



1^{er} INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

BUREAU

Présidente

Dr Rachel BOCHER
(CHU de Nantes)

Délégué général

Dr Patrick LEGLISE
(SYNPREFH - Draveil)

Secrétaire Général

Dr Slim BRAMLI
(FPS - Avignon)

Membre du bureau chargé des CHU

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

**Membre du bureau chargé de la santé publique
et de l'information médicale**

Dr Jérôme FRENKIEL
(SNPH - CHU - Paris)

Vice-Président chargé de la Pédiatrie et de la Néonatalogie

Dr Emmanuel CIXOUS
(SNPEH - Roubaix)

Vice-Présidente chargée des Urgences

Dr Ouzna KERRAD
(Poissy-Saint-Germain)

Vice-Président chargé de la Médecine

Dr Hugues AUMAÎTRE
(SNMInf - Perpignan)

Vice-Présidente Chargée Pharmacie

Dr Cyril BORONAD
(SYNPREFH - Cannes)

Secrétaire Général Adjoint

Dr Patricio TRUJILLO
(FPS - Etampes)

Trésorier

Dr Olivier DOUAY
(SNPH - CHU - Angers)

Trésorier adjoint

Dr Bernard SARRY
(SNOHP - Limoges)

Vice-Président chargé des temps partiels

Dr Alexandre ORGIBET
(SYNPPAR - Paris)

Vice-Présidente Chargée de la Chirurgie

Dr Maud CHABAUD
(SCPF - Paris)

Vice-Président chargé de l'Université Recherche

Pr Olivier BOYER
(SHU - Rouen)

Vice-Président chargé Psychiatrie

Dr Michel TRIANTAFYLLOU
(SPEP - Nanterre)

16 SYNDICATS POUR VOUS DÉFENDRE

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

16 SYNDICATS QUI VOUS ATTENDENT

SOMMAIRE N°20

04 ÉDITORIAL

ACTUALITÉS

07 Un hommage au Dr Francis Peigné

08 Ségur et (dés)information
Pour rétablir une vérité, l'INPH vous informe

11 COVID : Il faut vacciner, massivement et rapidement !

L'HÔPITAL À L'ÉPREUVE DU COVID

15 La COVID en quelques dates

17 L'hôpital au révélateur de l'épidémie COVID

21 Conséquences du COVID sur le retard des prises en charge du cancer

23 Pédiatrie et COVID

26 Ruptures en médicaments et dispositifs médicaux pendant la crise sanitaire

29 Réponses de l'hôpital face à la crise
Comment en est-on arrivé là ?

32 Gouvernance à l'hôpital en contexte de crise

38 Télémédecine
Opportunités et menaces

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.

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

44 Suivi du Ségur de la santé
Où en est-on des accords du premier pilier ?

47 Ouverture du groupe de travail
« attractivité des carrières HU »

48 La réforme du financement de la psychiatrie

52 Renouvellement du conseil d'administration de l'IRCANTEC

ON A LU POUR VOUS

53 Je l'ai lu pour vous et vous aimerez peut-être le lire aussi

ANNONCES

58 Les annonces de Recrutement



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

LE MAG DE L'INPH

1^{ER} INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

Édition quadrimestrielle

ISSN : 2274-7575

Directeur de Publication D^r RACHEL BOCHER

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 MANCIEL-SALINO

L'ÉPREUVE DE LA PANDÉMIE

Au moment d'écrire ces quelques lignes éditoriales du MAG INPH, ce sont des sentiments mêlés qui m'animent, bousculés par une actualité sanitaire peu commune, peinée par la disparition d'un grand Monsieur de la médecine en France, le Docteur Francis PEIGNÉ, Fondateur et Président d'Honneur de l'INPH.

C'est donc avec respect et tristesse, dans le contexte difficile de la pandémie d'aujourd'hui, que je souhaite tout d'abord rendre hommage au fondateur de l'INPH, le Docteur Francis PEIGNÉ, disparu en 2020.

L'ensemble des adhérents de l'INPH, les membres du bureau, présentent à sa Famille, à ses enfants, à ses amis, leurs sincères condoléances et les assurent du souvenir heureux et volontariste de l'homme engagé qu'il fût jusqu'au bout de sa vie. Retraité depuis quelques années, Francis PEIGNÉ eut en effet très tôt la vision de savoir regrouper les praticiens hospitaliers des hôpitaux publics sous une même bannière fédératrice au service de toutes les spécialités, qu'elles soient médicales, odontologiques ou pharmaceutiques. L'INPH était né.

Avec le Docteur PEIGNÉ nous nous voyions régulièrement. Toujours bienveillant il nous distillait ses précieux conseils et ses recommandations pour maintenir l'INPH au plus haut niveau de reconnaissance syndicale.

C'est aujourd'hui chose faite et le témoignage de sa Famille, de ses enfants, dans nos colonnes de ce numéro est, pour nous tous, stimulant et a valeur d'encouragement.

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre reconnaissance.

Dans le contexte sanitaire extrêmement difficile de l'année écoulée chacun voit la pertinence de notre positionnement sérieux et responsable.

Alors au moment où naissent ici ou là quelques polémiques sur telle réforme acquise (SÉGUR 1) ou sur le bienfondé de la vaccination, nous agissons et répondons présents sur l'essentiel : disponibilité, écoute et actions pour nos patients.

Dans ce numéro 20 du MAG INPH on lira avec intérêt l'article de notre confrère Eric OZIOL sur l'historique de la pandémie mondiale à nulle autre pareille.

C'est pourtant dans cette période que nous avons pu conduire avec les Pouvoirs Publics des négociations dont la première phase a été conclue par un « SÉGUR 1 ».

Bien entendu nous savons que ces négociations en appellent d'autres, afin d'amplifier et de corriger ce qui doit l'être.

Les semaines et les mois à venir seront hélas porteurs de souffrances collatérales que nous devons prendre en charge...

EDITO

Ce sera entrepris. C'est nécessaire et c'est déjà engagé.

Alors évidemment certains esprits grincheux, conservateurs et solitaires font d'autres choix d'action : ceux de l'immobilisme, ou de grèves à moindre risques, engoncés dans des postures et des contradictions syndicales et professionnelles, déçus par leurs propres arbitrages, soucieux toute affaire cessante d'annuler les acquis gagnés par d'autres, faute d'en avoir été les initiateurs. Passons.

Les insuffisances accumulées pendant des décennies seront à terme corrigées.

Le SÉCUR 1 est une rampe de lancement vers de plus profondes modifications.

En effet, des revendications importantes subsistent et sont portées au quotidien par tous les représentants de l'INPH, en Régions comme au plan national.

C'est notre rôle, et notre engagement pour la défense de nos Collègues, de nos acquis, et de nos conditions de travail.

Voilà pourquoi notre mobilisation doit rester intacte avec la volonté de susciter des vocations et des carrières hospitalières renouvelées, passionnantes, réellement enthousiasmantes, constructives, pertinentes et utiles.

Qu'on ne compte pas sur l'INPH pour mettre en sommeil ses légitimes attentes.

Pour l'heure nous sommes tous attentifs et mobilisés.

Les semaines et les mois à venir seront hélas porteurs de souffrances collatérales que nous devons prendre en charge, et accompagner dans nos services déjà en attente de réformes structurelles et en situation de pénuries chroniques de personnels.

La psychiatrie par exemple est d'ores et déjà sollicitée, et le sera durablement au même titre que d'autres. Certains prédisent qu'elle le serait même davantage.

Ce numéro MAG INPH N°20 consacré à l'Hôpital face à la pandémie démontrera une fois encore notre capacité à surmonter les ravages et la violence générés au quotidien par la crise sanitaire, ponctués par des drames personnels et familiaux insupportables.

Quoiqu'il en soit, espérons une année 2021 aussi bonne que possible, pour chacune et chacun d'entre nous, en formant des vœux pour que la campagne de vaccination qui s'ouvre soit un urgent succès.

Le vaccin est une prouesse.

La vaccination est une chance !

Elle est le dernier rempart tant attendu contre cette pandémie qui galope, s'apaise et repart de plus belle.

Donc il n'y a aucune hésitation : on se vaccine.

Notre responsabilité est de convaincre. Sur ce sujet là aussi.

Sur ce sujet là surtout.

Présidente de l'INPH
Dr Rachel BOCHER



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

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

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



Nourrir vos ambitions

UN HOMMAGE AU DR FRANCIS PEIGNÉ

Monsieur,

C'est avec émotion que nous avons appris le décès du Docteur Francis Peigné, votre Papa, survenu pendant cette curieuse période de confinement au mois d'avril dernier.

J'ai succédé à votre Père à la tête de l'INPH ; En cette qualité et en mon nom personnel je vous présente ainsi qu'à votre Famille mes plus sincères condoléances.

Evidemment beaucoup de souvenirs me relient, nous relient à Francis. Il était mon prédécesseur, mais il a été surtout le fondateur de l'INPH, cet outil formidable qui connaît une imprégnation nationalement reconnue dans la défense des intérêts des professionnels de santé du secteur Public.

Il a été le visionnaire auquel nous faisons souvent référence encore aujourd'hui lors de nos colloques.

Nous nous souviendrons de lui longtemps, et cette amicale affection que nous avons nourrie lors des dernières années me laissent le souvenir d'un homme investi jusqu'au bout en faveur de la cause qu'il a défendue avec tant de force et de conviction.

Bien entendu nous serions honorés si vous acceptiez de nous faire parvenir un texte en son souvenir, texte qui serait publié dans notre magazine national "MAG INPH", de la longueur et du contenu de votre choix.

Croyez à mon meilleur souvenir, et je vous redis notre émotion à tous au moment de vous écrire ces quelques mots.

Bien amicalement,

Docteur Rachel Bocher
Présidente de l'INPH

“

Chère Docteur,

Nous avons mes deux frères et moi beaucoup apprécié votre message de soutien, nous y ressentons l'amitié et la considération que vous aviez pour notre père.

Nous vous sommes très reconnaissants de ce que vous faites pour lui rendre hommage. Je vous ferai parvenir un texte en son souvenir que nous sommes en train de rédiger.

Bien à vous,

Christophe Peigné

”

SÉGUR ET (DÉS)INFORMATION POUR RÉTABLIR UNE VÉRITÉ, L'INPH VOUS INFORME



D^r Rachel BOCHER
Présidente de l'INPH



D^r Patrick LÉGLISE
Vice-président du SYNPREFH
Délégué général de l'INPH

Les Accords du Ségur de juillet 2020 continuent de susciter des réactions diverses véhiculées avec plus ou moins de bienveillance, plus ou moins de sincérité, plus ou moins de désintéressement.

La prolifération de ces réactions en direction des **Praticiens Hospitaliers**, est normale et nécessaire devant l'enjeu d'un tel Accord.

Beaucoup d'entre vous se posent des questions, nombreuses, face à la complexité des mesures d'amélioration de nos revenus, face à un calendrier trop peu lisible et face, il faut bien le dire aussi, aux velléités de quelques retardataires non signataires à vouloir faire entrer leurs contrevérités dans une session de rattrapage.

La réalité de ces Accords s'imposera, et il serait vain d'attendre que l'INPH consacre beaucoup d'énergie à contrecarrer ceux qui sou-

haitent brouiller les gains et progrès. En effet, par dépit probablement de n'avoir pas pu ou pas su s'inscrire dans la dynamique de ce nouveau Ségur, quelques irréductibles font à nouveau le choix d'empiler les approximations, sans parvenir à les transformer en vérités.

C'est leur droit, et chacun pourra ainsi se faire une opinion, jusque et y compris sur leurs auteurs qui ont préféré la politique de la chaise vide.

A l'INPH, comme toujours, c'est l'option de la responsabilité, celle de l'engagement et du débat, qui prévaut.

Mais il nous apparaît utile de vous proposer ici de répondre aux principales questions recensées que vous vous posez légitimement afin de tenter d'y répondre.

