : sur les modalités de choix des projets collectifs, de leur évaluation, des critères de dimensionnement des primes, et par prolongement des conditions de transparence du processus. On peut imaginer également que certains partenaires

sociaux ne voient là qu'une disposition de revalorisation salariale (sujet au demeurant légitime), et soient peu sensibles à des problématiques de volontariat ou de résultat. Enfin, il ne faut pas se faire d'illusion sur le fait que ce financement, à l'instar de l'IFAQ, viendra dans les faits en atténuation de l'ONDAM, et pas en plus... Quoi qu'il en soit, l'INPH suit ce projet de près, et veillera à ce que ses modalités d'applications soient effectivement de nature à promouvoir la qualité des soins et donc l'intérêt supérieur du patient.

**50 % des
personnels
pourraient
en bénéficier
chaque année**





L'ACTUALITÉ EN IMAGES : MANIFESTATIONS

Les Doyens demandent aux Directeurs de relayer auprès des autorités de tutelle cette inquiétude profonde des soignants. Ils émettent le souhait que leurs organisations syndicales ou représentatives se fassent entendre.





DES 14 NOVEMBRE ET 17 DÉCEMBRE 2019





Dans un courrier commun à Agnès Buzyn, les trois syndicats de direction hospitalière mettent en garde sur le risque de paralysie de la gouvernance





LE TRAITEMENT PAR LA JUSTICE ADMINISTRATIVE DU HARCÈLEMENT MORAL SUBI PAR LE PRATICIEN HOSPITALIER



M^e Eric HALPERN
Avocat au Barreau
de Paris

Le 17 décembre 2015, un cardiologue se suicide à l'Hôpital Georges Pompidou à Paris, vraisemblablement victime de harcèlement moral. Cette affaire relayée dans les médias avait suscité beaucoup d'émotion dans la communauté hospitalière. Elle avait révélé au grand public un phénomène, qui s'il touche l'ensemble du monde du travail, concerne aussi les praticiens hospitaliers.

L'EXISTENCE D'UNE DÉFINITION TEXTUELLE DU HARCÈLEMENT MORAL

Si la notion de harcèlement moral ne rejoint pas nécessairement celle de souffrance morale au travail qui peut être indépendante de tout agissement, elle est définie par plusieurs textes. Tout d'abord, l'article 6 quinquies de loi du 13 juillet 1983 portant statut général de la fonction publique selon lequel « *Aucun fonctionnaire ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité,*

d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel. ». Dans le code pénal, l'article 222-33-2 dispose que « *Le fait de harceler autrui par des propos ou comportements répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel, est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende.* ». Enfin, l'article L1152-1 du code du travail dispose qu'

« *aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.* ». Ainsi, on retrouve dans ces trois textes trois critères caractérisant le harcèlement moral : la nécessité de la répétition d'agissements¹, des agissements qui sont susceptibles d'avoir pour effet ou pour objet une dégradation des

1. Un fait isolé ne saurait caractériser un harcèlement moral (voir, par exemple, Cour administrative d'appel de Marseille, 11 octobre 2016, n°14MA03930 : praticien hospitalier sérieusement mis en cause par sa hiérarchie lors d'une réunion).

conditions de travail et enfin une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à la dignité, à la santé physique ou mentale ou de compromettre l'avenir professionnel². La définition du harcèlement moral apparaît ainsi large et incertaine.

En pratique, les réformes successives sur l'organisation des établissements publics de santé conduisent souvent, dans leur mise en œuvre, à une dégradation des conditions de travail des personnels hospitaliers par le manque d'effectifs et de

moyens qu'elles occasionnent pouvant affecter la santé des personnels. De telles situations sont ainsi de nature à entrer dans la définition du harcèlement moral. D'autant que l'intention n'est pas un critère pour caractériser le harcèlement moral. En outre, il peut émaner d'un collègue et même d'un subordonné³ ou d'un supérieur hiérarchique.

S'agissant des praticiens hospitaliers, aucun texte statutaire ne prévoit l'interdiction de les exposer à une situation de harcèlement moral. Le juge administratif

a toutefois consacré un principe général du droit⁴ prohibant le harcèlement moral à l'encontre de l'ensemble des agents publics et qui reprend in extenso la définition⁵ de l'article 6 quinquies appliquée à la fonction publique. Ce principe fait ainsi l'objet d'une application par le juge administratif aux praticiens hospitaliers à temps plein⁶ comme à temps partiel⁷, aux hospitalo-universitaires⁸, aux praticiens contractuels⁹, aux praticiens attachés¹⁰ et aux praticiens en période probatoire¹¹.

LE HARCÈLEMENT MORAL INVOQUÉ DEVANT LE JUGE ADMINISTRATIF

L'engagement de la responsabilité de l'établissement

Face à une situation de harcèlement moral, le praticien hospitalier peut, outre porter plainte contre l'auteur des faits voire contre l'établissement qui ne l'en a pas protégé¹², demander la protection fonctionnelle¹³ auprès de ce dernier¹⁴.

En effet, le directeur d'un établissement public de santé dispose du pouvoir de direction sur l'ensemble du personnel de son établissement¹⁵ et peut ainsi intervenir auprès du ou des agents auteurs d'agissements constitutifs de harcèlement moral pour les faire cesser.

En tout état de cause, le praticien victime de harcèlement pourra, qu'il demande ou non la protection fonctionnelle, engager la responsabilité de l'établissement en sollicitant l'indemnisation de ses préjudices du seul fait qu'il subit un tel harcèlement. En cas de refus de son établissement, il pourra saisir la juridiction administrative. A cet égard, tout récemment, par un revirement de jurisprudence, le Conseil d'Etat a consacré un régime de responsabilité sans faute, c'est-à-dire que l'agent n'a pas à prouver une faute de l'établissement¹⁶. Avant ce revirement, le praticien devait rapporter la preuve d'une

faute de celui-ci¹⁷. Par ailleurs, la nature des agissements ne peut venir atténuer la responsabilité de l'établissement dès lors que le harcèlement moral est établi¹⁸. Toutefois, le juge rappelle qu'il prend en compte dans son appréciation les comportements respectifs de l'agent auquel il est reproché des agissements et de celui qui s'estime en être victime¹⁹.

Le praticien hospitalier doit, quoi qu'il en soit, d'abord apporter des éléments présumant qu'il a été victime de harcèlement moral et qui lui ont directement occasionné des préjudices.

2. En pratique, il faut prouver de telles atteintes et pas seulement qu'elles soient susceptibles d'être portées.

3. Conseil d'Etat, 3 octobre 2016, n°389451

4. Règles non-écrites de portée générale formulées dans aucun texte mais que le juge considère comme s'imposant légalement à l'administration.

5. « aucun agent public ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel. »

6. Cour administrative d'appel de Marseille, 11 octobre 2016, n°14MA03930 ; Cour administrative d'appel de Nantes, 12 avril 2019, précité ; implicitement, Cour administrative d'appel de Nancy, 14 mai 2019, n°17NC01395

7. Cour administrative d'appel de Versailles, 13 juin 2019, n°17VE02537

8. Cour administrative d'appel de Nancy, 17 octobre 2019, n°17NC01134 : concernant un professeur des universités -praticien hospitalier

9. Conseil d'Etat, juge des référés, 15 octobre 2019, n°434664

10. Cour administrative d'appel de Paris, 14 novembre 2017, n°16PA02977

11. Cour administrative d'appel de Marseille, 28 mars 2017, n°16MA03535

12. Cour de cassation, chambre criminelle, 13 novembre 2018 précité

13. Le droit à la protection fonctionnelle constitue un principe général du droit : pour un praticien hospitalier, voir, Cour administrative d'appel de Lyon, 13 juin 2017, n°15LY00368 ; pour professeur des universités – praticien hospitalier, voir, Cour administrative d'appel de Douai, 20 septembre 2018, n°17DA00253

14. L'administration employeur a l'obligation de protéger l'agent qui fait l'objet d'attaques liées directement à sa fonction ou commises à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

15. Article L6143-7 alinéa 4 du code de la santé publique

16. Conseil d'Etat, 28 juin 2019, n°415863, Leb.

17. Cour administrative d'appel de Paris, 1^{er} juin 2016, n°14PA02657

18. Conseil d'Etat, 19 novembre 2014, n°365629

19. Cour administrative d'appel de Nancy, 25 juin 2019, n°17NC00979

Le praticien victime de harcèlement moral reconnu par le juge administratif a le droit à la réparation intégrale de ses préjudices.

Toutefois, s'il doit présenter des éléments de preuves, il revient à l'établissement de prouver en sens contraire que les agissements étaient justifiés par des considérations étrangères à tout harcèlement²⁰. Ce raisonnement s'applique également aux hospitalo-universitaires²¹ et même aux praticiens en période probatoire²².

S'agissant du harcèlement émanant d'un supérieur hiérarchique, le juge s'attache à examiner si les agissements excèdent « *l'usage normal du pouvoir hiérarchique* »²³ (...) pour caractériser le harcèlement ou restent dans le « *cadre normal du pouvoir d'organisation du service et des prérogatives de l'employeur* »²⁴ ou le simple « *cadre normal du pouvoir d'organisation du service* »²⁵ auquel cas le harcèlement moral ne sera pas reconnu.

Ainsi, il peut s'agir d'agissements et d'abstentions de l'employeur qui ont créé des conditions de travail de nature à dégrader l'état de santé d'un praticien hospitalier²⁶.

Une affaire permet de fournir un florilège des agissements qualifiables de harcèlement moral. Elle opposait un praticien hospitalier à l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris²⁷. Le juge avait caractérisé le harcèlement moral en relevant des agissements particulièrement variés : l'attribution d'un local de consultation en dehors du service, les modifications fréquentes et inopinées des plannings, des demandes de remplacement tardives par un supérieur hiérarchique occasionnant une surcharge de travail et compliquant l'organisation des consultations par le praticien, la persistance de la désorganisation du service en matière de planning malgré les alertes à la hiérarchie, des remplacements principalement demandés au praticien de manière inopinée et peu courtoise, l'absence de prise en compte des mauvaises conditions dans lesquelles le praticien effectuait ses consultations, le cantonnement à des tâches subalternes, l'exclusion de travaux valorisants, les publications d'articles du praticien écartées, la réduction importante du nombre de plages de consultations, l'opposition du chef de service à voir partir le praticien dans un autre service, le fait de faire indirectement savoir au praticien la volonté par son supérieur hiérarchique qu'une démission ou une mutation lui permettrait de le remplacer et les reproches sur des absences liés aux arrêts maladie du praticien.



Le praticien victime de harcèlement moral reconnu par le juge administratif a le droit à la réparation intégrale de ses préjudices. Pour autant qu'ils aient un lien direct avec le harcèlement, le préjudice moral²⁸ et de carrière constituent ainsi des préjudices réparables²⁹. Le préjudice lié à la perte de rémunération résultant de l'incapacité à accomplir des gardes ou des astreintes en raison du harcèlement peut également être invoquée³⁰.

20. Cour administrative d'appel de Nantes, 10 juillet 2017, n°15NT03191, concernant un praticien hospitalier à temps plein.

21. Cour administrative de Douai, 4 juin 2018, n°15DA01405 et n°15DA01406, concernant un professeur des universités-praticien hospitalier, s'agissant d'un Maître de conférences des universités-praticien hospitalier, voir, Cour administrative d'appel de Douai, 21 décembre 2017, n°16DA02264

22. Cour administrative d'appel de Marseille, 28 mars 2017 précité

23. Le Conseil d'Etat avait dégagé ce principe pour les fonctionnaires (Conseil d'Etat, 30 décembre 2011, commune de Saint-Perray, n°332366, T. Leb.)

24. Cour administrative d'appel de Nantes, 12 avril 2019, n°17NT01504

25. Cour administrative d'appel de Lyon, 12 mars 2019, n°17LY00983

26. Cour administrative d'appel de Marseille, 11 octobre 2016, n°14MA03930

27. Cour administrative d'appel de Paris, 1^{er} juin 2016 précité

28. Cour administrative d'appel de Marseille, 11 octobre 2016 précité

29. Cour administrative d'appel de Paris, 1^{er} juin 2016 précité

30. Cour administrative d'appel de Marseille, 11 octobre 2016, précité

31. Conseil d'Etat, 19 juin 2014, commune du Castellet, n°381061, T. Leb. p.794



Le recours visant à faire cesser le harcèlement en urgence

Le juge administratif a reconnu que le droit pour un agent public de ne pas être exposé à des agissements constitutifs de harcèlement moral constitue une liberté fondamentale³² dans le cadre d'une procédure de référé liberté devant le juge administratif. Celle-ci permet à toute personne de saisir, en cas d'urgence, et dès lors qu'il existe une atteinte grave et manifestement illégale

à une liberté fondamentale un tribunal administratif qui pourra ordonner toutes mesures nécessaires pour faire cesser une telle atteinte³².

Dans une affaire opposant un professeur des universités - praticien hospitalier et l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, le juge des référés avait ainsi été saisi pour faire cesser le harcèlement

moral émanant du chef de service. Il était invoqué le droit à ne pas être exposé à un harcèlement moral et demandé au juge d'ordonner toutes mesures de nature à y mettre un terme. Le juge a fait droit à sa demande³³ notamment en enjoignant à l'établissement de ne plus le placer sous l'autorité de son chef de service, solution confirmée par le Conseil d'Etat³⁴.

En conclusion, malgré les évolutions favorables de la jurisprudence, il paraît encore souvent difficile d'établir la réalité d'une situation de harcèlement moral. Il revient néanmoins aux directeurs des établissements de santé de veiller à ce que notamment les praticiens hospitaliers ne soient pas exposés à de tels agissements et à prendre les mesures adéquates pour empêcher ou faire cesser une situation de harcèlement sous peine de risquer de voir engager la responsabilité de son établissement.

³². Article L521-2 du code de justice administrative

³³. Ordonnance du tribunal administratif de Cergy-Pontoise, 25 avril 2015, n°1503621

³⁴. Conseil d'Etat, 21 mai 2015, Assistance publique – Hôpitaux de Paris, n°390056



GOUVERNANCE MÉDICALE :

DE QUOI PARLE-T-ON ?



Dr Jérôme FRENKIEL
Membre du SNPHCHU
Administrateur de l'INPH

Les hôpitaux ne vont pas bien : voilà au moins un constat qui fait consensus. Mais de quoi sont-ils malades ? Les causes invoquées sont déjà moins consensuelles, et les remèdes proposés encore moins.

Trois causes reviennent régulièrement dans les discours : le financement, le management, la réorganisation territoriale. La perte d'attractivité de la carrière hospitalière ne serait, au fond, que le résultat conjugué de ces trois facteurs. Mais on peut avancer aussi que la gouvernance constitue le lien et la synthèse entre ces trois facteurs, et donc le centre de la problématique. Et si, aujourd'hui, la remédicalisation semble à l'ordre du jour, et que certains invoquent aussi la « démocratisation » de l'hôpital, sommes-nous certains que les médecins hospitaliers sont bien au clair sur ce que cela représente, en termes de modèle de gouvernance, et sur ce que cela implique concrètement pour eux ?