C'est notre devoir.

C'est aussi de notre responsabilité de dénoncer le cynisme de ceux qui encouragent quelques Praticiens peu aguerris à rechercher des voies et recours fragiles, toutes sans grandes chances de succès !

En premier lieu, rappelons le calendrier.

4 dates à retenir

- L **Le 1^{er} septembre 2020** : IESPE à 700 € pour tous les praticiens éligibles (PH, HU et contractuels éligibles) sans différenciation d'ancienneté.
- L **Le 1^{er} octobre 2020** : Suppression des 3 premiers échelons de la grille des PH avec reclassement des PH nommés avant le 1^{er} octobre 2020 dans cette nouvelle grille.
- L **Le 1^{er} décembre 2020** : IESPE à 1010 € pour tous les praticiens éligibles (PH, HU et contractuels éligibles) sans différenciation d'ancienneté.
- L **Le 1^{er} janvier 2021** : Rajout de 3 nouveaux échelons à la grille des PH avec reclassement des PH ayant 4 ans et plus d'ancienneté au 10^{ème} échelon (ancien 13^{ème}) dans ces 3 nouveaux échelons.

Qu'en est-il du reclassement au 1^{er} octobre 2020 des 45 000 PH (40 500 temps plein et 4 500 temps partiel) ? De quoi s'agit-il ? De quoi ne s'agit-il pas ? Faut-il faire un recours individuel ? ...

L Il s'agit tout simplement d'un changement de numérotation de la grille lié à la suppression des 3 premiers échelons. Donc vos émoluments et votre déroulé de carrière reste inchangé. Seuls les 800 PH classés dans les échelons supprimés seront revalorisés au nouveau 1^{er} échelon.

L Il ne s'agit pas d'un déclassement, ni d'une rétrogradation ni d'une perte d'ancienneté car il n'y a aucune perte de salaire et aucun changement de durée pour atteindre le nouveau 10^{ème} échelon (ancien 13^{ème} échelon).

L Chacun est libre de faire un recours gracieux ou un auprès du tribunal administratif pour chacun qui s'estime lésé, mais il sera difficile de démontrer que les arrêtés de reclassement vous portent préjudice face à l'absence de grief objectif. Et donc l'INPH vous déconseille de faire un recours individuel qui n'aura aucune réponse du ministère et qui ne sera pas instruit par le tribunal administratif faute de grief patent.

Les notifications d'arrêtés de reclassement, de quoi s'agit-il ?

Quel doit être leur contenu ?

Faut-il les signer ? ...

L Les arrêtés de reclassement que l'on vous a soumis à signature dernièrement sont simplement des notifications de reclassement qui s'applique à vous suite au décret n° 2020-1182 du 28 septembre 2020.

L Sur ces arrêtés doivent figurer : votre échelon en cours avant le 1^{er} octobre 2020, la date à laquelle vous l'avez atteint qui atteste de votre ancienneté dans l'échelon et le nouvel échelon dans lequel vous êtes reclassé.

L L'objectif de ces notifications est de vous permettre de vérifier l'absence d'erreur et le cas échéant de demander une rectification auprès du CNG.

L Que vous signiez ou que vous ne signiez pas, le reclassement s'appliquera, votre signature signifie simplement votre accusé de réception. Donc l'INPH vous conseille d'accuser réception de vos notifications de reclassement afin de vous permettre de demander une rectification le cas échéant.

Que se passe-t-il au 1^{er} Janvier 2021 ?

Pourquoi les nouveaux échelons annoncés ne sont pas pris en compte dès octobre 2020 ?

Qu'en est-il des nouveaux échelons ?

L Comme cela a été annoncé dans les accords du Ségur, 3 nouveaux échelons seront rajoutés en fin de carrière afin de donner une meilleure perspective de carrière pour l'ensemble des PH.

L Le rajout de ces 3 nouveaux échelons font l'objet d'un décret dont le projet a été présenté ces derniers jours en CSPM. C'est pour cela que votre reclassement au 1^{er} octobre 2020 ne prend pas en compte ces nouveaux échelons car ils n'ont pas encore d'existence réglementaire.

L Ces 3 nouveaux échelons entreront en vigueur à compter du **1^{er} janvier 2021**, d'où l'importance de bien vérifier vos arrêtés de reclassement, notamment pour ceux reclassés au 10^{ème} échelon, afin que votre ancienneté au 1^{er} janvier 2021 soit bien prise en compte.



Que penser du recours contre le décret n°2020-1182 du 28 septembre 2020 en Conseil d'État ?

Entre amalgame et contrevérités, ce qu'il faut savoir :

- L Contrairement aux idées reçues et à ce que certains laissent entendre, ce décret ne fait pas partie des accords du Ségur.
- L Le projet de ce décret a reçu un **avis favorable unanime** de l'ensemble des organisations syndicales au CSPM de juillet 2020, y compris de celles qui le dénoncent actuellement.
- L Ce décret permet une revalorisation sans précédent de l'entrée de carrière des PH de 35 % (IESPE comprise).
- L Ce décret est-il inéquitable ? malgré certains ressentiments légitimes, **NON**, puisqu'il s'applique de façon identique à tous les praticiens en poste avant le premier octobre 2020 et aussi de la même façon pour tous les praticiens entrant dans la carrière à partir du 1^{er} octobre 2020. Cela procède exactement du même principe de l'allongement de l'âge de la retraite de 60 à 62 ans pour les personnes nées à partir de 1955, est-ce que le Conseil d'Etat voire le Conseil Constitutionnel ont jugé ceci inéquitable ?
- L Même si ce recours a très peu de chance d'aboutir, on peut s'interroger sur l'irresponsabilité de ceux qui le portent. Attaquer un décret revalorisant très significativement l'entrée de carrière des **PH** et risquer de le voir annulé par le Conseil d'Etat pose question.

Certes l'INPH, signataire des accords du Ségur, est conscient de l'insuffisance des mesures.

En effet pour rattraper la baisse de pouvoir d'achat, le gouvernement aurait dû nous octroyer 3 milliards d'euros et rajouter 4 milliards d'euros pour rattraper notre retard par rapport aux pays de l'OCDE comparables à la France, soit 7 milliards d'euros en tout. Le gouvernement n'a concédé que 450 millions.

C'est pourquoi l'INPH reste dans la négociation pour obtenir plutôt que d'assigner

Rappelons que l'INPH représente les PH, les hospitalo-universitaires et les contractuels.

Les priorités de négociations à venir sont :

- L Réduire la durée d'évolution de carrière des **PH** de 4 ans en diminuant la durée des échelons 9 et 10 à 2 ans au lieu de 4 ans, ce qui permettra à l'ensemble d'atteindre plus rapidement de 2 ans le 10^{ème} échelon et de 4 ans le 11^{ème} échelon.
- L Revaloriser la part hospitalière des émoluments des personnels médicaux **hospitalo-universitaires** dans la même proportion que la nouvelle grille indiciaire des **praticiens hospitaliers** (suppression d'échelons en début de carrière et rajout d'échelons en fin de carrière).
- L Intégrer la part hospitalière des émoluments des personnels médicaux **hospitalo-universitaire** dans l'assiette de cotisation et de calcul pour la retraite.
- L Supprimer les statuts médicaux sous-rémunérés ou sur-rémunérés :
 - a Créer un statut de **praticien hospitalier contractuel unique** dont la rémunération doit être indexée sur les 4 premiers échelons de la grille indiciaire des prati-

ciens hospitaliers. Cette rémunération ne doit pas être négociable mais doit être déterminée en fonction de l'ancienneté et l'expérience acquise.

- a Supprimer le statut de praticien clinicien.
- a Supprimer le statut de praticien attaché.
- a Financer les hôpitaux afin d'intégrer automatiquement les praticiens attachés en contrat triennaux ou en CDI au statut de **praticien hospitalier** dès lors qu'ils sont inscrits sur la liste d'aptitude suite au CNPH.
- a Revaloriser le statut d'assistant Spécialiste en l'indexant sur les 3 premiers échelons du statut de **praticien hospitalier**.
- a Revaloriser les émoluments hospitaliers des Chef de Clinique Assistant de sorte que leurs émoluments équivalent aux 2 premiers échelons du statut de **praticien hospitalier**.
- L Limiter la part de recours aux praticiens contractuels à 10 % de l'emploi médical à l'hôpital public.

Nous profitons de cette mise au point pour rappeler qu'au-delà de la défense en responsabilité des personnels médicaux hospitaliers, l'ambition de l'INPH demeure une offre de soins de qualité accessible par tous.



COVID

IL FAUT VACCINER, MASSIVEMENT ET RAPIDEMENT !



Dr Jérôme FRENKIEL

Rapporteur des questions de santé publique pour l'INPH

La pandémie COVID entre dans une seconde phase : celle de la vaccination. Or, il semble bien que la France ait quelque peu raté son entrée dans cette phase cruciale, ajoutant une part de ridicule à l'inefficacité.

Rappelons-en, s'il en était besoin, les enjeux sanitaires. C'est d'ailleurs simple : à ce jour, 87 millions de contaminations répertoriées et 1,88 millions de décès, sans parler des séquelles. Des conséquences sanitaires indirectes (prises en charge retardées ou minorées, conséquences psychologiques, conséquences sanitaires de la précarisation économique, etc.) que l'on mesurera dans la durée. Des conséquences préoccupantes sur les libertés, la vie sociale et la culture. Et, bien entendu, les conséquences économiques et sociales que l'on sait. Cela pour dire que toute décision de santé publique sur le sujet du COVID doit être rapportée à cette situation que l'on peut qualifier d'historique. En rappelant aussi que le sujet doit être systématiquement abordé sur ses trois axes : santé, économie et démocratie. Car la liberté ne doit pas être le facteur d'ajustement systématique d'un débat restreint au sanitaire et à l'économique, comme on l'observe trop souvent depuis le début de la pandémie.

L'année 2020, en l'absence de vaccin, aura été celle des mesures empiriques, face à un virus dont les modes de transmission restent imparfaitement connus. On peut distinguer trois types de mesure : celles dites des « gestes barrière », celles entrant dans la catégorie générale dite « de confinement », et enfin celles relatives au dépistage. Les gestes barrière (masques, lavage des mains, distance de sécurité physique notamment) sont d'une efficacité hautement plausible et pour partie démontrée (témoin : le faible taux de contamination dans les transports en commun), peu coûteux économiquement, mais aussi, notons-le bien, peu coûteux au regard des libertés publiques. Pour leur part les mesures de type « confinement » ont une efficacité également plausible mais d'autant plus difficile à quantifier qu'elles sont peu ciblées. Et par ailleurs, elles ont un impact économique et social majeur, tout comme sur les libertés publiques. Le dépistage, enfin, a un coût mesuré, mais une efficacité difficile à évaluer, en l'ab-

sence d'une doctrine claire qui, par exemple, distinguerait le diagnostic, en présence de symptômes, du dépistage proprement dit.

On peut à ce stade formuler deux remarques : en premier lieu, si l'on définit le coût d'une stratégie au sens large, associant à la fois des critères économiques (directs et indirects), sociaux, médicaux et démocratiques (libertés), alors ces trois stratégies, les gestes barrières, le confinement et le dépistage n'ont très probablement pas le même coût-efficacité. Plus précisément, on prendrait peu de risques à postuler que les gestes barrière sont très coût-efficaces, et le confinement très peu. En second lieu, la théorie n'interdit pas, en l'état de nos connaissances, que les gestes barrière soient suffisants pour maîtriser l'épidémie, dès lors qu'ils seraient rigoureusement et universellement respectés. C'est d'ailleurs un aspect du problème : il est possible que l'on paie fort cher, par le confinement et ses effets délét-

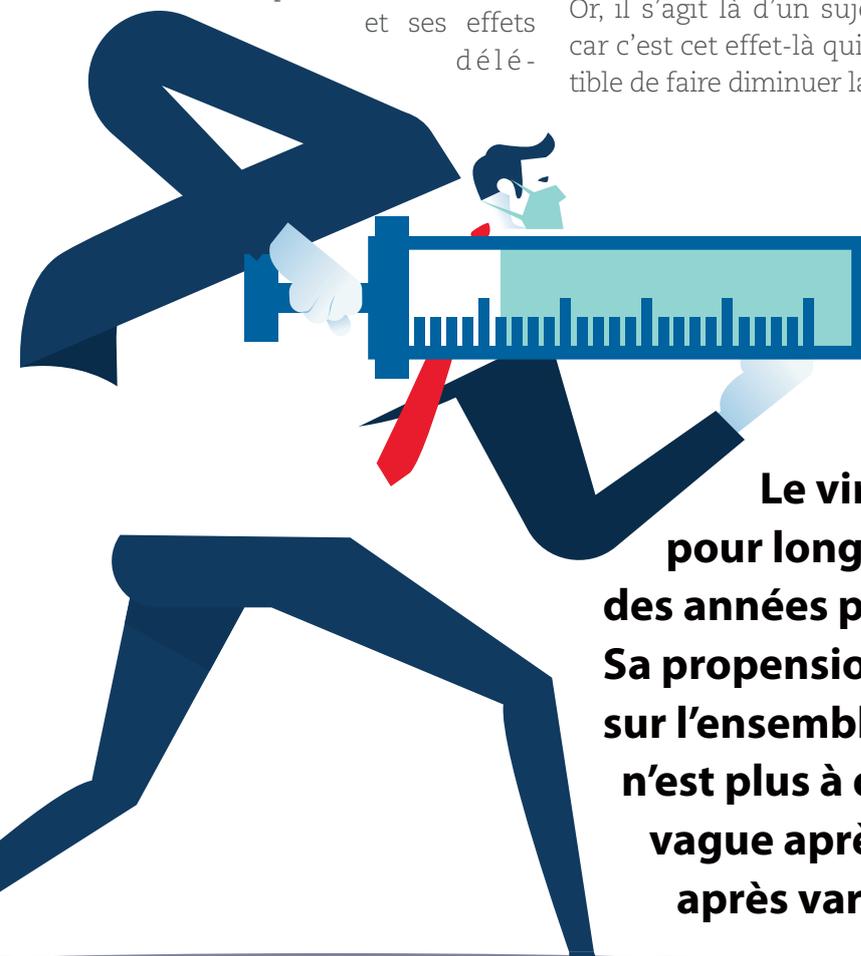
ères, l'incivisme d'une minorité. Enfin, il est difficile d'évaluer si le dépistage est coût-efficace car il est bien difficile d'évaluer dans quelle mesure il est efficace.

Quoi qu'il en soit, l'année 2021 voit apparaître un quatrième type de mesure : la vaccination. Elle apparaît – certainement à juste titre – comme la solution de fond à cette crise sanitaire, à tout le moins comme un élément majeur de la maîtrise de l'épidémie. Cependant, le sujet est loin d'être aussi simple que l'on pourrait l'imaginer. Pour différentes raisons.

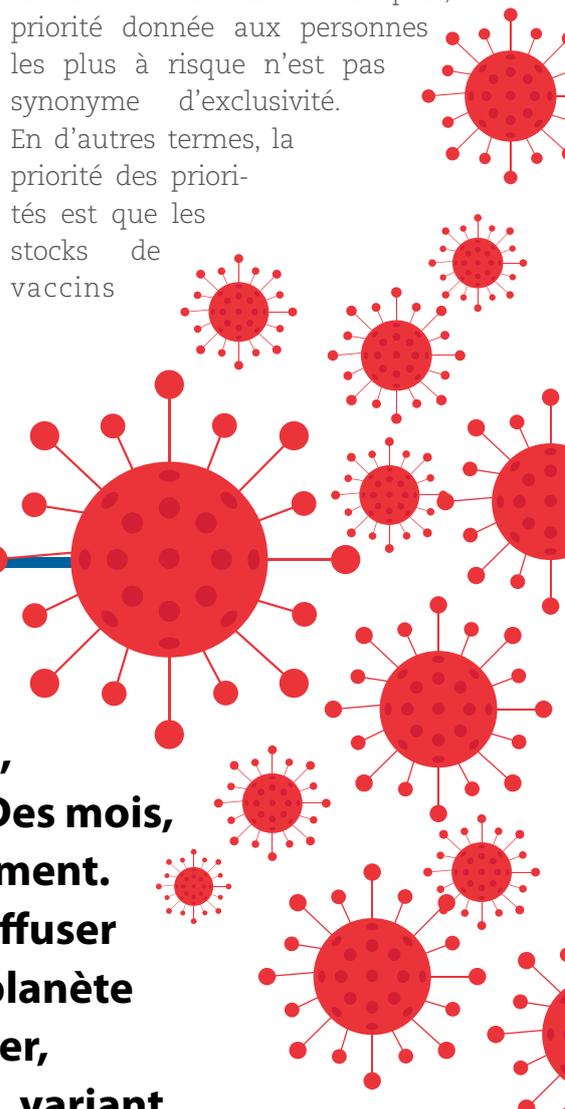
En premier lieu, il faut distinguer deux sous-sujets, s'agissant du bénéfice attendu de la vaccination. Ce qui a fait principalement l'objet des essais cliniques, avec les résultats que l'on sait, est sa capacité à diminuer l'incidence des formes symptomatiques ou à minorer la gravité de celles-ci. Mais on connaît peu de choses sur la capacité de la vaccination à diminuer la contagiosité. Or, il s'agit là d'un sujet essentiel, car c'est cet effet-là qui est susceptible de faire diminuer la circulation

du virus, et donc d'agir sur l'épidémie elle-même autant que sur ses effets. Ce sujet est également essentiel car il modifie substantiellement la cible, qui inclurait alors les personnes présumées contaminantes, telles que les étudiants par exemple.

En second lieu, on comprend bien que les bénéficiaires de la vaccination soient priorités en fonction de leur risque propre, même si l'un des autres objectifs est, trivialement mais légitimement, d'éviter la surcharge des hôpitaux. Mais deux points restent moins clairs. D'une part, il n'est pas démontré que le gouvernement ait créé les conditions logistiques et réglementaires optimales dans l'objectif d'une vaccination massive. Et d'autre part, priorité donnée aux personnes les plus à risque n'est pas synonyme d'exclusivité. En d'autres termes, la priorité des priorités est que les stocks de vaccins



**Le virus est là,
pour longtemps. Des mois,
des années probablement.
Sa propension à se diffuser
sur l'ensemble de la planète
n'est plus à démontrer,
vague après vague, variant
après variant.**



soient administrés au fur et à mesure, en respectant les priorités dans la mesure du possible, et notwithstanding une réserve raisonnable donc modeste.

Ces deux problèmes sont tout sauf neutres politiquement parlant. Pour le premier, s'il se confirmait que la vaccination diminuait la contagiosité, le sujet serait d'étudier sérieusement l'obligation de vaccination ou à tout le moins les conditions d'accès à l'espace public selon le statut vaccinal. Or le gouvernement s'est enfermé dans une posture de principe, excluant l'obligation, alors que la concession en termes de liberté serait totalement anecdotique face à un vaccin qui permettrait (enfin !) de lutter directement contre la contagion. Le débat est d'ailleurs encore plus simple : que pèserait l'obligation vaccinale face au coût actuel de l'épidémie, entre le régime de semi-liberté du confinement, les conséquences économiques et les conséquences sociales ? Rationnellement, il n'y a pas de sujet. Et pourtant, le gouvernement se refuse à envisager cette option. Certes, il semblerait qu'une proportion anormalement élevée de concitoyens expriment une grande réserve vis-à-vis de la vaccination. Cette réserve se décline d'ailleurs sur plusieurs registres : des doutes sur le rapport bénéfice / risque de la vaccination, une opposition quant à une mesure potentiellement liberticide, allant jusqu'à comparer ce type de mesure à la politique menée dans les pays autoritaires, et diverses postures complotistes. Ces registres ont cependant un point commun : l'irrationnel. Est irrationnel d'ignorer l'avis très clair d'une autorité aussi indépendante que compétente que la Haute autorité de santé. Est irrationnel également d'assimiler le principe même de la Santé publique, qui a le devoir

d'imposer l'intérêt général lorsque les circonstances l'imposent, aux politiques des régimes autoritaires en général. Et il est du devoir du gouvernement, face à ces irrationnels, non de les alimenter mais bien au contraire de leur opposer le principe de Raison.

Concernant le second sujet, la posture du gouvernement est également difficile à comprendre. Certes, la Haute autorité de santé a préconisé une priorisation et fait des propositions en ce sens. Des propositions raisonnables au demeurant, mais qui ne résument pas le sujet. Et le gouvernement décide et communique sur la base de ces recommandations d'experts et de quelques autres. Mais il oublie qu'il se trouvera toujours un expert pour dire une chose et un autre pour affirmer son contraire. Et que les experts ne sont pas là pour appréhender tous les aspects d'un problème, notamment politiques : cela revient à l'exécutif. Faire des choix, ses choix, et les assumer, dans une vision la plus globale possible.

Le virus est là, pour longtemps. Des mois, des années probablement. Sa propension à se diffuser sur l'ensemble de la planète n'est plus à démontrer, vague après vague, variant après variant. Ses mutations sont à considérer comme la règle et non l'exception, d'autant qu'il est fort possible que la vaccination implique une pression de sélection qui les amplifient. Cette représentation du problème implique que nous ne sommes pas à proprement parler dans une crise, mais dans une situation posant des problèmes structurels et dans la durée. Ainsi, des mesures telles que le confinement dans sa doctrine actuelle, d'une efficacité insuffisante en regard de leur coût démocratique, économique et social, ne pourront se justifier indéfiniment. Sachant

Seule la vaccination nous permettra de sortir de ce confinement mortifère, à condition d'en prendre la bonne mesure.

qu'elles ne seront tout simplement plus supportées dans un avenir proche : envisagerait-on pendant plusieurs années la fermeture des musées, des cinémas, des restaurants, des cafés et j'en passe, enfin bref la censure de la moitié de la vie sociale, pendant que l'autre moitié le sera par le confinement ? Bien évidemment non, et le gouvernement serait bien inspiré d'y réfléchir. Car cela veut dire qu'il va falloir vivre avec le virus et de nouvelles formes de fonctionnement économique et social, permettant à tous de travailler, et de vivre tout simplement.

Seule la vaccination nous permettra de sortir de ce confinement mortifère, à condition d'en prendre la bonne mesure. Il faut vacciner rapidement et massivement. Et se préparer à des campagnes de vaccination successives en réponse à des vagues de contamination également successives, avec tout ce que cela implique sur le plan réglementaire et logistique. Mais aussi avec tout ce que cela implique politiquement parlant. Gouverner c'est prévoir, paraît-il : il serait hautement souhaitable que ce gouvernement commence à envisager quelques changements de posture, plus pragmatiques mais aussi plus volontaristes, sans s'interdire aucune option. L'avenir de notre société est peut-être à ce prix.



LA COVID

EN QUELQUES DATES



Dr Eric OZIOL
Secrétaire Général
du SYNDIF

L'épidémie à SARS-CoV2 vue de France en quelques dates... bilan à plus d'un an des premiers patients identifiés mi-décembre 2019 dans la province du Hubei.

Le 13 janvier 2020 : Premier patient hors de Chine et épidémie sur deux navires de croisière. La Chine confine certaines villes puis toute la province du Hubei.

Le 24 janvier : Premiers cas en France, importés directement de Chine.

Le 30 janvier : L'OMS décrète l'état d'urgence de santé publique internationale.

Du 17 au 21 février : Rassemblement de l'église évangélique à Mulhouse. On estimera à plus d'un millier le nombre de fidèles contaminés.