La relation des médecins avec la gouvernance de l'hôpital n'a jamais été un sujet simple, car constamment porteuse d'une certaine ambivalence. Certes, les choses semblaient plus simple jusqu'au début des années 2000, c'est-à-dire avant la « nouvelle gouvernance » du plan Hôpital 2007 et de ses dispositions relatives à la médicalisation de la gouvernance et de la gestion. A cette époque, les contraintes économiques ou stratégiques étaient sans commune mesure avec ce que l'on connaît aujourd'hui : il n'était guère compliqué de structurer le projet de l'hôpital autour du projet médical, pour ne pas dire du projet de quelques médecins, sans réellement en assumer les contingences financières et organisationnelles, et tout en gardant une distance quelque peu condescendante vis-à-vis de l'« administration ». La T2A et la

(première) nouvelle gouvernance ont fondamentalement modifié la situation au sens où, pour la première fois, les hôpitaux se sont trouvés confrontés à un véritable exercice de gestion, établissant un lien concret entre les charges et les recettes, c'est-à-dire entre l'activité et les conditions matérielles de celle-ci. En bref, une confrontation brutale avec le monde réel. C'est peu dire que les directeurs, guère préparés à ce nouvel exercice, s'en sont trouvés déstabilisés, au moins dans un premier temps. Déstabilisés, car confrontés à un exercice de gestion, ce qui est bien autre chose que l'administration patrimoniale ou l'application bureaucratique de la réglementation. Et déstabilisés une seconde fois, par l'irruption des médecins dans leur pré carré : les questions financières et le processus de décision. Pourtant, vu de l'extérieur, le Plan Hôpital 2007 avait du sens : apporter une vraie logique de gestion qui jusque-là était notoirement absente, et y impliquer concrètement les médecins en tant qu'acteurs centraux de l'hôpital.

Nous savons ce qu'il en est advenu. La Loi HPST de 2009 a « caporalisé » la gouvernance de l'hôpital, en la soumettant à des objectifs d'organisation et de financement qui ne sont pas ceux des acteurs, ni des patients, et bien peu ceux de leur région, et en plaçant le directeur en situation de pouvoir sans partage. Dans cette situation, la CME, tout comme les quelques médecins collaborant avec l'exécutif, ne font guère que de la figuration.

Aurait-il pu en aller autrement ? Nous ne le saurons jamais, bien

entendu, mais nous pouvons cependant formuler quelques remarques. En premier lieu, les lobbies liés aux directeurs ou leurs représentant (syndicats, FHF pour ne citer qu'eux) n'ont jamais été favorables à une remise en cause de leurs prérogatives historiques. Cela peut d'ailleurs se comprendre, puisque l'existence même du corps des Directeurs d'hôpitaux répond non pas à une nécessité objective, mais à une contingence historique et culturelle, dans la conception très particulière de la gouvernance à la française. La question est donc de savoir si les médecins auraient pu s'opposer à cette évolution et, par prolongement, s'ils l'ont vraiment voulu. En d'autres termes, que veulent réellement les médecins en termes de gouvernance ?

Un premier élément de réponse, hautement symbolique, est peut-être apporté par la situation actuelle des DIM. Dire que cette fonction, et ceux qui l'exercent, est maltraitée dans ce contexte de démedicalisation de la gestion est un euphémisme. Mais ce qui interpelle, dans notre propos, est que cette situation s'est installée dans le silence coupable des communautés médicales, dans le meilleur des cas, ou avec leur complicité, dans les autres cas. Or, que symbolise la fonction DIM ? Ni plus ni moins que la réalité concrète de la médicalisation de la gestion, qu'il s'agisse de s'impliquer dans la performance de facturation (codage des pathologies et des actes, production en temps et en heure de synthèses médicales consistantes) dans l'analyse de gestion sincère ou dans la pratique responsable de l'EPRD. Près

de 40 ans après l'acte de naissance du PMSI (1982), le constat est tout simplement accablant : pour faire court, le codage reste notoirement une corvée administrative, le concept de gestion dépasse trop rarement le stade de la revendication de moyens supplémentaires, et le DIM fait régulièrement office de bouc émissaire. En matière d'attractivité de l'hôpital, on a déjà fait mieux.

Sur le fond, de quoi parle-t-on ? Il n'existe pas de source officielle définissant formellement le périmètre de la gouvernance hospitalière ni ses différentes modalités, mais l'on peut s'en faire une idée empiriquement. Le périmètre va concerner notamment : la stratégie incluant le projet médical et le projet d'établissement, et certains sujets connexes (investissement, innovation, qualité) ; la gestion économique et notamment la préparation et l'exécution de l'EPRD, et toutes les décisions de gestions s'y rapportant ; la gestion des ressources humaines et plus particulièrement, pour ce qui nous concerne, celle des médecins en exercice ou en formation ; enfin, la gestion de l'unité de base de tout hôpital, à savoir le service, et plus généralement des structures, est bien sûr en lien avec le sujet. Observons que certains aspects de ces thèmes sont largement imposés aux établissements : citons le SROS, l'ONDAM, les certifications, etc. et bien entendu la réglementation générale. En second lieu, les modalités d'une gouvernance ne répondent pas non plus à un concept universel, et se déclinent selon chaque contexte. Pour ce qui nous intéresse, nous devons considérer les acteurs institution-

nels de la gouvernance et leurs prérogatives tels que définis par la réglementation : direction, CME, Conseil de surveillance, CHSCT, conseils de pôle et autres Comités exécutifs, syndicats (à l'exclusion notable des syndicats de médecins) etc. sans oublier le service. Une attention particulière devrait être portée également aux modalités de régulation de ces instances : leur renouvellement d'une part, et les éventuelles dispositions qui devraient être prévues lorsqu'une instance ou certains de leurs membres ne sont pas dans le rôle qui leur est défini, y compris au plus haut niveau de l'Institution. Enfin, il convient de distinguer, dans les prérogatives et donc moyens d'action, ce qui est du registre de la proposition, de l'avis conforme ou de la décision.

Aussi, lorsque l'on revendique la médicalisation de la gouvernance sans en préciser le domaine d'application, les modalités ou la régulation, on reste dans le domaine de l'incantation au même titre que la danse de la pluie... et avec la même efficacité. Il faut donc se fonder sur un modèle cohérent

Lorsque l'on revendique la médicalisation de la gouvernance sans en préciser le domaine d'application, les modalités ou la régulation, on reste dans le domaine de l'incantation au même titre que la danse de la pluie... et avec la même efficacité.

et légitime, et dont les principes doivent être définis. Nous prendrons l'exemple de la gouvernance économique, sans laquelle il ne saurait exister de gouvernance tout court. Rappelons que l'exercice, partant d'un objectif financier largement défini par la tutelle et tributaire de l'ONDAM, consiste à le décliner en objectifs de recette (se déduisant de l'activité) et de charges (se déduisant des moyens et des organisations), puis à en suivre l'exécution et à



procéder selon ce suivi aux actions correctrices par ailleurs prévues. Cet exercice, par ailleurs d'une grande rationalité, soulève cependant un certain nombre de questions, directement liées à celle de la gouvernance médicalisée. Pour faire court et non exhaustivement : 1- L'ONDAM, décliné à l'hôpital par l'intermédiaire de la T2A, est-il nécessairement ajusté aux missions de l'hôpital et, dans le cas contraire, quelle devrait être la prérogative du corps médical ? 2- S'agissant d'arrêter une prévision d'activité, qui devrait avoir prérogative ? Le directeur, au nom des contingences budgétaires, ou le médecin, au nom de la réalité médicale ? 3- S'agissant d'arrêter une prévision de moyens, théoriquement connexe à la prévision d'activité, qui a la légitimité pour les définir et pour garantir que ces moyens seront nécessaires et suffisants à des soins performants et de qualité ? Et qui est supposé démontrer et garantir l'égalité de traitement entre l'ensemble des services ? 4- S'agissant de procéder aux corrections dans l'exécution non conforme de l'EPRS, qui est supposé définir les actions correctrices préprogrammées (ce qui n'est presque jamais fait), qui est supposé les arrêter et qui est supposé les appliquer ? 5- Sur un autre plan, quel est le droit de la communauté médicale à disposer d'une information comptable vérifiable, et avec quels moyens ? 6- Et par ailleurs, quelles devraient être les prérogatives de la communauté médicale lorsque certains de ses membres ne sont pas au rendez-vous de leurs obligations ? (exemples : activité, co-dage, comptes-rendus...)



On pourrait multiplier les questions, mais ces exemples montrent bien, s'agissant de gouvernance, les contingences de l'exercice. Notamment, la prérogative « naturelle » des médecins n'est pas la même selon le sujet. S'agissant par exemple de l'objectif financier annuel de l'hôpital, celui-ci s'impose pour l'essentiel du fait de décisions nationales et non locales. Qu'une communauté médicale s'y oppose ne saurait être qu'une position de principe. A l'inverse, il est difficilement admissible que les médecins ne soient pas décisionnaires de leur activité (dès lors qu'ils souscrivent à leurs obligations), a fortiori si les attentes de la direction ne sont fondées que

sur les injonctions d'une tutelle déconnectée de la réalité hospitalière et sanitaire. Pour les mêmes raisons, les médecins n'ont pas vocation à subir une déconnexion entre leur prévision d'activité et les moyens nécessaires à la réalisation de celle-ci. Ils doivent donc être partenaires des décisions, ou à tout le moins ne pas être rendus responsables des objectifs non atteints car inatteignables.

Il apparaît également que les problématiques ne sont pas de même nature. Ainsi, autant personne n'a la main sur un objectif financier éventuellement inatteignable (le directeur pas plus que les autres), autant il revient aux acteurs de l'hôpital de s'engager dans une

gouvernance équilibrée, transparente, rationnelle, en un mot : responsable. Mais qui le souhaite vraiment ? Pour sa part, le directeur a pour préoccupation de produire un EPRD conforme aux exigences de sa hiérarchie, et de l'exécuter coûte que coûte dans les limites de son (généralement bref) passage dans cet hôpital, sa carrière en dépend. Cet exercice ne l'incite donc guère à se rendre dépendant des médecins, qui placeront nécessairement leurs priorités dans l'hôpital et le patient, et gardant à l'esprit que, dans sa culture, le directeur n'est de toute façon pas enclin à partager ce pouvoir. La Loi HPSR a été spécifiquement conçue pour assurer au directeur le rapport de force requis par l'exercice, et c'est bien cela que contestent les médecins, à juste titre. Mais quelle est l'alternative ?

Parmi les propositions qui ont émergé ces derniers mois, on observe par exemple celle d'une codirection administrative (l'ex-directeur) et médicale (le président de CME) (académie nationale de médecine, rapport 2019 sur l'hôpital en crise). Mais que peut-on attendre d'une codirection dont les objectifs seront nécessairement divergents ? Et quelle place pour la CME dans ce scénario ? Cette confusion des genres, entre un président (nécessairement élu) et un directeur (nécessairement nommé), mais aussi entre le consultatif et l'exécutif, est très symptomatique d'une réflexion qui mériterait, pour le moins, d'être approfondie. Mais dans tous les cas, se posent les questions fondamentales des modalités incompressibles d'une gouvernance hospitalières, parmi lesquelles fi-



gurent notamment : l'existence d'une fonction exécutive, la régulation de celle-ci, et en amont la finalité de l'entité au service de laquelle se trouve cet exécutif. On voit bien que la finalité de l'hôpital n'est pas la même selon que l'on est l'Etat (et son prolongement, le directeur) ou le professionnel de santé. Or, chacun détient une part de légitimité. L'Etat, qui maîtrise sans partage l'exécutif de l'hôpital, a la légitimité de l'Etat de droit, dont on ne peut faire abstraction même s'il est très loin de résumer le sujet. Le professionnel de santé, qui actuellement n'est associé à l'exécutif que pour la galerie, a

la légitimité de celui qui incarne la mission fondamentale de l'hôpital, ce qui n'est pas et ne sera jamais le cas d'un technocrate. Et donc, en quoi progresserait-on en remplaçant un administratif par un médecin à la tête de l'exécutif, ou en plaçant la communauté médicale en situation de blocage ? En rien d'essentiel, car le directeur, chef de l'exécutif par définition, restera sous l'autorité de celui qui l'a nommé. Par ailleurs, et quoi qu'en pensent certains médecins, la compétence de directeur s'acquiert, et ne s'improvise pas. La question sous-jacente est alors celle de la professionnalisation de

Il s'agit avant tout de reconnaître et d'articuler intelligemment deux légitimités aujourd'hui distinctes mais malgré tout complémentaires : l'Etat, et l'Hôpital public

certains médecins, qu'il s'agisse de formation, d'expérience ou de carrière peu compatible avec l'exercice clinique.

En l'état des réflexions sur ce sujet complexe, il est impératif avant tout de ne pas se tromper de combat. Remplacer le directeur par un médecin, ou plutôt un technocrate (dûment formé) par un professionnel de santé (dûment formé) à la tête de la fonction exécutive ? Pourquoi pas. Rapprocher cette fonction du terrain n'est pas vide de sens, cela se fait ailleurs, mais gardons à l'esprit que ce n'est pas le fond du sujet. Car il s'agit avant tout de reconnaître et d'articuler intelligemment deux légitimités aujourd'hui distinctes mais malgré tout complémentaires : l'Etat, et l'Hôpital public. Les professionnels de santé ne peuvent prétendre représenter l'Etat, pas plus que les technocrates de profession ne peuvent prétendre incarner l'hôpital. Il faut donc construire la gouvernance de l'hôpital dans le respect de ce principe de base. Et donc, en pratique ? Les prérogatives actuelles de la direction sont

connues, nous n'y reviendrons pas. Ce qui suit présente, dans une optique volontariste, ce qui pourrait être une base de discussion pour les médecins.

- ☒ La CME, instance démocratique, est légitime pour représenter les médecins en tant qu'instance de concertation, consultation, proposition et décision.
- ☒ La CME a légitimité pour élaborer et arrêter le projet médical. Son avis doit être requis sur le projet d'établissement et les autres projets constitutifs de celui-ci.
- ☒ La gestion des emplois médicaux doit être le fait des décisions de la CME, en toute transparence, le rôle de l'administration portant sur l'appui technique et l'avis de conformité. Pour les situations de contentieux qui ne trouveraient de solution consensuelle en interne, des acteurs extérieurs doivent nécessairement être sollicités : typiquement CNG et syndicats médicaux, associant l'IGAS lorsqu'il existe une composante systémique significative.
- ☒ Les responsabilités médicales doivent également être le fait des décisions de la CME, selon un processus du même ordre, et avec un rôle identique de l'administration et un recours identique en cas de difficulté.
- ☒ La CME doit être décisionnaire en matière de structures médicales, dans le respect du projet médical et du projet d'établissement, le rôle de l'administration portant sur l'appui technique et l'avis de conformité. Il s'en déduit que le pôle d'activité est une option d'orga-

nisation, au même titre que d'autres options.