Le 25 février : Le nombre de cas déclarés quotidiennement hors Chine est plus élevé que dans ce pays. Un enseignant de Crépy-en-Valois dans l'Oise et conseiller municipal, succombe du SARS-CoV2 en réanimation à la Pitié-Salpêtrière.

Le 29 février : En France 100 personnes sont atteintes du virus et 2 en sont mortes. L'Oise est le principal foyer de contamination avec 36 cas.

Le 1^{er} mars : Alerte de l'ARS à la suite d'une femme et de ses fils testés positifs, et ayant participé aux manifestations de l'église évangéliste à Mulhouse,

Le 2 mars : Le nombre de cas confirmés en France s'élève à 191, le tiers étant dans l'Oise où les écoles sont fermées.

Le 3 mars : Le nombre de cas sur Mulhouse et ses environs augmente de façon importante.

Le 5 mars : Survenue de 3 décès de plus, soit un total de 7 en France.

Le 6 mars : 81 cas détectés en 24h à Mulhouse. Le préfet déclare que les moyens ne sont plus suffisants pour dépister systématiquement tous les cas suspects. Seuls les patients dont l'état est le plus grave sont hospitalisés. Décision du préfet de fermer les écoles et de limiter les rassemblements.

Le 7 mars : À Paris le Président de la République (PR) déclare : « il n'y a aucune raison, mis à part pour les populations fragilisées, de modifier nos habitudes de sortie ».

Le 8 mars : Aux foyers de l'Oise, du Val-d'Oise, du Haut-Rhin, du Bas-Rhin, de Mulhouse, du Morbihan, Ajaccio se rajoute aux zones où sont prises des mesures renforcées.

Le 9 mars : Les rassemblements de plus de 1000 personnes sont interdits. Seuls les cas graves seront hospitalisés et les médecins de ville doivent assurer un filtrage. Un décret autorise la téléconsultation en premier recours.

Pendant ce temps en Italie, au 9 mars : 9 172 testés positifs, 463 morts dont 33 en Lombardie. Dans cette région, 10 % des contaminés font partie du corps médical. Le 10 mars tout le pays est placé en confinement.

Le 11 mars : L'épidémie est déclarée pandémie par l'OMS. Le Ministre de la Santé (MS) interdit les visites en EHPAD. Krach boursier mondial la deuxième semaine de mars : la Bourse de Paris s'écroule, surpassant la crise des subprimes de 2008.

Le 12 mars : Le PR décrète la fermeture des crèches, écoles, collèges, lycées et universités. Report des cotisations et impôts dus en mars. Mécanisme exceptionnel de chômage partiel, promotion du télétravail. Le MS demande la déprogrammation des interventions chirurgicales non-urgentes.

Le 13 mars : Les rassemblements de plus de 100 personnes sont interdits.

Le 14 mars : 4500 cas confirmés, chiffre qui a doublé en 72h et 91 décès hospitaliers. A partir de minuit, fermeture de tous les lieux publics non indispensables. Les français sont invités à limiter leurs déplacements. Le premier tour des élections municipales est maintenu le 15 mars.

Le 16 mars : 26 personnes contaminées à l'Assemblée Nationale dont 18 députés. A 20h allocution télévisée du PR : « la France est en guerre contre la COVID-19 » et annonce le « confinement » à partir du lendemain à midi pour au moins 15 jours. Les frontières de l'espace Schengen sont fermées et également en extra-européen. Les masques sont réservés aux hôpitaux et aux professionnels de santé. Le second tour des municipales et les réformes en cours sont reportées.

A partir du 17 mars, à 12h la population est confinée à domicile et doit fournir des autorisations justifiées pour ses déplacements.

Le 23 mars : Décès du premier soignant, un médecin urgentiste de l'hôpital de Compiègne dans l'Oise.

Le 24 mars : Le seuil des 1000 morts à l'hôpital est dépassé. Les régions les plus touchées sont l'Île-de-France, le Grand-Est, l'Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, les Hauts-de-France, la Bourgogne-Franche-Comté, l'Occitanie et la Nouvelle-Aquitaine.

Le 27 mars : Le Premier Ministre (PM) prolonge le « confinement » au moins jusqu'au 15 avril.

Le 30 mars : Le seuil des 3000 morts en contexte hospitalier est dépassé. Le même jour 8,5 millions de masques arrivent en France par avion (sur une commande du gouvernement de 1,5 milliards d'unités), la production nationale de 8 millions d'unités ne pouvant couvrir les besoins hebdomadaires évaluée à 40 millions.

Le 2 avril : Il est décompté 4503 morts à l'hôpital et un premier chiffre partiel de 884 décès en EHPAD.

Le 13 avril : Le PR annonce une levée possible, mais partielle, du confinement pour le 11 mai.

Le 14 avril : Le Directeur Général de la Santé (DGS) dresse le premier bilan officiel de 103 573 cas confirmés et 15 529 décès en France, dont 541 personnes décédées à l'hôpital dans les dernières 24h.

En France il est noté une surmortalité journalière de 33 % entre le 1^{er} mars et le 30 avril, en comparaison aux valeurs moyennes des années 2000 à 2019.

Le 7 mai : Un « déconfinement » partiel (sauf Paris, le Nord et l'Est de la France encore en zone rouge), est appliqué à la zone verte de faible circulation virale.

Le 11 mai : Déconfinement national.

Entre le 8 et le 12 mai : Plusieurs foyers de contagion rapidement identifiés en France, mais plus faible circulation virale et surtout possibilité, avec la diffusion des tests, de l'identifier.

Dans l'été 2020 : Forte recirculation virale, mais taux de décès qui baisse jusqu'à début août avant de réaugmenter, pour redevenir parallèle à l'augmentation des nouveaux cas, jusqu'au second pic épidémique de mi-novembre.

Le 14 octobre : La semaine avant les congés scolaires d'automne, le PR annonce le couvre-feu et la recommandation de réunions privées limitées à 6 personnes.

Le 28 octobre : Le PR annonce un nouveau confinement national à partir du 30 octobre.

Le 15 décembre : Le confinement est levé et remplacé par un nouveau couvre-feu entre 20h et 6h, à l'exception du 24 décembre.

Le 17 décembre : le PR est déclaré positif au SARS-CoV2.

Le 19 décembre : En France un total de 2 460 555 cas confirmés dont 60 418 décès (âge moyen 81 ans, âge médian 84 ans), 5,6 % de taux de positivité des tests réalisés, 2 523 clusters en cours d'investigation dont 956 en EHPAD, 8 736 hospitalisations sur les 7 derniers jours dont 1 152 en réanimation, 100 départements en situation de vulnérabilité élevée.

Le 27 décembre : Date prévue pour le début de la campagne vaccinale contre le SARS-CoV2 dans l'Union Européenne et en France.

2021 : Troisième vague épidémique attendue...

L'HÔPITAL AU RÉVÉLATEUR DE L'ÉPIDÉMIE COVID

**Rien ne sera-t-il plus comme avant
ou finalement rien n'a-t-il vraiment changé...
mais peut-être en mieux?**



Dr Eric OZIOL

Vice-Président de la CME du centre hospitalier de Béziers
Référént COVID
Chef du service de médecine hospitalière
Secrétaire Général du SYNDIF
Représentant à l'INPH

En tant que médecin hospitalier et surtout interniste, j'ai été, comme beaucoup de mes collègues internistes, mais aussi urgentistes, réanimateurs, infectiologues, hygiénistes, gériatres, pneumologues, biologistes, radiologues, pharmaciens (et tous ceux qui étaient sur le pont...), en première ligne dans la prise en charge des patients et dans l'organisation structurelle de mon établissement face à cette épidémie de COVID-19. Cette expérience dans un centre hospitalier non universitaire, j'ai pu la partager avec bon nombre de mes

collègues d'autres hôpitaux. Nous avons eu notamment l'occasion d'échanger téléphoniquement avec le docteur François LHOTE, interniste, président de la CME de l'hôpital de Saint-Denis (M) dans le 93 et le docteur Olivier HINSCHBERGER, interniste et chef de service à l'hôpital de Mulhouse (cf. Cluster évangéliste dans l'article sur la COVID 19 en dates) dans le 67, des zones géographiques particulièrement touchées à savoir l'Île-de-France et le Grand Est. Je les remercie encore de leur retour d'expérience et de réflexions, que ce soit à chaud (merci

encore à Olivier pour cet échange très pratique du vendredi 13 mars) ou avec un peu de recul.

Encore pris dans le chaudron hospitalier de l'épidémie, mais déjà riches de cette expérience dans des centres hospitaliers de territoire, quel serait le diagnostic et l'analyse, selon la matrice MOFF (menaces, opportunités, forces, faiblesses), de la réaction de l'hôpital face au révélateur qu'a été l'épidémie de COVID ?

QUELLES ONT ÉTÉ LES FAIBLESSES DE L'HÔPITAL PUBLIC FACE À CETTE ÉPIDÉMIE ?

En premier lieu la première qui viendrait à l'esprit serait l'impréparation (**) à une telle épidémie. Cependant l'incertitude faisant partie intégrante de notre travail hospitalier quotidien, finalement ce paramètre a été le moteur de notre résilience initiale, afin de rattraper cette impréparation. En début d'épidémie, le plus difficile a été de ne pas disposer des éléments de lecture de l'épidémie. Nous n'avions pas assez de tests et surtout des délais d'acheminement et de rendus de résultats très longs. Il a fallu s'adapter dans l'urgence en toute responsabilité... nous verrions plus tard pour le COFRAC (Comité Français d'Accréditation). Dans notre hôpital, par exemple, le projet de PCR au laboratoire de biologie était (auto)-censuré depuis plus de cinq ans, compte-tenu de l'esprit général de la politique hospitalière qui était à la gestion mesquine du gagne-petit, plutôt que de développer les outils incontournables de la médecine d'aujourd'hui. Une autre faiblesse suspectée était un hôpital qui fonctionnait déjà en surcapacité : cependant le fait que les gens aient peur de venir à l'hôpital, plus l'effet du confinement, ajouté à la consigne de déprogrammer les chirurgies non urgentes, a bien allégé la charge hospitalière pour la première vague, surtout dans les zones où l'épidémie a été moins intense en termes d'afflux initial de patients en détresse respiratoire aux urgences. Malheureusement pour beaucoup de patient ces deux à trois mois de carence d'accès aux soins ont eu des conséquences déléteres. Pour la deuxième vague, la

meilleure connaissance de la maladie, l'expérience acquise, les moyens diagnostiques, l'organisation des flux, des équipes, du matériel, nous ont permis d'accueillir, trois fois plus de patients atteints de pneumopathie COVID, tout en maintenant le reste de l'activité hospitalière, en dehors de l'activité ayant un impact sur la disponibilité des lits de réanimation et de soins intensifs. Par exemple au CH de Béziers, sur un territoire (l'Ouest-Hérault) dont la densité de population est de 170 ha/km² (versus 7 960 ha/km² en Seine-Saint-Denis par exemple), et donc moyennement impacté par l'épidémie, les pics hospitaliers des 4/5 avril et des 9/10 novembre ont été très similaires avec au pic 48 à 50 patients hospitalisés en MCO, dont 16 patients sur les 18 places dédiées COVID en réanimation (contre habituellement seulement 12 lits de réanimation en tout). Ce qui pour un établissement de 450 lits de MCO représentait plus de 10 % des lits occupés par une même pathologie. Donc bien sûr l'élément limitant, a non pas été le nombre

L'élément limitant, a non pas été le nombre de lits disponibles pour accueillir les patients, mais le nombre de lits avec assez de personnel et d'équipement pour des soins intensifs ou de réanimation...

de lits disponibles pour accueillir les patients, mais le nombre de lits avec assez de personnel et d'équipement pour des soins intensifs ou de réanimation. Cependant la progression de compétence de tout l'hôpital a permis d'avoir le même pic hospitalier de pneumopathies COVID hospitalisées, tout en ayant pu traiter près de trois fois plus de patients et maintenir une activité hospitalière globale cohérente, lors de la deuxième vague.