- ☒ Les médecins tiennent leur légitimité morale pour être porteurs de valeurs humanistes, et pas seulement par leurs compétences techniques. Aussi, en matière de respect des personnes et de bienveillance, les médecins et responsables médicaux doivent avoir une obligation de résultat, et pas seulement de moyen, sous couvert de la CME. Par ailleurs, pour des situations de maltraitance dont des médecins seraient victimes et qui ne seraient pas d'origine médicale, la CME, mais aussi les personnes concernées, doivent disposer d'un pouvoir de saisine (voir supra).
- ☒ Les syndicats médicaux, défenseurs des droits des médecins, doivent être représentés au CHSCT au même titre que les autres syndicats.
- ☒ La CME doit être associée concrètement à l'élaboration du projet budgétaire. Elle est fondée à donner un avis circonstancié sur le projet finalisé. Son avis doit être sollicité sur les propositions de correction en cours d'exécution.
- ☒ Le DIM doit être placé sous l'autorité de la CME, et l'éclairer de son expertise en toute indépendance dans les domaines des systèmes d'information, de l'analyse de l'activité et de sa prospective, des conditions de la performance de facturation et du contrôle de gestion.
- ☒ Concernant l'exécution des prévisions d'activité, services médicaux ne doivent être tenus que dans la limite des moyens qui leur ont été alloués, sous couvert de la CME.

Les médecins ne peuvent revendiquer des responsabilités sans s'engager à les assumer. En démocratie, il ne peut en être autrement.

- ☒ La CME doit être associée concrètement à l'élaboration du projet informatique. Elle est fondée à donner un avis circonstancié sur le projet finalisé. Son avis doit être sollicité sur les propositions de correction en cours d'exécution.
- ☒ Les médecins, ayant été nommés ou élus à une fonction de responsabilité, doivent recevoir en temps utile une formation les préparant techniquement à leur fonction, incluant le management et la gestion. Ceci exclut toute forme de liste d'aptitude, incompatible avec le principe démocratique dont la CME est issue.
- ☒ La CME et la communauté soignante doivent être porteuses conjointement de la politique de qualité des soins, avec l'appui des instances et structures compétentes. Plus généralement, une réflexion pourrait être menée sur les relations de la communauté soignante avec l'administration d'une part, les médecins d'autre part.
- ☒ Il se déduit de ce qui précède qu'il y a lieu de redéfinir le cadre et les modalités du dialogue et de la coopération médico-administratifs, dans le respect des prérogatives légitimes de chacun, et dans le respect de l'intérêt supérieur du patient et de l'hôpital.



Cette proposition de cadrage est une option, parmi d'autres certainement, qui a pour propos de repositionner la communauté médicale et son instance principale (la CME) dans son rôle, en complément de l'exécutif sinon dans les domaines spécifiquement médicaux. Il s'agit de propositions ambitieuses et volontaristes, mais qui sont attentives à respecter l'administration hospitalières, certes repositionnée dans son rôle incompressible. Ces propositions ne sont pas exclusives d'une autre option, qui consisterait à pouvoir remplacer certains directeurs de culture administrative par des professionnels de santé, plus proches du terrain et donc plus légitimes, mais avec une formation adéquate et en tenant compte de leurs états de service : il s'agit de deux sujets différents. Au-delà, il ne faut pas s'attendre à ce que le corps des directeurs adhère avec enthousiasme à ces éléments de cadrage, il s'agit vous l'aurez compris d'un euphémisme. Il faut donc se préparer à les porter fortement, ce qui n'a de sens que si l'on comprend bien ce à quoi l'on s'engage. En effet, les

médecins ne peuvent revendiquer des responsabilités sans s'engager à les assumer. En démocratie, il ne peut en être autrement. Or, la représentation médicale (au sens large) manque quelque peu de clarté sur ce sujet pourtant essentiel. On pourrait ajouter que si les médecins revendiquent – à juste titre - une autorité morale en matière de soins, il leur reste à démontrer qu'elle serait également fondée en matière de gestion. Cela exigera certes engagement et désintéressement, rigueur et transparence, mais aussi cette part d'humilité indispensable à toute victoire morale.



MÉDECINE, HÔPITAL ET TAYLORISATION

D^r Jean-Pierre BOINET
Interniste

Chacun connaît le terme de taylorisation historiquement appliqué aux usines Ford et si brillamment illustré par Charlie Chaplin dans « Les Temps Modernes ». Toute comparaison avec la Médecine parait incongrue ? Et pourtant...

La taylorisation médicale n'est en effet « dénoncée » par personne quand, dans le même temps, prolifèrent les expressions de « burn-out », de « privation de moyens », de « surcharge », de « désorganisation », et pour les opinions plus élaborées, de « perte de sens », de « fin du modèle de protection sociale », de dominance bureaucratique et comptable, etc.

Tout cela converge vers un « malaise », un « épuisement », des protestations, des arrêts de travail, des grèves reconductibles, où les mêmes termes réputés explicatifs sont repris en boucle aboutissant à une critique de la politique de santé qui irait dans le mur de toutes les privations et incompréhensions dont on persiste à l'entourer.

Ce qui est remarquable c'est que l'unanimité diagnostique globale ne nomme pas l'étiologie. L'analyse profonde des causes, hormis un appel au retour des moyens confisqués, et dont il n'est pas ici question de nier qu'ils l'ont bien été depuis plusieurs décennies et persistent à l'être, s'instaurant comme le seul remède imaginé par les gestionnaires : « **le toujours moins contre le toujours plus** ».

Pourtant le paradoxe d'un manque de **médecins**, et ceci alors même que le nombre de « **Docteurs** » n'a jamais été si important, n'interroge pas plus et surtout pas mieux, sauf à désigner comme causes le « *numerus clausus* », l'appétence pour les loisirs de la jeune génération et la courbe démographique inquiétante à terme, si l'on observe que les anciens (les « boomers ») sont encore en activité avant l'implosion annoncée que, par anticipation, on décrit déjà.

Lors d'un récent congrès de Médecine Interne, commentant l'intervention très pertinente d'un interne en santé publique sur l'ergonomie médicale et notamment les effets du numérique, j'ai eu l'occasion de proposer devant tous d'entamer une réflexion à partir d'un constat irréfutable : « Comment se fait-il que **naguère un PH pouvait assumer (certes avec travail, mais avec bonheur) une trentaine de lits de Médecine** et que désormais, **le ratio d'un service actif est plutôt d'un PH pour dix lits ?** », avec pas moins de travail, mais semble-t-il moins de bonheur.

Empressons-nous de dire qu'il n'est pas ici question de prôner un retour subreptice à ce quota pour



cautionner, sans inventaire des causes, davantage d'efficacité et de rationalisation managériale !

A contrario j'invite ici chacun à réfléchir sur cette question et sur son propre mode de travail.

Pour initier cette réflexion il convient de poser les éléments préalables suivants :

- ☒ Il s'agira d'abord de bien **penser ce que nous sommes et ce que nous faisons.**
- ☒ Les « enquêtes » inter-hospitalières d'activité destinées à décrire et nommer la vastitude de la Médecine, la « polyvalence » des recrutements (par exemple que font les internistes ?) ou à l'inverse, les spécialisations revendiquées, ne permettent pas de **répondre à la question ergonomique** mais au contraire, contribuent à l'éviter et la clore.

☒ L'analyse anthropo-sociale de la taylorisation ci-dessus évoquée, et alors soulevée dans le champ de la Médecine, dans nos services ou dans notre quotidien pour y provoquer une réflexion spécifique, est sans doute l'élément majeur et manquant. Ce serait l'outil par lequel nous pourrions sortir de la dérégulation qui plombe l'air du temps et nous épargner le constat de la caporalisation financière comme seul avenir. Il nous faut découvrir ce qui nous agit, puis affirmer ce que nous souhaitons, tant pour nous que pour les patients : **le processus de soin plus que le parcours !!!**

- ☒ Parvenir enfin à une élaboration opposable de ce que nous mettons en œuvre, permettrait de **poser le Médecin en interlocuteur expert des questions dont il a la charge.**

☒ Les bureaux ont « des idées mais pas de pétrole », et nous, qu'en faisons-nous ? Ainsi le modèle tayloriste nous interroge sur la spécialisation (quid de la filiarisation ?), les éléments compulsifs de preuves partielles judiciairisées, la dilution de la décision, la reconstruction des dossiers, le consumérisme ambiant et **le règne de la défiance se substituant à la confiance**, réifiant l'aporie économique, la fuite en avant mais de quoi ?... par qui ?... au bénéfice de qui ?...

Merci d'y penser et de nous le faire savoir.



INTERVIEW DE FRÉDÉRIC PIERRU

AU SUJET DU LIVRE

LA CASSE DU SIÈCLE À PROPOS DES RÉFORMES DE L'HÔPITAL PUBLIC



Chercheur en sciences
sociales et politiques CNRS
CERAPS-Université de Lille
Chercheur associé au LISE -
Conservatoire National des
Arts et Métiers Comité de
direction de la Chaire Santé
de Science Po Paris.

ISBN : 9791097084011
Parution : 25 avril 2019
192 pages

EO : Eric OZIOL pour le MAG - Bonjour, pourriez-vous tout d'abord présenter les auteurs et la genèse de cet ouvrage ?

FP : Frédéric PIERRU – Raisons d'agir, collection créée par Pierre Bourdieu en 1997, voulait faire depuis longtemps un volume consacré à l'hôpital. En effet, bien qu'il y ait eu beaucoup de publications sur l'hôpital, pendant les années 70, dans les années 80-90 plus grand chose n'est sorti jusqu'aux années 2000, pendant lesquelles les réformes hospitalières ont inspiré à nouveau de très des nombreux travaux.

Mes deux co-auteurs sont deux jeunes chercheurs : Pierre André Juven qui a fait sa thèse sur la tarification à l'activité présen-

tée à l'école des mines, et Fanny Vincent qui est une Docteur de Dominique Méda à Paris Dauphine, et qui a travaillé sur les modifications du temps de travail des infirmières, notamment le passage en 12 heures. Comme c'étaient d'excellentes thèses, je leur ai proposé de faire un ouvrage à 6 mains, qui visait de faire à la fois un état de l'art sur l'ensemble des enquêtes de sciences sociales et politiques qui sont sorties depuis 15 ans sur l'hôpital et en même temps à partir de nos propres recherches, d'avancer des explications sur la crise hospitalière actuelle.



Dr Eric OZIOL
Interniste

EO – Vous expliquez en détail dans les 3 premiers chapitres, comment l'hôpital public a été fragilisé par les réformes successives supposées le sauver de la « crise ». Quel(s) a(ont) été(s) l'(les) élément(s) clé(s) de l'échec de ces réformes ?

FP – Ce qu'on cherche à faire dans ce livre c'est surtout à nuancer la notion de crise. C'est à dire que paradoxalement elle est beaucoup employée par les journalistes, mais quand vous regardez la longue histoire de l'hôpital, c'est une institution qui est constamment en crise. **Comme l'hôpital est une institution centrale des sociétés développées, c'est une institution qui est au cœur des contradictions des conflits sociaux.** Cependant la crise actuelle est une crise que nous nous appelons **une crise paradigmatique.** Les réformateurs actuels de l'hôpital n'ont pas perçu que l'organisation hospitalière héritée de 1958 (centrée sur les soins techniques hyperspécialisés), allait devenir obsolète par rapport au **défi de la transition épidémiologique des maladies chroniques.** La réponse à cette crise n'a été qu'une logique purement gestionnaire qui a consisté en fait à « faire suer la blouse », en accélérant la productivité, sans jamais repenser la place de l'hôpital dans l'ensemble de l'offre de soins. Et l'une des ori-

gines de la crise actuelle de l'hôpital c'est qu'il y a un total laisser aller en médecine de ville, en médecine de proximité. C'est assez frappant le laxisme des pouvoirs publics vis à vis de la banalisation des dépassements d'honoraires, de l'extension des déserts médicaux, etc... Et puis de l'autre côté un hôpital qu'on a mis sans arrêt sous contrainte budgétaire, obligé de soigner de plus en plus de gens chassés de la ville, en raison par exemple des permanences de soins qui ne sont plus assurées depuis 2003, vers les urgences des hôpitaux. On a donc demandé à l'hôpital de soigner de plus en plus de gens avec des moyens qui ne suivaient pas. **Entre 2008 et 2018 la productivité hospitalière a augmenté de 19 %, tandis que les personnels n'ont augmenté que de 2 %.** L'administration n'a pas su repenser l'hôpital du 21^e siècle et notamment une façon de financer l'hôpital, plus adaptée aux maladies chroniques, au travail en équipes transversales, etc... Donc la crise de l'hôpital, ce n'est pas seulement une crise

La réponse à cette crise n'a été qu'une logique purement gestionnaire qui a consisté en fait à « faire suer la blouse », en accélérant la productivité, sans jamais repenser la place de l'hôpital dans l'ensemble de l'offre de soins.

ponctuelle de manque de moyens ou de pas assez de personnel, mais c'est surtout une crise paradigmatique. **Il faut repenser l'ensemble des fondamentaux, non seulement de l'hôpital, mais de l'organisation sanitaire dans son ensemble.** L'organisation de l'offre de soins ville-hôpital-médico-social héritée de 58 devient aujourd'hui obsolète.

EO – La convergence public ⇔ privé, n'aurait-elle pas dû être aussi privé=> public pour que ce soit une vraie convergence et pas une simple divergence du public ?

FP – Vous voulez dire sur les tarifs avec la tarification à l'activité ?

EO – Sur les tarifs et le mode management.

FP – C'est une des grandes erreurs aussi de la haute administration et des gouvernements qui ont eu à réformer l'hôpital. On a externalisé tout ce qu'on pouvait externaliser, la logistique, la blanchisserie quand on pouvait le faire, la restauration, etc... à des sociétés privées. Et on a rajouté un discours politique complètement désastreux qui consistait à dénigrer de manière systématique

le service public hospitalier au profit de l'adaptabilité, de la flexibilité, de la performance, de l'efficacité, je vous passe tous les mots du management, des cliniques privées commerciales. Sauf que, évidemment, ce discours est irresponsable parce qu'il n'y a pas une vraie concurrence : les patients « rentables » sont pour les cliniques privées et puis tout le reste est pour le service hospita-

lier public. **Ce dénigrement des tutelles, la bureaucratie hospitalière, la non reconnaissance, l'intensification du travail et si on ajoute le gel du point d'indice : ça commençait à faire beaucoup pour les personnels hospitaliers, ce qui explique la colère actuelle.** La France a le secteur privé d'hospitalisation commercial le plus important d'Europe, car jusqu'en 1941, l'hôpital était réservé aux

indigents. Donc il a fallu bâtir des cliniques privées pour les catégories moyennes et supérieures. Puis à compter des années 80 et 90, il y a eu un grand mouvement de restructuration de ce secteur privé avec la constitution de chaînes de cliniques. Il y a eu une certaine fascination des hauts fonctionnaires pour cette restructuration et jusqu'à aujourd'hui, « Big is Beautiful ». Il faut tout mutualiser, comme avec les GHT, plus c'est gros mieux c'est, sous prétexte

qu'il y a des économies d'échelles, même si ça devient ingérable après. Pour revenir sur la convergence tarifaire, toutes les études économétriques ont montré que les différentiels de coûts entre le public et le privé, s'expliquaient parfaitement par l'architecture des hôpitaux publics et par la composition de leur patientèle. Dans bien des cas, l'hôpital public est même plus efficace que les cliniques privées. Et ce ne sont pas des économistes « gauchistes »

qui ont montré ça, comme par exemple Brigitte Dormont à Paris Dauphine. Aujourd'hui on ne parle plus de la convergence tarifaire, mais un ancien directeur des hôpitaux me disait récemment que c'est un véritable serpent de mer et que ça reviendra. Mais pour l'instant ça a été enterré parce que les travaux économétriques montrent que ces différentiels de tarifs s'expliquent parfaitement par les contraintes spécifiques du service public hospitalier.

EO – Vous écrivez page 47 : « L'hôpital est devenu le lieu de (NON-)résolution de l'ensemble des dysfonctionnements d'une offre de soins de plus en plus travaillée par des logiques marchandes. » Cela résume assez bien votre propos, non ?

FP – Oui, vous avez une médecine de ville qui est en pleine dérégulation et n'a pas résolu la question des « déserts médicaux ». Récemment je faisais un débat avec un député LR, qui face au « désert médical » de sa commune de la Sarthe, a créé un centre de santé. Il s'est immédiatement reçu l'hostilité des syndicats de médecins libéraux. On ne contrôle plus les dépenses en médecine de ville. Il y a bien une forme de dérégulation marchande. Les cliniques privées sont aux mains de sociétés qui visent un retour minimal sur investissement. Je dis souvent en conférence : « **l'hôpital public, c'est un îlot public dans un océan d'offre de soins privé** ». Et c'est à lui qu'on demande de résoudre tout ce que les autres compartiments du secteur de la santé ne veulent pas résoudre, y compris les chaînes d'EHPAD privées. Le marché a tendance à fonctionner toujours de la même façon : **on socialise les pertes et on privatise les bénéfiques**. Et bien **l'hôpital c'est lui qui socialise les pertes**. Bientôt on aura même de la spéculation sur les chambres d'EHPAD (On y est déjà ! - note de EO). Tous ceux dont on ne veut pas on les



met aux urgences de l'hôpital public. **La crise de notre système de santé actuel est liée au fait qu'on a complètement abandonné la politique d'aménagement du territoire**. Au fond la crise de notre système de santé, c'est aussi une

crise des déséquilibres croissants qui affectent notre territoire. Ce sont les déserts de service public, les déserts sociaux, comme on l'a vu avec les gilets jaunes, de la France périphérique.

EO – Malgré les mouvements de ras-le-bol qui s'expriment depuis ces deux dernières années et notamment celui des « blouses blanches » des urgences, pourquoi parlez-vous d'un « impossible soulèvement » ?

FP – C'était finalement peut-être contre intuitif et l'actualité me donnerait un peu tort. Mais « impossible soulèvement » parce que j'ai beaucoup suivi le mouvement de lutte de l'hôpital public contre la loi HPST en 2009. Et j'ai vu la difficulté qu'il y avait à constituer une cause commune à l'hôpital. Vous avez des explications très simples et généralement avancées, c'est que l'hôpital c'est d'abord une myriade de métiers différents, de statuts différents, de spécialités différentes. J'avais observé la difficulté qu'il y avait à construire une cause commune qui ne soit pas un peu floue, vague, consensuelle, mais en fait pas très incisive politiquement. Afin d'analyser les expressions du mécontentement, j'emploie le **trptyque d'Albert Hirschman** : « **Exit, Voice, Loyalty** », soit **défection, prise de parole ou loyauté**. La première stratégie, c'est « exit », la défec-

tion. Par exemple les radiologues ou les anesthésistes partent dans le privé, et maintenant cela s'étend à d'autres spécialités. Mais cela peut revêtir une forme dramatique d'exit que sont les suicides, ou les départs anticipés en retraite. Deuxième stratégie « la loyauté » : il régnait jusqu'à il y a quelques temps, une loyauté enthousiaste. Il y a toujours des gens enthousiastes des réformes. La T2a pour certains, c'est devenu un jeu. Mais la plupart du temps c'est une loyauté résignée. En fait on code, (bon là il y a grève du codage) parce qu'on pense que le voisin va coder. Donc on code, mais on n'accepte pas les réformes. On est pratiquant même si on n'est pas croyant. On est un rouage de la mise en œuvre d'une réforme à laquelle nous ne croyons pas, au prix d'un désinvestissement professionnel. Enfin il y a « voice », c'est la prise de parole, le soulève-

ment. Il y a des seuils d'indignation qui une fois franchis génèrent forcément de la « voice » et de l'action collective. **Et avec la politique de Mr Macron, d'un ONDAM à 2,1 et pour demander (encore) un milliard d'économie à l'hôpital, on était arrivé à l'os, et ceci après 5 ans de mise à la diète de l'hôpital.** Il faut dire qu'au cours du dernier quinquennat, jamais l'ONDAM n'a connu un taux de progression aussi faible. Chaque année l'hôpital rend entre 800 000 et 1 milliard d'euros d'économies. A un moment ce n'est juste plus tenable. L'Etat à la haute main sur l'hôpital avec les ARS et le ministère alors que la médecine libérale c'est le pré carré de la CNAM, que le médico-social c'est la CNSA plus les collectivités territoriales. Donc l'état frappe là où il a les pleins pouvoirs.

EO – Avec ce diagnostic aussi complet et pertinent, vous concluez à la nécessité d'une « politique à inventer ». Quel rôle et quelles actions les médecins hospitaliers et la « communauté médicale » pourraient ou devraient avoir ?

FP – Ce qui est encourageant, c'est que si vous revenez 20 ans en arrière, les médecins connaissaient peu de choses à la politique hospitalière. Ils étaient dans leur service et tout le reste c'était l'administration, cela ne les regardait pas. Aujourd'hui, **les médecins ont fini par investir le sujet**. Leurs porte-parole ont acquis une expertise qui ne consiste plus seulement à des slogans un peu creux. Donc il y a eu une sorte d'aculturation institutionnelle. Aujourd'hui les médecins sentent bien que leur destin est lié à leur institution Hôpital. Et donc ils se sont intéressés aux politiques publiques qui justement prétendent remodeler leur institution. Pendant longtemps, ceux qui critiquaient les réformes étaient pour

une forme de *statu quo* : on garde les chefs de service tous puissants, etc. Avec cette aculturation il y a aussi l'idée que les médecins peuvent eux aussi proposer des choses. Ce que je trouve plutôt encourageant aujourd'hui, c'est que la technocratie étatique a aujourd'hui en face d'elle des médecins qu'elle ne peut plus noyer dans son jargon, ni sa technicité. Et il faut dire aussi que les médecins se sont alliés à des économistes de la santé, des sociologues de la santé, de chercheurs en sciences politique, qui les aident aussi à décoder, à critiquer, décortiquer et à avancer des idées de réforme. Il y a plein de médecins qui ont des idées très claires sur la façon dont il faut réformer le financement des hôpitaux.



EO – En résumé, il faut que les PH continuent à investir le sujet et se l'approprier. Penser différemment et sortir du statu quo.

FP – C'est déjà un gros progrès. Avant la technostructure pouvait faire ce qu'elle voulait. En 2008 avec la montée en charge de la T2a, puis en 2009 avec la loi HPST, si j'ai eu de l'audience chez les médecins, c'est parce qu'ils n'arrivaient pas à décoder leur environnement institutionnel et ce qui leur arrivait. Là les médecins se sont dit : si on ne s'intéresse pas aux technos, les technos vont s'intéresser à nous. Actuellement sur les listes de diffusion des mé-

decins de l'APHP, je suis très étonné du niveau de discussion qui ne se limite pas à râler ou invectiver. Les médecins se donnent des moyens techniques de débattre. C'est comme cela qu'ils ont très rapidement démolé les annonces ou pseudo-annonces de Mme Buzyn et de Mr Philippe pour désamorcer la crise de l'hôpital.

Mais il y a aussi tout une partie du corps des directeurs d'hôpital qui se dissocie des réformes et ça

aussi c'est nouveau. Il y a encore 10 ou 15 ans, les directeurs se voyaient en patrons de l'hôpital. Aujourd'hui ils ont bien vu qu'ils étaient entre le marteau de l'ARS et du ministère, et l'enclume des médecins, des patients et des soignants. **Le dogme gestionnaire est en train de se fissurer du fait de l'aculturation des médecins et de leur capacité aujourd'hui à comprendre et à faire des contre-propositions.**

EO – Quels conseils dans l'évolution de la participation à la gouvernance hospitalière donneriez-vous aux PH ?

FP – Ce que j'ai dit à mon copain Remi Salomon, le nouveau président de la CME (de l'APHP – note de EO) : surtout n'acceptez pas la proposition empoisonnée qu'on va vous faire, c'est à dire « re-médicaliser » la gouvernance de l'hôpital,

ni à budget inchangé, ni à cadre inchangé. Sinon vous allez devoir gérer la pénurie que vous allez légitimer médicalement. Comme les technos voient bien qu'ils sont devenus les cibles, ils se disent on va remettre les médecins dans le

circuit, comme ça ils devront aussi assumer la contrainte budgétaire. En l'état actuel, le piège est énorme. Il faut surtout ne pas accepter une re-médicalisation de la gouvernance de l'hôpital à cadre inchangé.

EO – Avec renégociation du budget, c'est à dire la part hospitalière de l'ONDAM ?

FP – S'il y a un point d'action à faire là-dessus, c'est surtout de participer, vous, médecins, à l'élaboration des réformes, qui est aujourd'hui le monopole des technocrates. **Avant de re-médicaliser la gouvernance, il faut d'abord re-médicaliser la fabrique des politiques hospitalières.**

EO – Comment voyez-vous l'avenir de l'hôpital public (et plus généralement des services publics) au 21^e siècle en France ?

FP – Oh là ! Je ne suis pas prophète, la santé ce n'est pas un secteur comme les autres. Toutes les études montrent que les inégalités d'accès aux soins, sont les inégalités les plus mal tolérées parmi toutes les inégalités : logement, revenu, patrimoine, emploi, etc. Donc c'est un sujet explosif politiquement. Et je pense qu'on est arrivé au bout d'une logique. **Il y a une note du conseil d'analyses économiques qui vient de sortir en**

Tant avec la restructuration du parc hospitalier, qu'avec sa productivité qui ne peut plus augmenter, l'hôpital public est arrivé au bout d'une logique

janvier 2020, qui montre que dans les zones où il y a eu le plus la mobilisation des gilets jaunes, il y avait un lien avec le retrait des commerces de proximité et des équipements sanitaires. Tant avec la restructuration du parc hospitalier, qu'avec sa productivité qui ne peut plus augmenter, l'hôpital public est arrivé au bout d'une logique. Quand les anomalies s'accroissent

dans un paradigme, c'est qu'il est en train de s'effondrer. Toute la question c'est de savoir est-ce qu'il y a une coalition politique assez puissante pour porter un nouveau paradigme. Je pense que quand même le monde soignant est prêt pour ça, la population est prête pour ça. **C'est la fin d'une époque qui s'est ouverte au milieu des années 90 et que j'appelle « l'époque gestionnaire ».** Il va falloir que s'ouvre une époque politique au sens noble du terme. C'est à dire politique et non pas politicienne, en ce sens où **il va falloir réinventer politiquement, comme l'avait fait Debré en 58, le système de santé.**



EO – Un « Grenelle » de la santé ?

FP – Je me méfie des « Grenelle ». Ou alors autre chose qu'un « Grenelle » où chacun vient simplement gueuler son mécontentement, mais il faudrait définir une politique de santé à 20 ans avec des mesures intermédiaires pour

quand même gérer l'existant, car les gens continuent de tomber malades, il faut les soigner. Je propose que tout une partie de l'argent qu'on a promis à la médecine de ville on le donne à l'hôpital en attendant.

Quand vous voyez les lignes budgétaires actuelles, plus on fait maigrir l'hôpital, plus on transfère de l'argent à la médecine de ville. Oui l'hôpital peut faire 2,4 d'ONDAM, mais seulement si la médecine libérale fait son job.

EO – Pour finir je citerais les dernières phrases du livre : « Reporter sur le système de soins la gestion des contradictions économiques et des tensions sociales propres au capitalisme est une stratégie vouée à l'échec. » « ...si l'hôpital peut soigner beaucoup de choses, il ne peut en revanche guérir les maux du capitalisme. »

FP – Ça à l'air d'une phrase un peu radicale et à l'emporte-pièce, mais on médicalise la souffrance sociale. C'est ce que Didier Chassin appelle la « **médicalisation du social** ». Aujourd'hui on demande au système de soins de soigner une société en souffrance. Les déterminants sociaux de la

santé font qu'il y a 13 ans en moins d'espérance de vie entre les 10% les moins aisés et les 10% les plus aisés. Et plus une société est inégalitaire, moins bonne est sa santé. On médicalise les conséquences d'un capitalisme de plus en plus inégalitaire qui jette tout le monde en concurrence contre

tout le monde, génère de l'exclusion. Et tout ça c'est le système de soins qui doit le gérer, parce qu'on médicalise cette souffrance-là. Par exemple dans l'analyse des ALD on voit très bien l'explosion des affections psychiatriques.

EO – Les grandes inégalités aujourd'hui elles ne sont même pas dans l'accès aux soins, on a accès à toute la technologie pour quasiment tout le monde, ce qui fait la différence c'est la santé. Et on fait croire que l'hôpital c'est la santé, alors que l'hôpital c'est la gestion de la maladie, d'ailleurs l'Assurance Maladie, ce n'est pas une « Assurance Santé ».

FP – Mais oui, la santé ce n'est pas la gestion de la maladie.

EO – La confusion est entretenue.

FP – Effectivement on demande à un système de soins de prendre en charge les conséquences d'un capitalisme à l'agonie. Oui il faut quand même le dire : inégalitaire et aussi dévastateur pour l'environnement ! **Donc on peut demander beaucoup de choses à l'hôpital public, mais pas de soigner les maux du capitalisme.**



JOURNAL D'HIROSHIMA

DU D^r MICHIIHIKO HACHIYA



Dr Eric OZIOL
Interniste

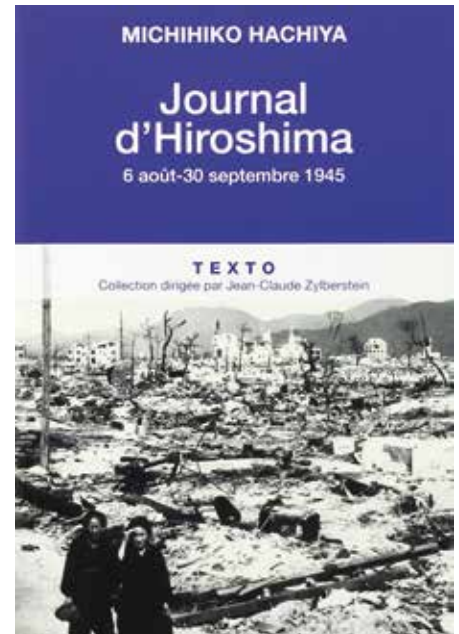
Il s'agit du témoignage quotidien du 6 août au 30 septembre 1945 d'un confrère médecin hospitalier, directeur de l'hôpital du service des communications d'Hiroshima. Le 6 août 1945, par une belle journée, en un éclair cet homme perd tout (sauf l'essentiel) : sa maison, ses biens, ses habits (il se retrouve dénudé par le souffle), blessé dans sa chair et quelques jours plus tard son pays va même capituler. Blessés mais survivants, avec son épouse ils vont rejoindre immédiatement son hôpital, bâtiment en béton dont il ne reste que les murs et les plafonds. Il y retrouve des amis et collègues survivants, qui vont le soigner et certains mourir par la suite du mal des rayons. Dans cet univers de dénuement et complètement ravagé, avec un afflux quotidien de blessés et de mou-

Une bombe atomique ne peut finalement pas détruire une humanité (intelligence culturelle et collective) comme ça. En revanche l'humanité peut se détruire de façon beaucoup plus cynique et sournoise.

rants, il va faire son métier de médecin (consolateur) et avec ses collègues, avec peu de moyens, faire les premières descriptions du mal des rayons. Ce témoignage pudique et élégant est édifiant pour plusieurs raisons.