QUELLES ONT ÉTÉ LES FORCES ATTENDUES VOIRE INSOUÇONNÉES DE L'HÔPITAL PUBLIC FACE À CETTE ÉPIDÉMIE ?

Très certainement la capacité à prévoir sans savoir, à anticiper les situations, à communiquer, dialoguer, à trouver des solutions inédites, inventer des organisations : le transfert de patients, l'organisation territoriale, un Bed-management médicalisé et pertinent, la création d'unités « saisonnières » à géométrie variable tout au long de l'épidémie, des unités de tri en début d'épidémie, quand nous n'avions pas encore les tests avec des résultats en temps réel, etc.

Il y a eu une véritable adaptation de l'organisation hospitalière aux moyens disponibles, aux informations disponibles, à la connaissance disponible et acquise sur la maladie.

La capacité à mobiliser nos moyens de communication a été utile pour très rapidement ouvrir et proposer des lignes téléphoniques de régulation (gérées par les infectiologues, internistes, urgentistes, gériatres, soins palliatifs, en particulier) dédiées aux médecins généralistes,

aux biologistes libéraux ou aux EHPAD notamment. Quant aux pharmacies hospitalières, rompues depuis de nombreuses années à l'équilibrisme et à l'anticipation des pénuries répétées des dispositifs et des médicaments, elles ont appliqué finalement des compétences déjà malheureusement bien rodées. Les professionnels de l'hôpital ont fait preuve de solidarité et d'intelligence collective.

QU'EST-CE QUE L'ÉPIDÉMIE A MENACÉ IMMÉDIATEMENT OU RÉVÉLÉ COMME MENACES À L'HÔPITAL PUBLIC ?

Par la brutalité initiale de l'épidémie (cf. l'article sur le COVID 19 en dates), les peurs engendrées, non seulement celles relayées et amplifiées par BFM-tv, mais celles de la réalité de la maladie pour les patients, mais aussi le risque pour soi et surtout pour ses proches, la menace que nous redoutions d'avoir à choisir « qui ira ou n'ira pas en réa », avec un personnel

soignant déjà en grande difficulté depuis des années et en pleine fronde sociale depuis des mois, le risque redouté était que le système implose rapidement, et pas seulement par « manque de lits de réanimation ». Le personnel a répondu du présent, même si la durée et la pérennisation de cette crise a mis à rude épreuve la bonne volonté et l'engagement des agents. Après

un légitime temps de digestion et de repos, le retour d'expérience se devrait d'être propice aux évolutions de la gestion des « richesses » humaines à l'hôpital et pas simplement en termes de ressources manipulables sur un planning coloré à la manière du jeu « TETRIS », comme il m'arrive d'en plaisanter un peu amèrement, avec les cadres du service.

QU'EST-CE QUE L'ÉPIDÉMIE A RÉVÉLÉ COMME OPPORTUNITÉS IMMÉDIATES OU D'AVENIR À L'HÔPITAL PUBLIC ?

Cette crise a été un accélérateur de projets par la nécessité médicale et des soins, qui enfin a primé sur une gestion purement comptable de l'hôpital. En moins de trois mois nous avons mis en place la technique de PCR au laboratoire, ce que nous n'avions pu faire en cinq

ans. La télémédecine, dont nous avons l'expertise, développée notamment par nécessité pour l'activité pénitentiaire, a été plébiscitée et très rapidement utilisée par la majorité des praticiens pour être intégrée à la palette de leur offre médicale. Les liens de confiance

et de collaboration avec la médecine de premier recours, les maisons de santé pluri-disciplinaires, les laboratoires libéraux, les établissements privés et les EHPAD, n'ont jamais été aussi pertinents, et nous ont fait découvrir à terme, une vision véritablement territo-

riale de l'organisation des soins. Les ARS, quel que soit leur avenir fonctionnel, ne pourront faire sans l'expertise et l'initiative territoriale des professionnels de la santé. Cependant l'opportunité immédiate

et d'avenir principalement révélée par la gestion de cette crise à l'hôpital, réside surtout par la découverte qu'une gouvernance plus directe et plus simple est possible, d'une part au sein de l'hôpi-

tal, sans remettre pour autant en cause le rôle des instances comme la CME garante notamment de la cohérence du projet, mais d'autre part avec les ARS.

EN CONCLUSION

Étions-nous prêts pour cette épidémie ou pour toute autre épidémie ? Ni plus, ni moins prêts. Les épidémies au sens très large et pas seulement contagieux du terme, ne sont et ne seront que les révélateurs de l'évolution épidémiologique de notre société, dont le vieillissement de la population s'accélère. Mais en tous cas in fine, ce qu'il ressort de nos échanges entre collègues, c'est d'être fiers d'avoir enfin fait pleinement notre métier hospitalier, sans lourdeurs administratives, avec une gouvernance plus directe, en confiance et avec des objectifs communs partagés entre la Direction, la Direction des Soins et le corps médical, sans que la contrainte financière ne soit la seule obsession, ni le seul objectif. Donc rien n'a finalement changé, l'Hôpital à toutes les compétences pour réussir face aux enjeux de santé publique des territoires et pour reprendre le slogan du Directeur de mon CH : « la question de savoir qui dirige est moins importante que de savoir comment on prend les décisions. »

* Selon un article du Monde du 17 mai 2020, la Seine-Saint-Denis aurait été touché plus durement, en ce qui concerne les cas graves et les décès, que les autres départements d'Île-de-France. Seraient en cause : une incidence plus importante dans cette population de diabète et d'ALD, une surreprésentation de certaines professions exposées (personnel soignant, caissiers, vendeur, livreur), un grand nombre de personnes travaillant dans différents départements tiers et surtout habitant dans un espace moindre (18 m² en moyenne par personne, contre 25 m² à Paris).

** Pouvions nous dire que nous n'étions pas prévenus ? Depuis que la grande peur de l'épidémie de grippe H1N1 de 2009 eût fait « pschitt », une certaine incrédulité a fait suite, bien que nous sachions depuis 2002 et la première épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SARS) que les coronavirus étaient de potentiels candidats à la prochaine pandémie humaine. L'épidémie MERS-CoV (pour Middle East Respiratory Syndrom-related coronavirus) en 2012, avec une létalité plus importante, avait relancé l'intérêt du coronavirus comme virus candidat à la prochaine pandémie, ce d'autant que depuis 2015 un certain nombre de virus candidats très similaires au SARS-CoV2 responsable de l'épidémie actuelle, aient été isolés chez des animaux sauvages « réservoirs ». Cependant nous sommes restés incrédules (pour ne pas dire dubitatifs voire peut-être méprisants, qui sait ?), comme bon nombre d'autres pays, aux alertes de la Chine. Même lorsque l'épidémie a dépassé le système de santé de l'Italie du Nord, pourtant une région supposée des plus riches d'Europe, l'incrédulité a confiné (si j'ose dire sans provoquer) au déni.



CONSÉQUENCES DU COVID SUR LE RETARD DES PRISES EN CHARGE DU CANCER



Dr S. BRAMLI

PH en Hépatogastro-entérologie et cancérologie
Centre Hospitalier d'Avignon

Le retard diagnostic du cancer dû à la déprogrammation et au confinement instaurés par le gouvernement a eu un impact considérable sur le pronostic des patients atteints de cancer et des non Covid de manière générale.

Première cause de décès chez les hommes et deuxième chez les femmes, le cancer a tué 157 000 personnes en 2018 et 382 000 nouveaux cas ont été détectés la même année, selon les dernières estimations publiées par Santé publique France.

La gestion des autorités sanitaires, tatillonne et verticale de la crise sanitaire due à la pandémie du Covid-19 lors de la première vague a apporté plusieurs données prises en compte immédiatement par le corps médical hospitalier, les experts de la spécialité, les hommes et les femmes du terrain aussi bien au niveau de leur organisation que sur la prise en charge du cancer. Tirer une leçon de cette crise sans précédent, pour l'avenir nous a permis de mieux gérer la deuxième vague d'autant plus que nous ne sommes pas à l'abri d'autres catastrophes sanitaires. Quel meilleur moyen pour les praticiens hospitaliers, que

celui de se remettre en question afin d'améliorer nos pratiques et notre système de santé ?

Pour un mois de retard, le risque accroît environ de 10 % selon le type de traitement et le cancer. Une première méta-analyse canadienne s'est intéressé à l'impact du retard de prise en charge pour trois modalités de traitement - la chirurgie, le traitement systémique (dont la chimiothérapie) et la radiothérapie -, et ce, pour sept localisations de cancer, à savoir la vessie, le sein, le côlon, le rectum, le poumon, le col de l'utérus, et la tête et le cou. Pour les trois modalités, un retard de quatre semaines entre le diagnostic et les premiers traitements est associé à une augmentation du risque de décès pour 13 des 17 indications étudiées. Pour la chirurgie, une augmentation de 6 à 8 % du risque de décès a été estimée pour chaque période de quatre semaines de retard. Pour la radiothérapie de

la tête et du cou et le traitement systémique adjuvant du cancer colorectal, le risque de décès est accru de 9 et 13 % respectivement. Plusieurs autres études internationales (Chine, Grande Bretagne ainsi que françaises (Unicancer, APHP, Nord-Pas-de-Calais, AP HL) vont dans le même sens. 30 000 cancers non détectés à la deuxième vague, et donc autant de personnes non traitées estime la ligue nationale contre le cancer.

Ces faits sont d'autant plus inquiétants dans le contexte actuel, où lors de la deuxième vague de Covid-19, le report de certains soins et la déprogrammation ont été une nouvelle fois le mot d'ordre de nos dirigeants.

Nos sociétés savantes ont rapidement réagi et ont fourni les recommandations adaptées pour la priorisation du traitement du cancer là alors que nos dirigeants nous incitaient à confiner et reprogrammer ce qui a probablement pénalisé les patients non COVID et mis notre système de santé déjà sous tension dans une situation encore plus compliquée.

L'étude française ONCO-CARE-COV a confirmé une réduction d'activité en termes de dépistage (-86 %), prélèvements histopathologiques (-48 %), analyses biomoléculaires (-69 %), consultations d'annonce

(-54 %), évaluations Onco-gériatriques (-86 %) et nouveaux patients discutés en RCP (-39 %). La baisse d'activité thérapeutique était également importante sur le plan chirurgical (-30 %) et a un niveau moindre pour la radiothérapie (-16 %) et la chimiothérapie (-9 %). Les conséquences pronostiques de ces retards diagnostiques et thérapeutiques ne sont pas encore connues mais les analyses de modélisations sont inquiétantes.

Ainsi, en situation de reprise épidémique COVID-19 il semble indispensable de maintenir si possible les traitements du cancer en préservant une offre de recours en cancérologie (y compris par sanctuarisation de la chirurgie oncologique) et d'une filière d'accès aux soins de réanimation « Hors COVID » permettant la continuité des soins et la gestion d'éventuelles complications des traitements oncologiques.

En collaboration avec les réseaux régionaux de cancérologie et les ARS. Les hospitaliers ont proposé de créer des Comités Régionaux COVID et Cancer dont le rôle sera de partager l'information entre les différentes structures de prise en charge et d'éviter ou limiter les conséquences de la crise COVID-19 sur les délais de diagnostic et de traitement du cancer.

Les propositions doivent être interprétées en fonction des capacités locales, de l'intensité de l'épidémie et de son retentissement sur l'organisation des structures de soins selon les régions.

Les recommandations politiques sans concertations des professionnels de santé ne se substituent pas à la décision médicale experte et prise en pleine responsabilité sur des bases scientifiques et éthiques. Aussi, cette décision est nécessairement pluridisciplinaire et c'est l'élément positif de la crise avec pour effet, en vue des propositions des sociétés savantes, la demande du ministre de tutelle de garantir que les patients pris en charge pour cancer le soient dans les meilleures conditions possibles, soit en hospitalisation, soit en ambulatoire.