Tout d'abord il illustre que lorsqu'on pense avoir tout perdu, l'essentiel se résume aux 5 éléments d'Aristote : l'air (oxygène), l'eau (potable), la terre (oui, les spaghettis ne poussent pas dans les rayons du supermarché!), le feu (ne pas avoir froid, cuire ses aliments, voir dans la nuit...) et le 5^e élément « l'éther », à savoir la connexion universelle, entre les êtres, le sens, la cohérence, l'amitié, l'intelligence culturelle et collective.

Ensuite que les deux éléments constitutifs et irréductibles qui font un hôpital sont : 1/ SES MURS, son toit, l'abri, le havre d'hospitalité = le lieu avec une architecture visible et 2/ SON PERSONNEL (pas impersonnel ni interchangeable), les médecins et tous ceux qui pourvoient aux 5 éléments = **les gens avec leur architecture invisible.** Non pas les ressources humaines mais les RICHESSES humaines !!!



ISBN : 9791021002029
Publication originale : 1956
Editions Talendier
304 pages

La technique ne vient qu'après : par exemple un microscope en état de marche récupéré qui va être utile à la description nosologique du mal des rayons, par le comptage des leucocytes, puis des plaquettes.

Enfin le dernier enseignement est qu'une bombe atomique ne peut finalement pas détruire une humanité (intelligence culturelle et collective) comme ça. En revanche l'humanité peut se détruire de façon beaucoup plus cynique et sournoise. En cela le témoignage de Primo Levi avec *Si c'est un homme*, est beaucoup plus inquiétant sur les capacités de déshumanisation liées au cynisme des organisations. Je vous souhaite une bonne lecture.



Les Annonces de Recrutement



LE SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES RECRUTE

1 endocrinologue

Hôpital d'Instruction des Armées de Bégin (Paris)

1 chirurgien plasticien

Hôpital d'Instruction des Armées de Saint-Anne (Toulon)

1 chirurgien thoracique et vasculaire

Hôpital d'Instruction des Armées de Percy (Paris)

STATUT MILITAIRE OU CIVIL

le-ssa-recrute.contact.fct@intradef.gouv.fr 01 41 93 27 85 devenez-medecin-militaire.fr



LA VILLE DE BEZONS RECRUTE :

**CDD de minimum 1 an/
Rémunération horaire**

À la croisée de trois départements (Val-d'Oise, Hauts-de-Seine et Yvelines) et à 10 minutes de La Défense, Bezons, bordée par la Seine, est une commune de 28 000 habitants présentant de sérieux atouts : sa localisation géographique privilégiée, la performance de son tissu économique, la proximité d'un réseau dense de transports en commun complété par la **liaison T2 du tramway**, mais aussi la diversité et la richesse de ses services et équipements.

Bezons bénéficie de la mixité de son tissu urbain et de la présence de deux zones d'activités comptant de nombreuses entreprises de renom. Elle a rejoint la communauté d'agglomération Saint-Germain Boucles de Seine (CASGBS) née le 1er janvier 2016 et s'est engagée dans un projet de ville ambitieux qui allie les exigences de la qualité de vie à celles de projets de renouvellement économique et urbain, en concertation avec les habitants.

1 Médecin généraliste (35h/semaine)

- Consultations de médecine générale au centre de santé / à domicile.
- En fonction de l'évolution de la législation, participation à la permanence des soins ambulatoires.
- Participation aux actions de prévention.
- Coordination d'équipe, organisation et suivi des réunions de coordination des soins, des équipes interprofessionnelles.
- Suivi avec les infirmiers du dossier « Éducation Thérapeutique du Patient ».
- Participation à la maîtrise de stage universitaire.

1 Psychiatre (3h/semaine)

- Consultations de psychiatrie adulte.
- Psychothérapie de soutien.
- Actions de prévention ponctuelles vers des publics spécifiques (périnatalité, scolaires, migrants...).
- Participation éventuelle aux réunions interprofessionnelles.

1 Chirurgien-dentiste (15h/semaine)

- Réalisation des soins et prothèses dentaires en collaboration avec les prothésistes.
- Supervision des assistants dentaires.
- Possibilité de travailler à quatre mains.
- Établissement des demandes d'aides spécifiques et de devis.
- S'assurer du respect des règles d'hygiène et d'asepsie et de l'application des protocoles de stérilisation.
- Participer aux réunions de service du centre de santé dans la mesure des disponibilités.
- Participer ponctuellement à la conception, la préparation et éventuellement à la réalisation d'actions de prévention bucco-dentaire.
- Contribuer à l'encadrement, l'information et la formation des assistantes dentaires.



Adresser candidature (CV + LM) :

Par courrier : 6 avenue Gabriel Péri – CS 30122

95875 BEZONS CEDEX

Via le site Internet : www.ville-bezons.fr/recrutement

Par mail : recrutement@mairie-bezons.fr



Fondation reconnue d'utilité publique, Santé Service est le premier acteur de l'hospitalisation à domicile (1 100 salariés - 1 790 patients franciliens). Les principales typologies des patients hospitalisés sont la cancérologie, les soins palliatifs, les maladies neurologiques, les maladies cardio-respiratoires, les plaies chroniques ou post-chirurgicales... Elle gère également un organisme de formation (Santé Service Formation), des services de soins infirmiers à domicile, ainsi que de la prestation de santé à domicile. Dans le cadre de son développement, elle recrute H/F

MEDECINS COORDONNATEURS EN HAD

CDI ou CDD - temps plein ou temps partiel

3 sites en Ile-de-France : Cergy, Montreuil, Chevilly-Larue

Vous rejoignez une équipe médicale de pôle et êtes le référent médical sur un territoire dédié. Vous assurez la coordination médicale ville-hôpital et favorisez la coordination avec l'ensemble des intervenants.

Vous vous impliquez dans l'activité quotidienne du pôle : travail en équipe, valorisation des prestations, formation des professionnels, amélioration de la qualité et évaluation des pratiques. Dans le cadre de la garantie de continuité des soins, vous pourrez être amené à prescrire si le médecin traitant ne peut intervenir.

Votre profil

Médecin généraliste ou spécialiste, clinicien avec une expérience ville ou hôpital, vous souhaitez vous investir dans l'amélioration des parcours de soins et dans les relations ville-hôpital.

Vous participez également, selon votre expertise, à la vie institutionnelle de l'établissement : CME et autres instances, missions transversales de développement, de formation ou d'information, partenariats avec les prescripteurs, les réseaux de santé ...

Adressez votre candidature à Virginie SAUVE, Responsable Développement RH - Tél : 01 46 97 59 81- mail : virginie.sauve@fondation-santeservice.fr
FONDATION SANTE SERVICE - 15 quai de Dion Bouton 92816 Puteaux Cedex

www.fondation-santeservice.fr

PEDIATRE EN HAD

CDI temps partiel 50%

Sur le site de Cergy-Pontoise



Vous rejoignez une équipe médicale de pôle et vous vous impliquez dans son activité quotidienne.

Avec l'appui d'une équipe pluridisciplinaire, vous vous assurez de la mise en œuvre du projet thérapeutique lors des prises en charge du nouveau-né ou de l'enfant malade.

Vous favorisez la coordination des professionnels et apportez votre expertise médicale à l'ensemble des intervenants.

Votre profil

Médecin pédiatre avec une expérience en ville ou à l'hôpital, vous souhaitez contribuer à la mise en œuvre de projets de soins coordonnés autour de l'enfant et de sa famille, sur le terrain du domicile.



Recrutement d'un médecin généraliste pour intégrer une équipe médicale dynamique.



L'EHPAD ÉMILE GÉRARD

RECHERCHE UN MÉDECIN SALARIÉ :

UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE ou PH

inscrit au Conseil de l'Ordre.

L'EHPAD Émile Gérard dispose de 246 places et est situé en Seine-Saint-Denis à Livry-Gargan.

Plusieurs médecins salariés exercent déjà dans l'établissement.

Horaires confortables.

Pas de garde.

Temps plein ou partiel.

Poste à pourvoir à compter du 1^{er} février 2020.



AVANTAGES :

- Participation au transport.
- RTT.
- Logement possible.

ENVOYER LETTRE DE CANDIDATURE ET CV :

Estelle BONNETERRE, Responsable des Ressources Humaines

☎ 01 41 70 77 38 - ✉ e.bonneterre@ehpadegerard.com

LE SERVICE MÉDICAL RECRUTE

DES MÉDECINS-CONSEILS H/F en CDD et en CDI

Sur les départements suivants :

77 (Melun, Lognes, Coulommiers, Veneux-les-Sablons), **78** (Versailles, Poissy, Guyancourt, Mantes la Jolie),
91 (Evry, Massy), **93** (Bobigny, Saint-Denis, Le Raincy), **95** (Cergy, Sarcelles).

Missions / activités

Le Service médical inscrit son action dans le cadre de la stratégie nationale de santé et du plan de maîtrise médicalisée des dépenses de santé, tant en ville qu'en établissement de soins.

Au sein d'une équipe formée de médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, infirmières, cadres et techniciens du Service médical, vous prendrez part à l'examen des demandes individuelles de prestations des assurés, en privilégiant les relations avec les prescripteurs et les structures d'offre de soins, afin de :

- prendre en compte les spécificités et les attentes des assurés et des professionnels de santé,
- créer les conditions de l'accompagnement dans leurs parcours de soins des patients atteints de pathologies chroniques ou professionnelles,
- soutenir les politiques de prévention, de promotion des services en santé et d'accès aux soins.

Dans le cadre de sa politique diversité, la DRSM Île-de-France étudie, à compétences égales, toutes les candidatures dont celles des personnes en situation de handicap.

Éléments de rémunération

- Salaire brut annuel à l'entrée : 59 990 à 75 194 selon expérience.
- Prime d'intéressement, part variable.

Lettre de motivation et curriculum vitae

À adresser à :

christine.guimond@assurance-maladie.fr

Tél : 01 40 05 67 19





Pour son CMPP situé à Paris 14^{ème}
L'association Notre Dame de Bonsecours

recrute pour septembre 2020
UN PÉDOPSYCHIATRE

Orientation psycho dynamique
CDI 0.43 ETP (15h)
Rémunération selon expérience CCN 51



Adresser CV et lettre de motivation à catherine.fouques@gmail.com



L'ASSOCIATION AURORE RECHERCHE

Médecins Psychiatres

*Directeur médical de son Hôpital
de jour de pédopsychiatrie.*

Enfants de 4 à 16 ans - À Paris 15^e.
CDI - 17h30 hebdomadaires.
Présence obligatoire les vendredis de 13h à 16h30.
Convention 66.

Expérience en pédopsychiatrie.
Pratique institutionnelle et analytique.

Adresser CV et LM à : **Docteur Marie-Laure LEVEAU**
ml.leveau@aurore.asso.fr

*Médecin psychiatre du foyer de postcure psychiatrique
adulte des Cévennes - Paris 15^e.*

CDI - 11 heures hebdomadaires.
Présence obligatoire le mardi 14h30 16h30 : Réunion d'équipe.
Convention 51.

Missions : Assurer le suivi des patients, le travail d'admission et le partenariat.

Orienter le travail d'équipe pluridisciplinaire.
Orientation Analytique souhaitée.

Merci de contacter le **Dr Vidaihet au 06 07 48 45**
dvidailhet@wanadoo.fr



Ces deux offres peuvent être mutualisées en 1 poste soit 0.81 ETP.



L'APOGEI 94, RECHERCHE

MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU PÉDIATRE SALARIÉ H/F

CDI 0.15 ETP CCN 66 pour externat d'enfants et adolescents polyhandicapés.

MISSION

Assurer le suivi de l'état de santé général et prescriptions médicales, participer en équipe pluridisciplinaire à l'élaboration des projets personnalisés et plus particulièrement au projet médical.

Assurer le suivi des consultations spécialisées externes.

Organisation et supervision du travail de l'infirmière.

Étude des dossiers d'admission des nouveaux enfants et décision médicale d'admissibilité.

S'adresser à EEP LE PETIT CHATEAU - Valenton (94)
Mme LEONARD au 01 43 86 42 95 - imelepetitchateau@apogei94.net



Le CMETE est un centre de santé dédié à l'international qui propose une offre intégrée de médecine préventive avec un laboratoire de biologie médicale sur site, un centre de vaccination international et un secteur de consultation qui réalise des bilans de santé (www.cmete.com). Elle recrute un praticien pour renforcer son équipe médicale.

MISSIONS PRINCIPALES

- Participation à l'activité de bilans de santé (examens cliniques systématiques dans le cadre de bilans de santé périodiques d'expatriés et de leurs familles. Rédaction de synthèses médicales individuelles et d'avis de non contre-indication à l'expatriation. Logiciel médical spécifique facilitant).
- Consultations de médecine des voyages (mesures d'hygiène alimentaire, protection anti-vectorielle, prévention paludisme), activités de vaccination et prise en charge de consultations retour de voyage.

STATUT : CDI temps plein.

PROFIL

- Médecin interniste, médecin généraliste polyvalent, expérience professionnelle dans la vaccination et voyages à l'étranger, expérience dans la coordination d'équipe et de service souhaitée.
- Formation souhaitée en médecine des voyages, vaccinologie (DESC infectieux, DU, DIU) et/ou une expérience de l'expatriation en zone tropicale ou activité de CVI.
 - Diplôme européen.
 - Inscription au conseil de l'Ordre 2019.

COMPÉTENCES ESSENTIELLES REQUISES

- Bonnes connaissances en vaccinologie, médecine des voyages et maladies infectieuses.
- Bonne pratique des logiciels médicaux et de l'anglais
- Aptitude pour le travail en équipe et expériences de coordination souhaitables.

AGENDA ET RÉMUNÉRATION

- Horaires : 8H30 - 17H – centre fermé le samedi et dimanche et jours fériés.
- Rémunération brute : 85 000 € pour un temps plein, chèques vacances, prime d'intéressement selon résultat.

Contact et envoi d'une lettre de motivation à **Béatrix PERET** - beatrix.peret@cmete.com

LE CENTRE HOSPITALIER GEORGE SAND BOURGES
RECHERCHE UN SOMATICIEN

Sous statut de **CLINICIEN HOSPITALIER**

Pour son EHPAD de Chezal Benoit à 70 % et ses 2 services de psychiatrie au long cours à 30 %.