Des stratégies d'établissement ont alors été décidées en amont, lors de réunions de crise, elles sont partagées avec les ARS et épaulées le cas échéant. Les tactiques à hauteur d'homme, dites de terrain semblent encore une fois la solution à privilégier dans le futur. Ainsi très peu de traitements seront annulés ou reportés, y compris pendant des pics épidémiques.

Références

- TNCD - Chapitre 21 bis : Prise en charge des cancers digestifs et 2^{ème} vague COVID-19 - 06/11/2020 : www.tncd.org
www.snfge.org
- Énoncé de position ESGE et ESGENA sur l'endoscopie gastro-intestinale et la pandémie COVID-19 : Ian M. Gralnek et col. (<https://doi.org/10.1055/a-1155-6229>). Endoscopie 2020 ; 52.
- Unicancer.fr : 2^{ème} vague Covid-19 : continuité des soins et appel à la prévention des cancers.
- AFP : Cancer : un retard de prise en charge à cause du Covid-19 et du confinement (Publié le 08/12/2020).
- Covid-19 : la Ligue contre le cancer craint un nouveau retard dans la prise en charge des malades et estime qu'"il y a environ 30 000 cancers non détectés". Publié le 26/10/2020 07:00. Mis à jour le 26/10 / France Télévisions.





PÉDIATRIE ET COVID



Emmanuel CIXOUS
Président du SNPEH

La crise de la COVID a un peu plus singularisé le monde de la Pédiatrie, déjà à part, par rapport au reste du monde de la Santé. De nombreuses surprises, à propos de la Santé des enfants, ont émaillé la crise. Ces constats pourraient servir de bases pour repenser cette santé des enfants au-delà de cette crise.

LA PÉDIATRIE, UN MONDE À PART DANS LA SANTÉ

De nombreuses pathologies lui sont propres et exclusives, avec des périodes épidémiques spécifiques (plus précoces et plus longues que chez les adultes) : l'enfant n'est pas un adulte en miniature.

La Pédiatrie est hétérogène avec des praticiens surspécialistes de plus en plus nombreux mais qui, le plus souvent, doivent rester polyvalents, internistes, urgentistes, intensivistes. Et doivent souvent savoir pratiquer la Néonatalogie, qui est presque une spécialité à part.

D'un centre hospitalier à l'autre, son organisation, son mode de fonctionnement montrent plus d'hétérogénéité que chez les adultes avec des plateaux techniques rarement dédiés et souvent peu adaptés.

La participation des praticiens d'adultes à son fonctionnement (chirurgiens, urgentistes, radiologues, ...) est variable et pallie partiellement le manque de spécialistes de l'enfant.

Certaines pathologies ne peuvent se traiter que dans des centres de grande taille, voire universitaires, plus fréquemment que pour les adultes.

Les patients sont pour la plupart atteints de pathologies infectieuses aiguës, quelques fois graves, alors que souvent sans pathologie préalable. Et les plus jeunes sont les plus fragiles.

Les épidémies déstabilisent les services de Pédiatrie dès l'automne. C'est d'ailleurs l'une des grandes revendications des Pédiatres : avoir les moyens de faire face à ces épidémies et assurer les meilleurs soins à tous les patients, revendication jusqu'ici non satisfaite. La plus « violente » est l'épidémie de bronchiolite (essentiellement à VRS) survenant chaque automne et début d'hiver avec son afflux de patients en médecine, USC, réanimation. Celle de 2019 fut certainement la plus difficile avec des transferts d'enfants dans d'autres régions, pour manque de place en réanimation essentiellement. La médiatisation fut proportionnellement très modérée et principalement par le fait des soignants concernés !

La grippe et les gastro-entérites (plusieurs pics dans l'année) déstabilisent également les services.

A chaque fois, les équipes sont mises à rude épreuve.

L'IMPACT DE LA COVID

On en était là quand la COVID est arrivée.

La crise sanitaire a été sans précédent.

La Pédiatrie, inquiète fin février comme le reste de la Santé, fourbissait ses armes, préoccupée des conséquences de cet ajout de patients aux épidémies habituelles, la période de l'épidémie annuelle de grippe arrivant à grands pas !

Les moyens délivrés par les cellules de crise (gérées essentiellement par les médecins et cadres, les directeurs semblant peu impliqués et les ARS « distantes ») à tous, et donc à la Pédiatrie aussi, furent inédits, inespérés, grâce à la bonne volonté et à la pertinence de l'ensemble des soignants malgré les défaillances institutionnelles.

Les Pédiatres, ambulatoires comme hospitaliers, ont communiqué entre eux comme jamais, traquant la dernière publication, réfléchissant aux meilleures solutions pour prendre en charge les enfants à l'hôpital comme en ville. Ils parvenaient à des consensus et parlaient d'une seule voix. Ils ont d'ailleurs permis de dédouaner les enfants, initia-

lement accusés, à tort, d'être des contamineurs asymptomatiques.

Et ce fut le Désert des Tartares.

Hormis quelques éruptions atypiques, diarrhées bien tolérées, et, finalement, quelques syndromes de Kawasaki un peu sévères mais non mortels, le nombre d'enfants atteints a été faible ; et surtout le nombre d'enfants consultants et hospitalisés a été très bas, tous motifs confondus. En particulier les pathologies infectieuses semblaient avoir quasiment disparu : grippe mais aussi infections respiratoires, gastro-entérites.

Après une phase d'augmentation des moyens (astreintes supplémentaires, augmentation du nombre de postes paramédicaux par récupération de puéricultrices de crèches, PMI...), il a vite été évident que nous vivions une période de sous-activité (les communications entre pédiatres ont permis de valider plus vite ce constat). Les études ont confirmé plus tard que c'était bien les mesures de protection vis-à-vis du Coronavirus qui ont été la cause de cette diminution des infections virales (voire bactériennes) en pédiatrie.

Les moyens délivrés par les cellules de crise à tous, et donc à la Pédiatrie aussi, furent inédits, inespérés, grâce à la bonne volonté et à la pertinence de l'ensemble des soignants malgré les défaillances institutionnelles.

Le monde pédiatrique s'est mis à aider le monde adulte ; en particulier, les services de réanimation pédiatrique, juste avant en grande difficulté, ont pris des patients adultes ou ont envoyé médecins et infirmières dans les services d'adulte ; les internes de médecine générale des services de pédiatrie, peu occupés, partaient aider les services d'adultes.

L'APRÈS PREMIÈRE VAGUE

Le déconfinement et la réouverture des écoles ont été l'occasion pour confirmer les dégâts prévus par les pédiatres, psychologiques comme somatiques, et provoqués en particulier par la déscolarisation.

L'activité pédiatrique n'a pas franchement remonté : on approchait de l'été mais ce fut un été encore plus calme qu'à l'accoutumée.

Septembre a commencé un peu fort pour la Pédiatrie et on s'attendait à une année habituelle, puis l'activité est un peu retombée.

Pendant ce temps, l'épidémie reprenait doucement mais sûrement chez les adultes, touchant un peu plus les jeunes.

Les pédiatres se sont inquiétés du risque de collision des épidémies de

VRS et de la COVID : les nombreuses chambres doubles des services de pédiatrie risquaient de ne plus être utilisables qu'en chambres simples, aggravant les difficultés d'accueil des enfants dans les services de pédiatrie. Cette inquiétude était légitime car il ne semblait pas évident que les épidémies automno-hivernales soient moins intenses qu'à l'accoutumée.

Et finalement, à ce jour, l'activité s'est ralentie ; un peu moins qu'au printemps (quelques rhinovirus avec des exacerbations d'asthme) mais l'épidémie de VRS n'émerge pas (et pas plus de gastro-entérites) ; les mesures d'hygiène de la COVID impacteraient aussi les bronchiolites comme pour les infections respiratoires et les gastro-entérites au premier confinement. Comme les enfants sont peu touchés alors qu'ils continuent à se côtoyer (masqués ou non), il y a fort à parier que le principal vecteur habituel de ces virus actuellement absents étaient les adultes.

La seule activité « pédiatrique » qui a augmenté par rapport aux années précédentes est celle des troubles psychologiques, essentiellement chez les adolescents, avec un taux d'hospitalisation plus important en particulier mais aussi des formes plus sévères, des réactions souvent plus violentes. Est-ce un effet du confinement, de l'incertitude du lendemain ?

L'activité a, pendant ce temps, fortement augmenté en médecine adulte. Beaucoup de soignants ont été infectés cette fois-ci (contamination nosocomiale ou communautaire). Dans certains grands services de pédiatrie, la baisse d'activité a conduit à fermer des lits voire des ailes entières. De nombreuses infirmières, puéricultrices, auxiliaires, dorénavant en sureffectif, ont dû partir en unités COVID avec beaucoup moins de volontariat et

plus d'obligation institutionnelle (organisation du plan blanc par les directions) qu'à la première vague ! Cela a été brutal, très difficile car très différent de leur exercice habituel avec un rapport à la Mort auquel les équipes des services de Pédiatrie sont peu familières (réanimation et oncologie excepté).

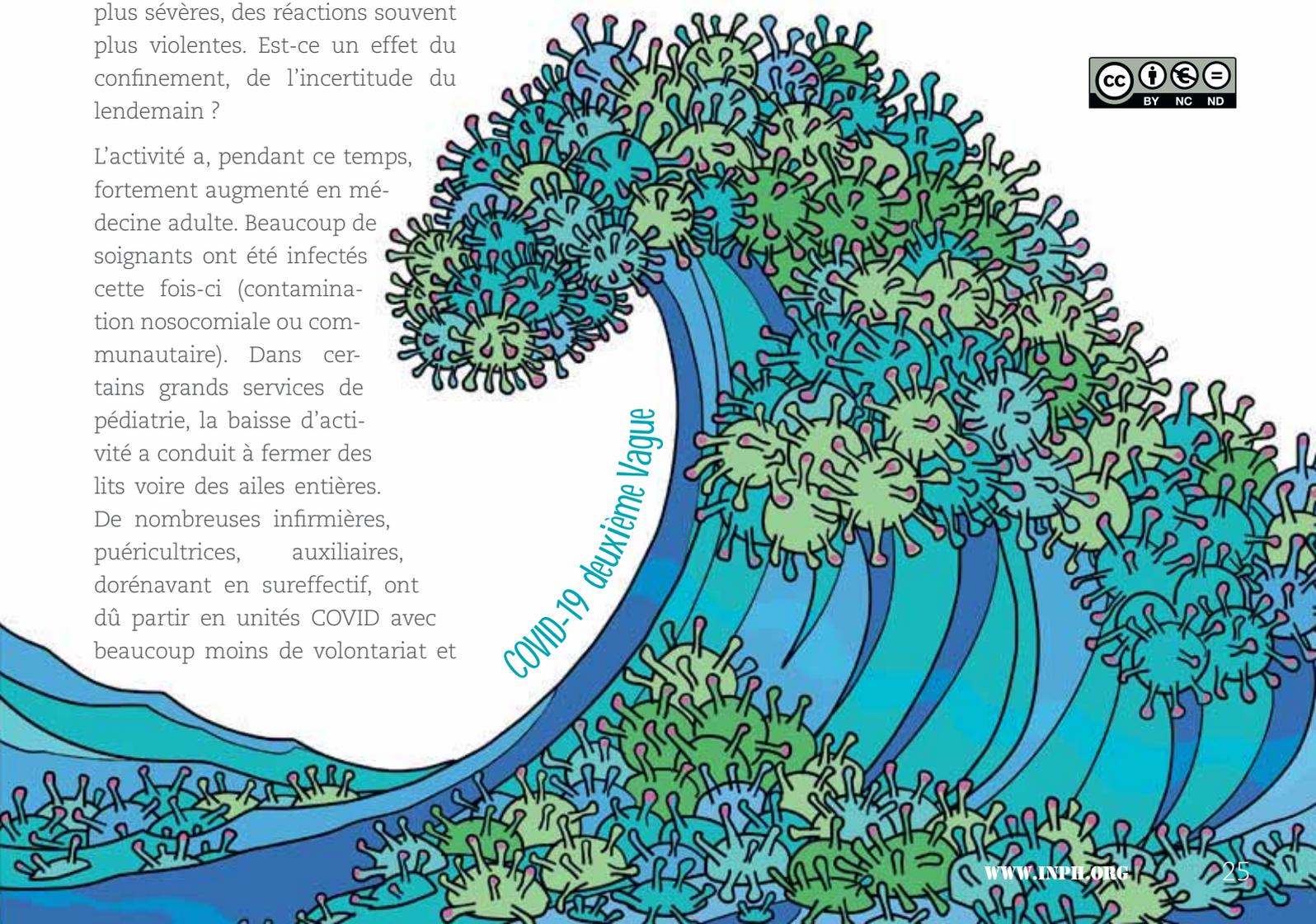
Sauvées du VRS, elles affrontent un virus plus terrible et aussi contagieux.

Quelques pédiatres ont aussi participé à l'activité des unités COVID mais de façon ponctuelle sur volontariat.

On ne sait pas, à ce jour, quel effet aura cette situation sur les équipes de Pédiatrie mais il y a à parier qu'elle laissera des traces. Le pouvoir de résilience des équipes pédiatriques pourrait, cette fois-ci, être mis en défaut.

Il est à espérer pour l'instant que le déconfinement n'entraînera pas un retour de ces épidémies pédiatriques car les équipes pourraient être en grande difficulté de devoir passer de COVID en VRS.

Il faudra certainement repenser notre société dans sa prévention des infections virales de l'enfant et de leurs conséquences : des précautions pourraient diminuer l'afflux d'enfants aux urgences et dans les services en période épidémique. Si on sait prendre des mesures pour protéger certaines catégories de population, n'est-il pas légitime aussi de protéger les enfants, en particulier les plus jeunes, les plus fragiles ? Mais à quel prix ? Jusqu'où les mesures devraient aller pour protéger nos enfants ? La population sera-t-elle capable de les accepter connaissant les enjeux ?



RUPTURES EN MÉDICAMENTS ET DISPOSITIFS MÉDICAUX PENDANT LA CRISE SANITAIRE



Mireille JOUANNET
Vice-présidente du SYNPREFH

Rupture ou tension d'approvisionnement, rupture de stock : quel que soit le nom qu'on lui donne, le phénomène n'est pas nouveau, mais s'accélère depuis quelques années : de 163 DCI concernées en 2012 (pour 209 présentations) on est passé à 399 en 2018 (pour 917 présentations). Un rapport au Sénat et un autre de l'Académie de pharmacie en 2018 ont commencé à analyser le phénomène, qui a pris de telles proportions en 2019 que le ministère de la Santé a souhaité mettre en place en septembre 2019 un comité de pilotage sur l'amélioration de la disponibilité des médicaments en France. 7 groupes de travail ont été constitués, regroupant tous les acteurs du circuit du médicament : industriels bien sûr, mais aussi grossistes répartiteurs, pharmaciens d'officine et hospitaliers, dépositaires, ordres des pharmaciens et des médecins, associations de patients, ANSM, INCA et services du ministère.

Le rapport commandé à Jacques Biot fin septembre 2019 et rendu en début d'année 2020, avant la crise sanitaire, a pointé les problèmes : toutes les classes pharmacologiques, toutes les formes pharmaceutiques sont concernées. Très souvent les ruptures sont annoncées sans durée, ce qui rend particulièrement compliquée leur gestion. Une des causes principales de ce phénomène réside dans le fait que les fournisseurs de matières premières se raréfient : on considère que 80 % des principes actifs utilisés en Europe sont produits ailleurs, en particulier en Asie et en Chine. Cela, ajouté au fait que les capacités de production sont limitées et que les stocks au niveau des laboratoires sont toujours en flux tendus, fragilise le système et le rend vulnérable : on se souvient en particulier des contaminations qui ont touché l'héparine en 2008 ou les sartans en 2018, ou la fermeture d'un site de production d'amoxicilline (sa matière première) en Chine en 2015 suite à une inspection européenne, qui ont stoppé pendant plusieurs mois les chaînes de production. Le prix du médicament en France et les procédures centralisées d'achat font le reste.

C'est dans ce contexte qu'est arrivée en février-mars dernier la crise sanitaire : en quelques jours, les hôpitaux de certaines régions ont été surchargés de patients de réanimation, qui nécessitaient des traitements plus lourds et plus longs que les patients habituels de ces services : les consommations en curares, hypnotiques, mais



aussi en masques, EPI, oxygène, filtres pour respirateurs ont explosé. Les solutions hydro-alcooliques étaient en rupture de stock sur l'ensemble du territoire. En EHPAD, certains patients non éligibles à la réanimation ont eu besoin de médicaments hypnotiques pour soulager leur fin de vie.

Les services du ministère de la santé et l'ANSM ont organisé dès le mois de mars des réunions téléphoniques regroupant les sociétés savantes médicales et pharmaceutiques (SFAR, SRLF, SPILF, SFETD, SFPC, Europharmat), les ingénieurs biomédicaux, les syndicats de pharmaciens hospita-

liers, le service de santé des armées, l'Ordre des pharmaciens.

La question posée était de savoir comment répondre à la demande médicale pour un nombre potentiellement très élevé de patients, nécessitant des posologies importantes pour des durées inconnues.

Plusieurs documents ont été élaborés courant avril, comme en particulier :

- L Conseils de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs pour la prise en charge des détresses respiratoires hors réanimation dans les situations de Covid 19.
- L Avis de la SF2H sur la réutilisation des surblouses.
- L Préconisations de la SFAR, la SFRLF, la SFETD et la SFPC pour l'utilisation parcimonieuse des molécules en tension durant la pandémie COVID-19.

Au printemps, au cœur de la première vague de l'épidémie à Sars-CoV2, le nombre de patients atteints a fortement augmenté. Les services de l'État ont donc réfléchi à un dispositif pouvant concerner jusqu'à 14 000 patients traités pendant 2 mois puis 7 000

patients traités pendant 3 mois. Depuis avril, un dispositif national de gestion des stocks de médicaments et dispositifs médicaux s'est mis en place : cet outil reposait sur plusieurs éléments :

- L Remontée hebdomadaire dans une plate-forme dédiée des stocks en molécules et dispositifs médicaux « sensibles ».
- L Recherche par l'ANSM de toutes les sources d'approvisionnement possibles à l'étranger.
- L Réflexion sur une possible logistique.

Le choix a été fait d'un achat national pour 5 molécules particulièrement en tension : 3 curares, le midazolam, le propofol ; l'État s'est donc substitué aux établissements pour les commandes, la répartition entre les établissements se faisant après avis des ARS selon les stocks disponibles chez les industriels, le nombre de patients de réanimation et les remontées hebdomadaires réalisées par les pharmaciens dans la plate-forme nationale. Ce dispositif s'est mis en place le 30 avril et a perduré jusqu'au 31 juillet. Depuis cette date, les pharmaciens hospitaliers ont repris la main sur les commandes.

QUE POUVONS NOUS RETENIR DE CETTE EXPÉRIENCE ?

La centralisation des achats pendant une période de crise inédite était peut-être une bonne chose, mais nous avons eu à gérer de nombreux problèmes générateurs pour certains de risque iatrogène :

- L Les livraisons étaient erratiques : de nombreux pharmaciens hospitaliers ont reçu des médicaments dont ils n'avaient pas besoin : ce fut le cas en particulier de pharmaciens de cliniques privées qui se sont vues dotées de

stocks alors qu'il n'y avait pas de patients atteints de COVID dans leur établissement, et que l'activité chirurgicale était limitée ; de plus nous pouvions recevoir pour la même molécule des dosages ou des concentrations différents de ce qui est utilisé habituellement dans l'établissement, ou des stocks provenant de fournisseurs différents ; sans parler



de l'absence de bordereaux de livraison, de livraisons dans un établissement à redistribuer sans information pour d'autres établissements de leur GHT.

- L Nous avons reçu, contrairement aux règles habituelles imposées par l'ANSM, des boîtes et des ampoules étiquetées en langue étrangère, dont le chinois ou le japonais, qu'il a fallu réétiqueter.
- L Parfois du saupoudrage : certains établissements ont reçu une ou deux boîtes seulement alors que leurs besoins étaient plus importants.
- L Une réactivité variable des ARS et une transparence sur les modalités de la répartition perfectible.

Pour les dispositifs médicaux, d'autres difficultés sont apparues :

- L Grande difficulté à faire remonter les besoins, en raison du nombre élevé de références pour le même dispositif (tailles par exemple).
- L Moindre connaissance des DM par les différents interlocuteurs.
- L Livraisons de DM sans notice d'utilisation, celles-ci pouvant être compliquées à trouver.

Ces difficultés n'ont pas disparu lors de la reprise des activités chirurgicales. La DGS a reconnu à un certain moment que 90 % des stocks disponibles sur le territoire national étaient présents dans les établissements de santé, ce qui n'était guère rassurant et qui aurait été vraiment problématique si la première vague avait été plus grave

et plus longue. L'objectif annoncé de 3 semaines de stock dans les PUI n'a certainement pas été atteint partout.

En parallèle de ce dispositif, les pharmaciens hospitaliers ont été mis à contribution pour d'autres ruptures liées à cette crise sanitaire : dès fin janvier nous avons subi en France une rupture importante en solutions et gels hydro-alcooliques, l'augmentation de consommation à l'arrivée de l'épidémie étant aggravée par le fait qu'un des fabricants historiques avait stoppé la fabrication de tous ses produits en novembre 2019 suite à une contamination microbiologique. Les pharmacies d'officine et hospitalières, ainsi que certaines facultés de pharmacie et de nombreux parfumeurs se sont donc lancées dans la fabrication de ces solutions pour répondre à une demande croissante. Dans certaines PUI, cela a pu atteindre plusieurs dizaines de milliers de litres, souvent grâce à l'apport indispensable des étudiants en pharmacie pour la gestion de cette activité supplémentaire.

En complément du dispositif national, l'ANSM et la DGOS ont mis en place un groupe de travail sur la faisabilité de la réalisation de préparations hospitalières de molécules en tension : 8 matières premières ont été achetées par l'État (curares, cefotaxime, propofol, remifentanyl, noradrénaline, kétamine, midazolam). Des monographies regroupant les modalités de production et de contrôle ont été réalisées et certaines PUI sont déjà

en capacité de produire. Le recours à des PUI plutôt qu'à des industriels du médicament ou des façonniers s'explique par deux raisons : les quantités relativement faibles de matières premières disponibles et la meilleure réactivité des PUI : pour que des industriels puissent répondre, il leur faudrait plusieurs semaines, sinon mois (aménagement de lignes de production, procédures d'AMM, etc.). Il s'agit d'un dispositif dérogatoire nécessitant une autorisation des ARS et un avis positif des Comedims des établissements concernés. En effet ces préparations ne pourront être réalisées que dans les PUI disposant des compétences ainsi que des équipements nécessaires pour la production et le contrôle.

La deuxième vague de l'épidémie a montré un profil un peu différent, en raison de modalités modifiées de prise en charge des patients : oxygénothérapie haut débit, utilisation des corticoïdes et anticoagulation précoce. De nouvelles difficultés sont apparues en particulier pour l'adéquation des réseaux de gaz lors de l'armement de nouvelles salles de réanimation, mais la gestion des dispositifs médicaux et des médicaments a été un peu plus fluide.



RÉPONSES DE L'HÔPITAL FACE À LA CRISE

COMMENT EN EST-ON ARRIVÉ LÀ ?