CV à adresser par mail : affaires.medicales@ch-george-sand.fr
ou par voie postale : Bureau des Affaires médicales
77 rue Louis Mallet
18000 BOURGES



Établissement Intercommunal de Santé Mentale du Cher

Pour tous renseignements : 02 48 67 20 80



Hôpital situé dans le Nord à 45 minutes de Lille, 1 heure de Bruxelles (et de l'aéroport de Charleroi), 2 heures de Londres, 2 heures 30 de Paris, avec 5 pôles cliniques, 90 médecins, un plateau technique, des activités de MCO, Urgences, SSR, Psychiatrie, Pédopsychiatrie et EHPAD.

RECRUTE

UN CARDIOLOGUE

Vous intégrez et complétez une équipe dynamique sur un poste à pourvoir immédiatement.

Demande de renseignements

Mme le Docteur FABIANEK, Présidente de la CME : ☎ 03 27 24 31 50 - afbianek@ch-denain.fr

DES GÉRIATRES

Vous intégrez le pôle de Gériatrie de 260 places et complétez une équipe de 7 praticiens.

- **1 poste à pourvoir en Court Séjour Gériatrique** qui dispose de 35 lits pour accueillir des personnes âgées présentant des pathologies gériatriques, soit directement du domicile soit après une prise en charge par les services des urgences.

- **1 poste en Soins de Suite et Réadaptation** qui dispose de 50 places réparties sur deux sites. Il a vocation à prendre en charge les personnes âgées relevant du SSR polyvalent et a la mention complémentaire pour le SSR poly-pathologiques gériatriques.

Demande de renseignements

Mme le Docteur FABIANEK, Présidente de la CME : ☎ 03 27 24 31 50 - afbianek@ch-denain.fr

UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Vous intégrez et complétez une équipe de 6 praticiens (4.2 ETP) au sein d'un service de 27 lits qui comporte un secteur de médecine polyvalente, un secteur de gastroentérologie et un secteur de cardiologie.

Demande de renseignements

Mme le Docteur FABIANEK, Présidente de la CME : ☎ 03 27 24 31 50 - afbianek@ch-denain.fr

UN MÉDECIN PSYCHIATRE

Poste éligible à la prime d'engagement de carrière hospitalière pour les Assistants spécialistes et les Praticiens Contractuels

Le praticien viendra compléter, sur 2 secteurs de psychiatrie adulte, une équipe de 5 psychiatres et d'un médecin généraliste somaticien. Il aura la possibilité de participer à des projets innovants et de prendre la responsabilité d'une unité fonctionnelle.

Demande de renseignements

Mme le Dr COQUIDE M-C, Chef du Pôle de psychiatrie : ☎ 03 27 24 33 81 - mccoquide@ch-denain.fr



CANDIDATURE À ADRESSER À :

Mme BEDET. S, Responsable des affaires Médicales CH -
25 bis rue Jean Jaurès -
BP 225- 59723 DENAIN CEDEX
☎ 03 27 24 39 92
03 27 24 30 38
amedicales@ch-denain.fr

Possibilité de mise à disposition temporaire d'un logement.

À une heure de Paris et de la côte normande, découvrez les richesses économiques, touristiques et culturelles du département de l'Eure, territoire d'avenir de près de 600 000 habitants répartis sur 600 communes et 23 cantons.



DÉPARTEMENT DE L'EURE

eureenligne.fr

Poste à pourvoir : immédiatement...

CONTACTEZ

Élodie Loubère au 02 32 31 94 52
service-recrutement@eure.fr

● **ADJOINT AU MÉDECIN** départemental de PMI Unité Médico-Sociale

Le poste d'adjoint au médecin départemental de PMI est en responsabilité du fonctionnement des Unités Médico-sociales (UMS) du service de PMI. Il est chargé d'accompagner la mise en œuvre du référentiel de PMI auprès des UMS et apporte un soutien technique notamment dans les évaluations des informations préoccupantes. Cadre d'emplois des Cadres de santé, Puéricultrices, Infirmiers, Sages-Femmes et Psychologues Territoriaux.

● **2 MÉDECINS** territoriaux de PMI Secteur Évreux Sud et les Andelys

Le département de l'Eure recrute 2 médecins de PMI, secteur Évreux Sud et les Andelys.

Temps plein, temps partiel, CDD, CDI. Postes ouverts aux titulaires ou contractuels, vacances possibles.

Le médecin de PMI mène les actions de prévention, d'éducation et de promotion de la santé dans le cadre de la politique de protection maternelle et infantile à l'élaboration de laquelle il contribue.

● **MÉDECIN** Direction solidarité autonomie Équipe médical DSA

Le médecin est placé sous l'autorité hiérarchique de la Directrice Solidarité Autonomie au sein de la Direction Solidarité Autonomie de la Délégation sociale. Il intervient dans le cadre des missions personnes âgées, personnes handicapées en Utas, dans le cadre du pôle hébergement, dans le cadre du pôle domicile.

Il fait des visites à domicile dans les cas de signalements. Il peut représenter la DSA dans différentes instances : Groupes de travail ARS sur le schéma régional, équipe mobile d'évaluation à domicile, commission d'examen des réclamations et des signalements...

AVANTAGES

Outre la rémunération statutaire complétée d'un régime indemnitaire, vous disposez de 50 jours de congés dont 15 jours de RTT. La gestion personnalisée et optimale de votre carrière et un plan de formation dynamique, vous permettront de développer vos compétences et d'évoluer professionnellement.



CENTRE HOSPITALIER
DE CORNOUAILLE
QUIMPER • CONCARNEAU

LE CENTRE HOSPITALIER DE CORNOUAILLE QUIMPER – CONCARNEAU



Situé sur la côte du Sud-Finistère, le centre hospitalier de Cornouaille est un établissement de référence de 1400 lits, implanté sur les villes de Quimper (65 000 habitants) et de Concarneau (23 000 habitants).

Cadres de vie très agréable (à 15 minutes de l'océan : Nautismes, surf...) villes et sites touristiques à proximité : Bénodet, Les Glénan, Locronan, Pont-Aven, Pont L'Abbé, La Torche, Presqu'île de Crozon, Brest, Lorient.

Le centre hospitalier de Cornouaille est le site de référence du groupement hospitalier de territoire comportant tous les établissements publics et participants au service public (CH de Douarnenez, Hôtel Dieu de Pont L'Abbé, SSR de Saint-Yvi et EPSM Gourmelen).

Le centre hospitalier de Cornouaille dispose d'une offre de soins quasi-complète en médecine et chirurgie (hors chirurgie cardiaque et neurochirurgie).

RECRUTE 2 CARDIOLOGUES

**Un cardiologue avec des compétences en stimulation et rythmologie
et**

Un cardiologue avec un profil non invasif avec des compétences en échocardiographie et imagerie.

Statut : Praticien hospitalier, praticien contractuel ou assistant spécialiste.

- USIC de 8 lits, 20 lits d'hospitalisation continue, 10 lits de semaine.
- Coronarographies et angioplasties.
- Stimulation cardiaque.
- Explorations fonctionnelles avec ETT, ETO, échocardiographie de stress et d'effort, test d'effort, VO2, IRM cardiaque, coroscanner.



Docteur Gilles ROUAULT, *Chef de service cardiologie* - g.rouault@ch-cornouaille.fr- Tel : 02 90 94 41 64

Candidature à adresser à : rp.affmed@ch-cornouaille.fr

14, avenue Yves Thépot - BP1757 - 29107 QUIMPER CEDEX – Tél. : 02 98 52 60 60



Le Centre Hospitalier
du Nord-Mayenne, hôpital neuf, dynamique, situé à 1h
de Rennes et du Mans, à 1h30 de Saint-Malo, 1h30 de Paris par TGV

URGENTISTE

Le pôle UMSSR comporte 90 lits de médecine, 24 lits de SSR.
6 lits de surveillance continue et 6 d'UHCD.
Pour son service des urgences-SMUR-UHCD, équipe de 9 ETP et
5 internes de médecine générale.
19 000 passages et 700 sorties SMUR par an, avec 6 lits d'UHCD.

MISSIONS :

- Actes de médecine générale.
- Actes de petites chirurgies (plâtres, sutures...).
- Gestes de réanimation cardio-pulmonaire.
- Prise en charge de l'urgence vitale.
- 6 à 8 gardes mensuelles sur place pour les urgences et le SMUR.
- Titulaire de la capacité de médecine d'urgences ou en cours, ou DESC de médecine d'urgence.

Renseignements auprès du Chef du service - Dr GROFF M. H.
Tél. : 02 43 08 28 80

CARDIOLOGUE

Le service de Cardiologie est composé de 24 lits et
10 places en réadaptation cardiaque.
Équipe de 4 praticiens (2 à temps complet et 2 à temps partiel).

MISSIONS :

- Pratiques d'explorations non invasives.
- Échographies cardiaques.
- Tests d'efforts.
- Holters.
- Échographies transœsophagiennes.
- Dopplers vasculaires.
- Examens invasifs avec implantations stimulateurs cardiaques.
- Activité de réadaptation cardiaque.
- Titulaire d'un Diplôme de cardiologie.

Renseignements auprès du Chef du service - Dr MOUMEN - Tél. : 02 43 08 76 54

GÉRIATRE Médecin coordonnateur en EHPAD et EHPAD « Carpe DIEM »

Le service comporte 30 lits.

MISSIONS :

- Missions du Médecin Coordonnateur
- Missions pour l'EHPAD :
 - Suivi médical des résidents avec engagement d'assurer la continuité médicale quotidiennement (sauf WE).
 - Coordination des soins avec l'équipe de la structure.
 - Relations avec les acteurs extérieurs, en lien avec le domaine médical.
 - Titulaire d'un diplôme en médecine générale, capacité de gériatrie, DU de médecin coordonnateur DESC de gériatrie.
 - Avoir une connaissance de la Santé Mentale ou au moins un intérêt pour celle-ci.

RECRUTE

GÉRIATRE en SSR, USLD Mayenne et SSR Villaines-La-Juhel

SSR VLJ comporte 39 lits et le SSR Mayenne 24 lits,
l'USLD 47 lits.

MISSIONS :

- Accompagnement des personnes âgées en leur prodiguant des soins personnalisés.
- Gestion des relations avec les familles et les situations difficiles.
- Prévention et diagnostic du patient.

ANESTHÉSISTE

Le Pôle ACGO comporte :
6 lits de surveillance continue.
20 lits de chirurgie (orthopédique, viscérale et de spécialités).
17 lits en gynécologie-Obstétrique.
18 places en chirurgie ambulatoire.
Une maternité de niveau 1 (725 accouchements/an).
7 salles de bloc opératoire.
Compétences techniques loco-régionales, prise en charge de l'urgence vitale, péridurale thoracique, prise en charge du nouveau-né en cas de détresse, en réanimation et en obstétrique.

MISSIONS :

- Consultation, évaluation de l'état de santé du patient.
- Choix de la méthode d'anesthésie adaptée au patient.
- Réanimation du patient en cas de problème.
- Suivi post-opératoire.
- Gardes sur place.
- Titulaire du diplôme de médecine
DESC en Anesthésie -
Réanimation.

RENSEIGNEMENTS
Madame COSMAO - Madame VIEL
Direction des affaires médicales
Tél. : 02 43 08 73 02
Mail : dam@ch-mayenne.fr



LE PÔLE SANITAIRE PAYS-DE-LA-LOIRE DE LA CROIX-ROUGE FRANÇAISE recrute en CDI

croix-rouge française
PARTOUT OÙ VOUS AVEZ BESOIN DE NOUS



1 médecin spécialiste MPR

(temps plein ou partiel) pour le site du Clousis à Saint-Jean-de-Monts (85-Vendée)

Idéalement situé, aux portes de l'océan, le Centre de Médecine Physique et Réadaptation Le Clousis dispose de 94 lits d'hospitalisation complète (HC) et 12 places d'hospitalisation de jour (HDJ), spécialisés pour les affections locomoteur et système nerveux, ainsi que de 6 lits EVC/EPR.

Doté d'un plateau technique spacieux avec balnéothérapie, l'établissement tire sa force de son bon ancrage sur le territoire, d'une équipe médicale dynamique, et d'une équipe soignante multidisciplinaire : Kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, neuropsychologue, APA, équipe d'éducation thérapeutique...

Sous la responsabilité du médecin chef, le médecin MPR est responsable de la prise en charge médicale des patients arrivant dans son service et de la coordination de la prise en charge.

Vous déterminez les méthodes et les objectifs de soins.

Vous apportez également votre contribution au bon fonctionnement de l'établissement en participant à diverses commissions.



1 médecin gériatre ou médecin généraliste

(temps plein ou partiel) pour le site du Confluent à Nantes (44-Loire-Atlantique)

Implanté sur les bords de Loire, le Centre de Soins de Suite et Réadaptation Le Confluent est autorisé pour 50 lits d'hospitalisation complète (HC) et 30 places d'hospitalisation de jour (HDJ).

Il est composé d'un service de MPR pour les affections locomoteur et système nerveux (20 lits HC et 30 places HDJ), et d'un service de SSR polyvalent (30 lits HC).

Doté d'un plateau technique spacieux avec balnéothérapie, l'établissement dispose d'une équipe soignante multidisciplinaire : Kinésithérapeutes, ergothérapeutes, neuropsychologue, assistantes sociales...

Sous la responsabilité du médecin chef, le médecin est responsable de la prise en charge médicale des patients arrivant dans le service SSR polyvalent et de la coordination de la prise en charge.

Vous déterminez les méthodes et les objectifs de soins.

Vous participez également à la finalisation et la mise en œuvre du projet médical de l'établissement.



Adresser les candidatures à : **Mme Virginie DUPONT, Directrice du Pôle Sanitaire Pays-de-la-Loire**
Joignable au 06 47 38 29 29 – Email : virginie.dupont@croix-rouge.fr

LE CHU DE POITIERS RECRUTE

- Un médecin DIM
- Un pédiatre
- Un gériatre
- Un médecin généraliste
- Des anesthésistes
- Des radiologues



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



Désireux d'exercer une activité temps plein ou partagé au sein d'un service hospitalier tel que les urgences adultes, les urgences pédiatriques, l'HAD, la gériatrie, l'oncologie, en centre pénitencier, en médecine légale ou encore exercer une permanence d'accès aux soins de santé auprès de personnes en situation de précarité.

Pour plus d'informations, vous trouverez toutes les fiches de postes sur le site internet :

<http://www.chu-poitiers.fr/le-chu-recrute/>

CANDIDATURE À ENVOYER PAR MAIL AVEC

CV à **Mme COSTA Hélène** – Direction des affaires médicales, helene.costa@chu-poitiers.fr
ou appeler au secrétariat des affaires médicales **05 49 44 36 99**



LA COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION DU BASSIN DE BRIVE RECHERCHE

1 MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Sous l'autorité de la Directrice « Famille et Cohésion Sociale »,
le Médecin a une double mission : Surveillance médicale des enfants dans
les structures d'accueil, gestion d'un service de vaccination.



MISSIONS

AUPRÈS DU SERVICE PETITE ENFANCE DE L'AGGLO :

Le périmètre est celui des 15 multi-accueils collectifs, des 2 multi-accueils familiaux, du Relais Accueil Petite Enfance (RAPE) et du Lieu d'accueil enfants parents (LAEP). Les principales missions propres à ce service sont :

- Assurer les consultations d'admission.
- Assurer le suivi des enfants, veille à leur bon développement et à leur adaptation dans les structures.
- Assurer la liaison avec le médecin de famille.

AUPRÈS DES SERVICES PETITE ENFANCE, ENFANCE – JEUNESSE ET CENTRES SOCIOCULTURELS :

- Veiller à l'application des mesures d'hygiène préventives et des mesures à prendre en cas de maladies contagieuses.
- Garantir le respect de l'équilibre nutritionnel.
- Assurer les actions éducatives et la promotion de la santé auprès du personnel qu'il forme et qu'il conseille.
- Participer à l'amélioration de la qualité de l'accueil (étude de besoins, gestion de problèmes médico-sociaux...).
- Contribuer à l'intégration des enfants porteurs de handicap.

AUPRÈS DU SERVICE HYGIÈNE ET SANTÉ :

- Assurer l'organisation du service de vaccinations obligatoires à l'échelle du département, et du service de vaccinations et de conseils aux voyageurs internationaux.
- Participer, aux côtés des élus et du Chef de service, à la définition et la mise en œuvre des programmes de prévention et de promotion de la santé publique (exemple : définition d'un plan de prévention des risques d'épidémie, campagnes de prévention dans les écoles).

AUTRES MISSIONS :

- Participer à la Commission menus pour les repas réalisés par la Cuisine Centrale de la Ville de Brive.
- Participer aux actions mises en place sur Brive dans le cadre du Programme National Nutrition Santé.
- Participer à l'élaboration et la mise en œuvre d'un futur Contrat Local de Santé du territoire.
- Assurer des actions d'éducation et de promotion de la santé auprès du personnel.

COMPÉTENCES ET QUALITÉS REQUISES

SAVOIRS :

- Capacité à animer des réunions et à travailler en relation avec des partenaires divers, dans des domaines de compétence.
- Connaissance des services à la population (génie sanitaire, santé publique, prévention...).
- Conseil éducatif, médical et psychologique.
- Maîtrise et rigueur scientifique.
- Une expérience pédiatrique et une habilitation en vaccination internationale seraient un plus.

SAVOIRS-ÊTRE :

- Sens des relations humaines.
- Disponibilité et autonomie.
- Respect des règles d'éthique de la profession.
- Discrétion et obligation de réserve.
- Sens du service public.

DIPLÔME :

Médecin généraliste avec expérience souhaitable en domaine pédiatrique.
Le poste correspond au grade de médecin territorial.

CONDITIONS DE TRAVAIL

- Lieu de travail : Brive et déplacements fréquents sur la Communauté d'Agglomération.
- Horaires : 38h30/semaine avec RT.



Pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez contacter :
Madame Elisabeth SZASZ, Directrice Famille & Cohésion Sociale au 05 55 74 70 19

Merci de bien vouloir adresser votre candidature

(lettre de motivation + CV + copie du dernier arrêté de situation administrative pour les fonctionnaires) en précisant l'intitulé du poste à : Monsieur Frédéric SOULIER, Président de la Communauté d'Agglomération du Bassin de Brive
9 avenue Léo Lagrange - 19100 BRIVE ou par mail en pdf : drh@agglodebrive.fr

LE CHU DE LIMOGES

RECRUTE



DES MÉDECINS ANESTHÉSISTES (PRATICIEN HOSPITALIER, PRATICIEN CONTRACTUEL, CLINICIEN HOSPITALIER, PRATICIEN ATACHÉ ASSOCIÉ).

Le CHU de Limoges a été créé en 1974 et a trois missions de service public :

Les soins, l'enseignement, la recherche et l'innovation. Nos personnels exercent au sein de 5 hôpitaux (le CHU Dupuytren 1, l'hôpital Jean Rebeyrol, le CHU Dupuytren 2, l'hôpital de la mère et de l'enfant et le Centre de gérontologie Chastaingt) et d'un Centre de biologie et recherche en santé. Nos 8 écoles et instituts de formations aux carrières paramédicales et de sages-femmes avec un rôle actif au sein de l'ILFORMER et la faculté de médecine et pharmacie de Limoges nous permettent aussi de former les personnels soignants et médicaux de demain.

Nos équipes labellisées Inserm et les différents et nombreux projets reconnus au niveau national et européen illustrent la volonté de notre CHU de développer ses activités de recherche.

Le CHU de Limoges est composé de :

- 1000 lits.
- 25 salles de bloc, plateau technique complet.
- Un service de réanimation polyvalente, une USIC, une maternité de type 3.
- 45 anesthésistes répartis en 5 secteurs (Orthopédie, DVU, CTV, Tête et Cou, Mère Enfant).

Travail en temps continu (43 heures) avec temps non clinique. Possibilité de formation recherche / enseignement.



POUR TOUT RENSEIGNEMENT VEUILLEZ CONTACTER :
Maximilien Degeorge : 07 66 60 56 42 - m.degeorge@one-sante.fr



Situé à 38 km de Bordeaux (30 min accès facile train/route), **le Centre Hospitalier de Libourne** est l'un des plus importants centres hospitaliers d'Aquitaine et propose une offre d'hospitalisation complète (1300 lits, 2 IRM, 2 scanners, coronarographie H24, chirurgie sauf neurochirurgie et cardiaque, réanimation...). Les services de MCO ont intégré depuis mars 2018 des locaux neufs.

Le centre hospitalier de Libourne recrute :

- **Un praticien en psychiatrie adulte** (statut PH, PHC ou assistant).
- **Un médecin pneumologue** à temps plein.

Le praticien recruté exercera sur un poste partagé entre la psychiatrie d'urgence et de liaison et l'hospitalisation complète de psychiatrie adulte.

À partir de septembre 2020 ou un Assistant Spécialiste de Pneumologie avec possibilité ultérieure de transformation en poste de PH.

- **Un médecin gériatre** pour rejoindre l'équipe médicale de court séjour gériatrique.
- **Un médecin urgentiste** temps plein ou temps partiel h/f.

Cette équipe est constituée de 10 médecins qui assurent la prise en charge médicale de 71 lits de court séjour gériatrique, d'un Hôpital de jour d'évaluation gériatrique, d'une activité d'oncogériatrie, d'une Équipe Mobile de gériatrie et d'une évaluation de Bien Vieillir.

Urgences : Réseau inter-hospitalier Libourne/Saint-Foy-La-Grande : Premier service de Gironde en terme de fréquentation, 57 000 passages/an (45 000 Libourne + 12 000 Ste Foy), 1 500 SMUR (essentiellement primaire).



Contact : Maximilien DEGEORGE
m.degeorge@one-sante.fr – 07 66 60 56 42



LE DÉPARTEMENT DE LA LOZÈRE

RECRUTE par voie statutaire ou à défaut contractuelle pour la Maison Départementale de l'Autonomie de la Lozère / Direction Générale Adjointe de la Solidarité Sociale Départementale.

UN MÉDECIN (H/F) à temps complet Cadre d'emplois des médecins territoriaux

POUR TOUT RENSEIGNEMENT
CONTACTER :

Madame Evelynne BOISSIER : 04 66 49 60 70

Je vous remercie d'adresser votre candidature (lettre de motivation + CV) à : Madame la Présidente du Conseil Départemental Direction des Ressources Humaines, des Assemblées et des Finances Direction Adjointe en charge des Ressources Humaines.

4 rue de la Rovère BP 24 - 48001 MENDE CEDEX

ou par mail : rh@lozere.fr

MISSIONS

Sous l'autorité de la Directrice de la Maison Départementale de l'Autonomie, vos missions principales seront d'assurer l'évaluation médicale et le travail en pluridisciplinarité avec les paramédicaux et les travailleurs sociaux de la MDA dans l'étude des dossiers des personnes en situation de handicap et des personnes âgées.

PROFIL

Diplôme de médecin – Connaissances dans les domaines de la gériatrie et du handicap.

Rémunération : Statutaire + régime indemnitaire.

Prestations sociales : Tickets restaurant + CNAS.

Résidence administrative fixée à Mende.

Poste à pourvoir rapidement.



L'ASSOCIATION CASA 65 RECRUTE

pour son Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

En Occitanie, dans les Hautes-Pyrénées, à 1h30 de Toulouse et de Bayonne, dans un département où les grands sites Lourdes, Gavarnie, Pic du Midi côtoient une nature exceptionnelle. Dans une agglomération urbaine de 125 000 habitants.

UN MÉDECIN (H/F) temps partiel avec possibilité temps plein.

- Vous êtes médecin addictologue, médecin généraliste ou médecin psychiatre.
- Vous avez une expérience ou vous portez un intérêt pour l'addictologie.
- Vous souhaitez travailler au sein d'une équipe médicosociale, vous appréciez le travail en réseau.
- Vous savez faire preuve d'initiative, d'autonomie et de souplesse dans votre travail.

Rejoignez notre équipe pluridisciplinaire (psychologue, infirmières, assistante sociale, secrétaire).

- Notre projet thérapeutique se fonde sur les concepts du rétablissement personnel dans un travail de partenariat avec le patient.
- Salaire selon la CC66 avec reprise d'ancienneté + prime de responsabilité + congés trimestriels.
- Pas de gardes ni astreintes.
- Formation assurée.
- Participation de l'employeur aux frais de mutuelle.

CONTACT : Isabelle LOUBRADOU
i.loubradou@casa65.fr – 05 62 93 66 34

- **Rémunération** : CCNT 66 (Convention collective 66).
- **Lieu** : (65) Pyrénées (Hautes).
- **Type de contrat** : CDI



LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE (SAVOIE)

358 lits et places dont 101 MCO.

(35 lits de médecine + 4 lits de surveillance continue + 46 lits de chirurgie + 14 lits de maternité + 2 lits d'UHCD)

70 kms de Chambéry – 100 kms de Grenoble – 170 kms de Lyon - à proximité des stations de ski.



RECHERCHE

UN MÉDECIN GÉRIATRE

Afin de compléter l'équipe médicale du secteur personnes âgées : 116 lits EHPAD dont 26 Alzheimer + 30 lits SLD + 10 places accueil de jour Alzheimer + 14 places PASA.

Pour tout renseignement, contacter :

Docteur Valérie BORELLA, *Chef de pôle* : vborella@ch-sjm.fr

ou Madame Laurence PONSONNAILLE, *Responsable des Affaires Médicales* : lalex@ch-sjm.fr

UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET/OU UN MÉDECIN GÉRIATRE

Afin de compléter l'équipe médicale du service de médecine polyvalente. Projet médical à venir - Réflexion sur la mise en place d'un court séjour gériatrique.

Pour tout renseignement, contacter :

Docteur Emmanuel PIERANTONI, *Chef de pôle* : epierantoni@ch-sjm.fr

ou Madame Laurence PONSONNAILLE, *Responsable des Affaires Médicales* : lalex@ch-sjm.fr

UN MÉDECIN ANESTHÉSISTE

Afin de compléter l'équipe médicale du pôle chirurgie, obstétrique et bloc.

Projet de reconstruction du bloc opératoire-stérilisation – près de 3 000 interventions par an.

Pour tout renseignement, contacter :

Docteur Marius LELONG, *Chef de pôle* : mlelong@ch-sjm.fr

ou Madame Laurence PONSONNAILLE, *Responsable des Affaires Médicales* : lalex@ch-sjm.fr

POSTE DE PRATICIEN HOSPITALIER OU PRATICIEN CONTRACTUEL, TEMPS PLEIN OU TEMPS PARTIEL – DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ.



CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE

179 rue du Docteur Grange
73300 SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE
Tél. : 04 79 20 60 20



L'Association Hospitalière Sainte-Marie, 5 200 collaborateurs répartis sur 7 départements, est un acteur historique de la prise en charge en psychiatrie (depuis 1827) et plus récemment des personnes âgées ou handicapés. Elle gère plus d'une trentaine d'établissements dont les Centres Hospitaliers Sainte-Marie de Clermont-Ferrand, du Puy-en-Velay, de Privas, de Rodez et de Nice. 1^{er} opérateur ESPIC de Santé Mentale en France, elle redéfinit en 2015 ses grands axes stratégiques autour du projet d'entreprise, Sainte-Marie 2020, pour assurer son développement, s'adapter aux évolutions des politiques de santé et de société et soutenir les projets des établissements de l'Association.

RECHERCHE

MÉDECIN PSYCHIATRE - H/F CDD/CDI – Temps Plein/Temps Partiel

Poste à pourvoir dès que possible.

PRÉSENTATION DU SERVICE – VOTRE MISSION

Rattaché(e) au Médecin Chef de Pôle, Vous serez affecté(e) au sein d'un service de Psychiatrie Générale et vous aurez en charge une unité composée de 18-22 lits au sein de notre établissement.



VOTRE PROFIL

Titulaire d'un DES de Psychiatrie.
Inscription obligatoire auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins.
Motivation et intérêt pour la mission.
Rigueur, autonomie et capacité d'organisation.

VOTRE RÉMUNÉRATION

Coefficient 1072 selon Convention Collective Nationale 1951 (4767.18 euros) + reprise d'ancienneté à 100 %, primes...
participation aux gardes et astreintes.
Mutuelle incluse, self d'entreprise...
Poste de Cadre au forfait jour (201 jours travaillés par an).

Autres : Parking + self d'entreprise.

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 : diane.siry@ahsm.fr

AGISSONS ENSEMBLE ET PARTAGEONS NOS VALEURS



RESPECT & DIGNITÉ



AUTONOMIE

INNOVATION
& ANTICIPATION

COMPÉTENCES



BIENVILLANCE



Le CHICAS recherche pédiatre pour le service de pédiatrie-neonatalogie et maternité.

Équipe hospitalière composée de 4 praticiens temps plein et 1 temps partiel.

Maternité de niveau 2a
Environ 1000 accouchements/an
1300 entrées/an en pédiatrie néonatalogie
Activités intéressantes et variées
Compétences en néonatalogie et accueil en salle de naissance souhaitées.
Astreintes opérationnelles : 1 week end toutes les 5 semaines, et 5 à 6 nuits/mois
partagées entre les 5 praticiens
Équipe dynamique et projets de service soutenus

Qualité de vie attrayante :
Situation géographique exceptionnelle :
300 jours de soleil/an
Activités sportives nombreuses et variées (montagne, lac, rivière)
Poste disponible de suite

Statut :
Assistant, praticien hospitalier contractuel ou mutation



Contacts :

Dr Zoccarato - Chef de Service - anne-marie.zoccarato@chicas-gap.fr

Madame Urbach aux Affaires Médicales - valerie.urbach@chicas-gap.fr - 04 92 40 61 72



LE CENTRE HOSPITALIER D'ANTIBES JUAN-LES-PINS

est au cœur d'un réseau de 4 établissements sanitaires et médico-sociaux dénommé Groupe Hospitalier Sophia Antipolis Vallée du Var et forme ce groupe avec le Pôle Santé Vallauris Golfe Juan, le CH de Puget-Théniers et l'ESMS d'Entrevaux, situé du bandeau littoral jusqu'au Haut Pays des Alpes Maritimes.

Rejoignez l'équipe médicale de :

● **Gynécologie obstétrique** (Maternité de niveau 2A), composée de 5 praticiens séniors, au sein de laquelle vous pourrez mettre en valeur votre savoir-faire et votre esprit de collaboration. Profil polyvalent souhaité avec possibilité de développer les activités qui vous tiennent à cœur au sein du service. Équipe de sages-femmes dynamique et impliquée. Environ 1000 accouchements annuels. Diagnostic anténatal et PMA en collaboration avec le CHU de Nice.

● **Pneumologie**, composée de 3 praticiens séniors et de médecins assistants, vacataires et internes, où sont pris en charge l'insuffisance respiratoire aiguë et chronique, l'aide au sevrage tabagique, l'asthme, l'allergologie, l'oncologie thoracique, les troubles respiratoires du sommeil et l'assistance respiratoire à domicile.



CONTACT

Dr Cécile MUZELLE, *Gynéco-Obstétrique* : cecile.muzelle@ch-antibes.fr

Dr Christine ROTOMONDO, *Pneumologie* : christine.rotomondo@ch-antibes.fr

RECRUTE UN PSYCHIATRE à Temps Plein

Praticien Hospitalier ou Praticien Contractuel

- Poste à pourvoir rapidement.
- Inscription nécessaire à l'Ordre de Médecins.

1. Localisation du poste à pourvoir : Pôle 5 de psychiatrie générale.

2. Position du médecin au sein de la structure : Psychiatre responsable du suivi et de la continuité des soins. Temps partagé sur une unité d'admission fermée et sur un centre médico-psychologique

3. Description et missions principales du poste :

- Unité d'admission fermée, à 60 % du temps de travail.

La capacité d'accueil de l'unité est de 18 lits, plus 2 chambres d'isolement. Le psychiatre recruté assurera l'admission et le suivi des patients adultes, durant leur hospitalisation, la rédaction des certificats légaux lorsque les patients sont en soins sans consentement (incluant le suivi spécifique des mesures d'isolement), l'organisation de la sortie, en articulation avec les Centres médico psychologiques (CMP) ou les psychiatres libéraux, pour le suivi ambulatoire.

- Centre médico psychologique CMP situé sur la ville de Metz, à 40 % du temps de travail.

Le psychiatre assurera le suivi ambulatoire des patients adultes qui lui seront confiés (suivi psychologique et suivi des traitements médicamenteux) en collaboration avec l'équipe pluri disciplinaire.

- Permanence des soins sur le site hospitalier de Jury (2 à 3 après-midi par mois), et garde sur place au service des urgences psychiatriques, situé au C.H.R. tout proche (Hôpital de Mercy à 1 km, 1 à 2 gardes par mois).

PRÉSENTATION DU CENTRE HOSPITALIER DE JURY

Lien utile : www.ch-jury.fr/

Ouvert depuis 1972, le CENTRE HOSPITALIER DE JURY est un établissement public de santé mentale situé à une petite dizaine de kilomètres du centre ville de Metz, en pleine campagne et dans un cadre verdoyant.

Au service de la population de l'ouest mosellan et desservant un territoire d'un peu plus de 443 000 habitants, le CENTRE HOSPITALIER regroupe :

- Deux pôles pour personnes adultes souffrant de troubles psychiatriques, chacun répondant aux besoins d'un secteur géographique. Chacun dispose d'unités d'hospitalisation et de structures d'accueil et de soins situées au plus près du domicile des patients.
- Un pôle de psychiatrie infanto-juvénile qui accueille les enfants et les adolescents, dans des bâtiments situés en ville, hormis l'Unité d'Hospitalisation pour Adolescents qui se trouve à Jury.
- Deux pôles d'activités plus spécifiques qui prennent en charge, à l'hôpital ou en ambulatoire, les personnes souffrant de troubles dépressifs, les urgences psychiatriques, les patients autistes ou présentant des pathologies apparentées.
- Un pôle prenant en charge plus spécifiquement les problématiques d'addiction et les personnes âgées présentant des difficultés psychologiques.

Trois confrères médecins généralistes assurent la prise en charge somatique des patients hospitalisés sur le site de Jury.

Au total, le CH de Jury comporte 15 unités d'hospitalisation, avec un parc de 259 lits, 44 places et emploie plus de 750 personnes, dont 45 médecins et pharmaciens et une dizaine d'internes.

Près de 12 000 personnes sont vues au moins une fois dans l'année pour consultation ou hospitalisation.

Un projet de reconstruction du site d'hospitalisation est en cours pour la modernisation de l'accueil hôtelier.

PRÉSENTATION DU PÔLE 5 DU CH DE JURY

Le pôle 5 est constitué des quatre secteurs de psychiatrie générale de l'agglomération de Metz.

Il est ainsi composé :

1. Un service cosectoriel (secteurs 1 et 3), constitué de deux unités d'admission, l'une ouverte, l'autre fermée, et de deux CMP, sis sur l'agglomération messine.
2. Un service cosectoriel (secteurs 2 et 4), constitué de trois unités d'admission, deux fermées et une ouverte, et de deux CMP, également sis sur l'agglomération messine, dont l'un inclut un CATTp ouvert à l'ensemble de l'agglomération, ouvert 7 jours sur 7.
3. Un service intersectoriel de réhabilitation psychosociale, constitué de l'Unité de Soins de Réhabilitation Psychosociale (USRP) accueillant des patients en hospitalisation à temps complet et l'Equipe Réseau des Alternatives à l'Hospitalisation (ERAH) destinée au suivi des patients résidant en alternatives à l'hospitalisation (appartements associatifs, résidences-accueil, pensions de famille, familles gouvernantes).



Personnes à contacter :

M. le Dr Michel DECKER

Praticien Chef de Pôle

Tél. : 03 87 56 39 29 – michel.decker@ch-jury.fr

M. le Dr Christophe SCHMITT

Président de la CME

Tél. : 03.87 56 39 59 – christophe.schmitt@ch-jury.fr

Adresser CV et candidature à

M. le Directeur du C.H. de Jury

B.P. 75088 - 57073 METZ Cedex 3

directeur@ch-jury.fr

- Pédiatre
 - Diabétologue
 - Gastroentérologue
 - Poste aux urgences
(urgentistes, généralistes,
réanimateur)
- Oncologue médical
 - Médecin généraliste
 - Radiologue
 - Infectiologue
 - Ophtalmologue (compétence
en chirurgicale nécessaire)

Spécialités pour lesquelles un recrutement peut être envisagé :

- Médecin interniste
- Pneumologue



Candidature détaillée à adresser à :

Guillaume PRADALIE,
Directeur des Affaires
Médicales
guillaume.pradalie@ch-troyes.fr
03 25 49 49 56

Le CH de Troyes :
1 046 lits
2 400 agents
Établissement support
du GHT de l'Aube et du
Sézannais

Un environnement idéal
Ville d'art et d'histoire
Gastronomie - Lacs et forêt
Vie culturelle
Magasins d'usine
Région Champagne
Qualité de vie à 1h30 de Paris

www.ch-troyes.fr



LE GROUPE HOPITALIER EST RÉUNION

Situé dans l'Est de l'île-de-La Réunion, et bénéficiant d'une implantation récente dans des locaux modernes équipés des dernières technologies, le Groupe Hospitalier Est Réunion recrute :

1 PÉDIATRE à temps plein (PH ou contractuel) - Poste à pourvoir dès que possible

Possibilité d'organiser un remplacement préalable pour découvrir le service.
Rémunération très attractive (majoration DOM de 40 %).
Prise en charge du billet d'avion.

Le service de pédiatrie fait partie du pôle Femme-Enfant du GHER, réalisant près de 1500 accouchements par an et composé de :

- 8 lits de Pédiatrie.
- 8 lits de Néonatalogie (dont 2 mère-enfant).
- 41 lits de Gynécologie-Obstétrique.
- 3 salles d'accouchement (dont 1 physiologique) et 2 salles de pré-travail.

Candidature ou renseignement par mail : affaires.medicales@gher.fr
Retrouvez le GHER sur son site internet www.gher-reunion.f



URGENT



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

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

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

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

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

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

Activités / Tâches principales du poste.

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

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

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

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

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

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

Tél. : 02 69 64 37 23

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





NOUMÉA - MÉDIPOLE DE KOUTIO
 1 Le Parvis
 2 Le Grand Faré
 3 Le jardin des Traversées
 4 Les Mangroves

Le Centre Hospitalier Territorial Gaston Bourret en Nouvelle-Calédonie

RECRUTE DES PRATICIENS HOSPITALIERS POSTES À TEMPS PLEIN

- 1 poste en anesthésiologie
- 2 postes en cardiologie - Coronarographie
- 1 poste en gynécologie obstétrique
- 1 poste en Hépato-gastro-entérologie
- 1 poste en chirurgie orthopédique et traumatologique
- 2 postes en oncologie
- 1 poste en ophtalmologie
- 1 poste en ORL / Chirurgie-maxillo-faciale stomatologie
- 1 poste en réanimation
- 2 postes en imagerie médicale dont 1 poste en interventionnel
- 1 poste en diabétologie endocrinologie et maladies métaboliques
- 1 poste en néphrologie-hémodialyse

Les dossiers de candidatures sont à demander :

À la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Nouvelle Calédonie
 Service de la Tutelle et de la Planification Hospitalière
 BP M2 - 98849 Nouméa - Nouvelle Calédonie
 Tél. (687) 24-37-37 - E-mail : sylvie.cugola@gouv.nc

Présentation de l'hôpital et profils des postes sur le site du CHT : www.cht.nc

Renseignements complémentaires à demander par email :

Docteur Yves RYCKWAERT, Chef de service d'anesthésie : yves.ryckwaert@cht.nc
 Docteur Olivier AXLER, Chef de service de cardiologie : olivier.axler@cht.nc
 Docteur Erick CAMUS, Chef de service de gynécologie-obstétrique : erick.camus@cht.nc
 Docteur Laurent AZIERE, Chef de service d'HGE : laurent.aziere@cht.nc
 Docteur François JOURDEL, Chef de service de chirurgie orthopédique et traumatologique : francois.jourdel@cht.nc
 Docteur Chantal BARBE, Chef de service d'oncologie : chantal.barbe@cht.nc
 Docteur Thierry DE GRESLAN, Président de la CME : thierry.degreslan@cht.nc
 Docteur Jean François HERVE, Chef de service ORL : jean-francois.herve@cht.nc
 Docteur Emmanuel COUADAU, Chef de service de réanimation : emmanuel.couadau@cht.nc
 Docteur Hala JENOUDÉ, Chef de service d'imagerie médicale : hala.jenoudet@cht.nc
 Docteur Isabelle DESCAMPS, Chef de service de diabétologie endocrinologie et maladies métaboliques : isabelle.descamps@cht.nc
 Docteur Nicolas QUIRIN, Chef de service de néphrologie hémodialyse : nicolas.quirin@cht.nc

DATE LIMITE DE DÉPÔT
DU DOSSIER COMPLET :
le 12 mars 2020



LE CENTRE HOSPITALIER LOUIS CONSTANT FLEMING À SAINT-MARTIN (ANTILLES),

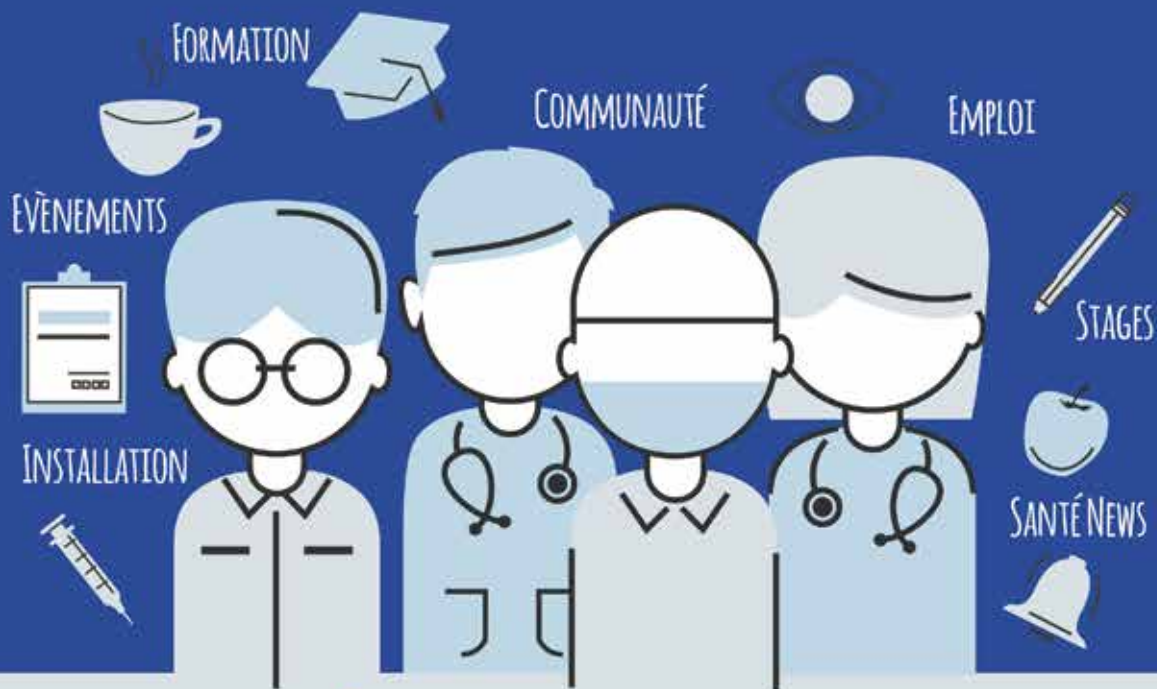
établissement de 83 lits, comprenant 387 agents dont 45 médecins, recherche des praticiens hospitaliers titulaires ou contractuels dans les disciplines suivantes :

- 1 MÉDECIN ANESTHÉSISTE
- 1 MÉDECIN PSYCHIATRE
- 1 MÉDECIN GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN
- 1 CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE (CONTRACTUEL UNIQUEMENT)

Les candidatures (lettre de motivation, CV, inscription au Conseil de l'Ordre) sont à adresser aux coordonnées suivantes :

Centre hospitalier Louis Constant Fleming de Saint-Martin
 Spring Concordia, BP 381 - 97054 Saint-Martin Cedex
 Adresse mail : j.hamlet@chsaintmartin.fr - Téléphone : 0590 52 26 75





Réseau PRO Santé

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



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE





PRÉVOYANCE FRAIS DE SANTÉ

Plus de 35 ans d'engagement
et d'accompagnement confraternel
au service des praticiens hospitaliers

Le maintien de vos revenus
en cas d'arrêt de travail

Une complémentaire santé
de qualité à des tarifs attractifs

Un fonds de solidarité

Une équipe de spécialistes
dédiée aux PH et aux HU

**PRATICIENS
HOSPITALIERS
& HOSPITALO-
UNIVERSITAIRES**

PREVOYANCE
SANTÉ
ASSISTANCE
FONDS DE SOLIDARITE



WWW.APPA-ASSO.ORG

Document non contractuel
Les contrats sont souscrits par l'APPA auprès de Generali et sont
diffusés par Ressources France commercialement
dénommé «Bessé Ressources» - SAS au capital de 43 024 €
135 Boulevard Haussmann - 75008 Paris
RCS Paris B 414 936 740 - Conseil et courtier en assurance
(exerçant conformément à l'article L520-1-2b du Code des assurances)
n°ORIAS : 07002753 - www.orias.fr
soumis au contrôle de l'ACPR - 4 place de Budapest 75009 Paris.
Liste des fournisseurs actifs disponible sur simple demande.