ENTRETIEN AVEC RENÉ DUGLOS, DIRECTEUR D'HÔPITAL RETRAITÉ ET JURISTE
Propos recueilli par Pierre Rumeau, SNPH/INPH

Pierre Rumeau : Originaire d'un village agricole du Couserans en Ariège, vous avez été après des études de droit vous ayant mené à la thèse, Directeur d'Hôpital ayant fait carrière au CHU de Toulouse comme directeur de site, puis directeur des affaires médicales et enfin juridiques, vous avez été très investi dans la résolution des conflits avec les usagers et la défense des patients. Qu'est-ce pour vous qu'un Directeur d'Hôpital ?

René Duclos : Comme vous l'avez indiqué, j'ai une formation de juriste en droit public. Mon jury de Thèse de Doctorat, qui portait sur « L'hospitalisation à domicile », était composé entre autres du Pr Vellas, professeur de droit international et fondateur de l'université du 3^{ème} âge, et du Pr Albarède dont le pavillon que vous occupez à l'hôpital Purpan porte aujourd'hui le nom. Je me suis orienté dans cette profession via le concours de Directeur des Hôpitaux sur les conseils de mon maître le Pr Vellas, et je n'ai jamais regretté ce choix !

Sur le plan strictement juridique, le Directeur est le représentant légal de l'établissement qu'il dirige : il n'est pas soumis au pouvoir hiérarchique du ministère et de l'ARS. La tutelle porte sur les actes de l'établissement qui est doté d'une autonomie juridique et financière ; préciser également que l'Hôpital est une personne morale de droit

public. La responsabilité de l'Hôpital peut être mise en cause devant les juridictions administratives (tribunal administratif, cour administrative d'appel et conseil d'Etat). **L'Hôpital n'est donc pas une entreprise**, le Directeur dirige et **ne manage pas** (concept emprunté à l'entreprise), le malade n'est pas un client mais un usager. Le Directeur est donc un décideur, un gestionnaire, il est ordonnateur de dépenses de son établissement. Parler aujourd'hui comme on a trop tendance à le faire, d'**Hôpital entreprise** est donc une hérésie conceptuelle et juridique ! Le Directeur, s'il est bien gestionnaire, doit être un fédérateur, un coordonnateur. Il doit être réceptif aux attentes de l'ensemble du personnel de son établissement : on peut le comparer à un chef d'orchestre

qui doit veiller à l'harmonie des soins (ce qui est loin d'être facile), il tient la baguette, dirige mais doit être respectueux du talent et des compétences de ses musiciens. Il doit savoir **avant tout écouter** !

L'éthique n'est pas qu'une affaire de comité ! Il s'agit pour un Directeur de la mettre en action au quotidien. Je donnerais trois exemples



de ce qu'est pour moi **l'éthique « en action »**. Le premier exemple est tiré d'un poème de Victor Hugo que récitait mon grand-père. Dans ce poème l'enfant (Victor Hugo lui-même) est sur un champ de bataille, en compagnie de son père le général, les français sont vainqueurs. Le sol est jonché de blessés et de mourants ennemis. L'un d'eux supplie qu'on lui donne à boire ce que s'apprête à faire l'enfant, lorsque le blessé se redresse et tire un coup de feu sur le père, le frôlant dangereusement, et, à ce moment-là, le père dit à l'enfant : « Donne lui tout de même

à boire ! ». Le deuxième exemple est tiré du grand livre de l'écrivain russe Vassili Grossman « Vie et Destin ». Après la défaite allemande de Stalingrad, une vieille femme russe, contemplant un cortège de prisonniers allemands, décide de donner du pain à un des prisonniers, envers et contre toute logique répressive et punitive. Le troisième exemple est tiré de l'histoire, il renvoie aussi à la deuxième guerre mondiale. Nous savons tous que les malades des Hôpitaux psychiatriques français ont payé le prix fort en termes de vies Humaines. Ils ont été victimes

de la faim et quelques fois d'expériences médicales. Et bien, il y a eu des Directeurs d'établissement ou des responsables (des religieuses principalement) qui ont choisi de s'affranchir des règles de la commande publique pour secourir leurs patients. Voilà ce que devrait être l'éthique : **un effort pour être quelqu'un de Bien**. L'actualité de la COVID est jalonnée par ce type de « gestes qui font des soignants, non pas des héros, mais des gens qui « agissent Bien », qui obéissent au devoir de leur conscience de soignants et d'êtres Humains... et ils ne sont pas les seuls, loin s'en faut !

P.R.- : Pouvez-vous nous donner votre lecture de l'organisation actuelle des relations entre Praticiens et Directeurs ? Vous avez fait partie d'un hôpital pilote dans la mise en place des pôles : comment analysez-vous ce fonctionnement ?

R.D.- : La relation entre Directeurs et médecins a toujours été excellente. On parle de guerre des pouvoirs, mais en réalité la cohabitation est permanente car les intérêts sont communs ! Je peux en témoigner en tant qu'ex-Directeur des affaires médicales dans un CHU. Il est important d'avoir un personnel médical de qualité et Directeur Général, Président de CME, Doyens forment une troïka qui doit marcher « main dans la main ». Il y a un intérêt permanent à ce que l'établissement fonctionne dans les meilleures conditions.

S'agissant des pôles, leur création est l'œuvre d'ingénieurs et non des directeurs : les pôles sont inspirés de l'entreprise. Sans aller jusqu'à dire qu'il s'agit d'une mauvaise chose, je pense que les pôles ont contribué à la balkanisation de nos Hôpitaux ; les pôles ont introduit un esprit de concurrence et contribué à amplifier la « Bureaucratization » de nos institutions. On a toujours

parlé à propos de l'Hôpital de « problèmes d'organisation » ce qui est juste. Mais les pôles ont ajouté de l'organisation à une organisation déjà très lourde dont on n'avait jamais su tirer le meilleur profit.

Je n'ai pas eu l'occasion de voir la loi Hôpital Patients Santé Territoires mise en application. Tout ce que je peux dire, c'est que son élaboration, sa « genèse » ont été fort peu démocratiques. Cela a été une fois de plus l'affaire d'experts, d'une oligarchie ; or les grecs se méfiaient déjà des experts ! Faut-il le rappeler : **l'expertise est par essence l'ennemie de la démocratie !** Dans nos institutions, comme dans l'administration en général, l'un des problèmes principaux est le « déficit démocratique ». Nous sommes prisonniers d'un système

« où personne n'écoute personne » disait déjà Michel Crozier. Tant que nous n'aurons pas réintroduit un esprit réellement démocratique à

l'échelle de nos institutions, les problèmes subsisteront. Nous devons sortir de « l'ère des chefs » et renouer avec **l'esprit démocratique**. Avec la tarification à l'activité, nos Hôpitaux sont devenus des

Nous devons sortir de « l'ère des chefs » et renouer avec l'esprit démocratique.

« usines à soins » soumises aux impératifs de la productivité, de la rentabilité. Comme dans les grandes entreprises, les « Hôpitaux » ont été **financiarisés**. L'état prévisionnel des dépenses et des recettes, dixit un Directeur est devenu **notre juge de paix !** Tout est dit, je crois, avec cette phrase. Le « tout financier » est en train de détruire l'Humain.

P.R.- : Comment est organisée la hiérarchie parmi les Directeurs d'Hôpitaux ? Comment définir le « droit de réserve » qui leur est si souvent opposé ?

R.D.- : Il est sûr que les pouvoirs des Directeurs Généraux ont été, à leur demande, considérablement renforcés sur tous les plans. L'Observatoire des Inégalités constate qu'environ 5 % des agents de la fonction publique touchent le double du salaire médian de la fonction publique, une grande partie de ces hauts salaires est constitué de Médecins et Directeurs d'Hôpitaux (pour ces derniers les primes représentent 30 % en moyenne avec des écarts d'environ 30 % entre différents directeurs). Nommés en conseil des ministres, les Directeurs Généraux se rapprochent de la caste « d'aristocratie stato-financière » dont parle Emmanuel Todd dans son dernier

ouvrage : leurs pouvoirs sur leurs collaborateurs ont été renforcés, et la gestion de leur carrière, comme celle des Hospitalo-Universitaires, relève des ministères alors que celle des Directeurs fonctionnels et des PH est assurée par un centre de gestion, deux poids, deux mesures en quelque sorte.

Le devoir de réserve est peu mis en avant par les Directeurs. Plus inquiétant, à mon avis, est « la consanguinité des esprits ». Les pressions sur les Directeurs se voient accentuées : l'organisation en pôle et la logique de la tarification à l'activité ont fait beaucoup de dégâts... Les médecins se plaignent à juste titre de ferme-

tures de lits (plus de 100.000 en 20 ans) qui ont concouru à la mise en tension du système sanitaire. Nous sommes en train de prendre la mesure de ce « désarmement sanitaire » général. Nous avons fermé des lits de suite, de secteur de psychiatrie, de réanimation, nous avons abandonné les actions non rentables tel le long séjour délégué au privé : on voit ce qu'il en est aujourd'hui. Ceux que Marc Losson appelait des « camps de vieillards » (Le Monde, 1979) ont connu une surmortalité effroyable. Tout cela nous le devons au « Lean Management » de zéro stock et zéro délai qui a pu aboutir à ce qu'Edgard Morin appelait « le Zéro pensée » !

P.R.- : Quel serait votre conclusion sur l'esprit et la manière dans lesquels un Hôpital doit être gouverné ?

R.D.- : Il faudrait apprendre à travailler ensemble, partager une même vision des choses, ce dont nous sommes encore très loin. L'on ne gouverne pas par décret les mentalités et il faut sortir de ce mythe de l'Hôpital-entreprise, car l'entreprise, du moins en France, n'a jamais été un modèle de démocratie interne, loin s'en faut ! « Mal nommer un objet c'est ajouter au malheur de ce monde,... » disait Albert Camus, et c'est ce que nous avons fait. Les grecs se mé-

fiaient de l'hubris. L'ère des chefs qui selon Yves Cohen a commencé au XIX^{ème} siècle a produit des effets dévastateurs. Donner trop de pouvoir aux Directeurs, en affaiblissant les pouvoir syndicaux, politiques, aura été une mauvaise chose. La « contre-démocratie » dit Pierre Rosanvallon est et demeure une nécessité : la destruction de l'état social, le démembrement du code du travail, ont affaibli la démocratie et amplifié l'hubris et la guerre des egos. Par ailleurs,

comme chacun le sait, « trop de loi tue la loi » et l'Hôpital a été étouffé par la tyrannie des normes, de la réglementation et des procédures : pour changer de paradigme, il faut donc privilégier l'esprit démocratique, l'inventer comme écrivait Cornelius Castoriadis. **Pour cela il faut non seulement donner toute sa place à l'éthique dans l'enseignement et la formation mais aussi aux Sciences Humaines et cela pour toute catégorie de personnel à l'Hôpital !**

(Extrait d'un siècle à l'autre, Régis Debray : « La puissance publique n'a plus aujourd'hui ni d'espace ni de temps pour l'ombre d'une pensée. »)

P.S. : en ce qui concerne la Fédération Hospitalière de France : elle joue son rôle, elle a vocation à défendre les intérêts des établissements publics, à faire entendre leur voix auprès des pouvoirs publics. Elle n'a cessé de dénoncer l'austérité budgétaire, l'insuffisance de moyens mais elle n'a guère été entendue... Ce n'est pas une instance politique mais technique. A regarder de plus près, il semble bien que la fameuse consanguinité des esprits dicte encore sa loi, ce qui veut dire qu'il faut voir la Fédération, pour certains au moins, comme le point d'aboutissement d'une carrière de gestionnaire, son couronnement en quelque sorte et oserais-je le dire ? Sa devise n'est guère « de l'audace et toujours de l'audace » : « la prudentia » reste donc sa doxa ; la fameuse « obligation de réserve » ?



GOUVERNANCE À L'HÔPITAL EN CONTEXTE DE CRISE

ENTREVUE AVEC UN DIRECTEUR GÉNÉRAL DE CENTRE HOSPITALIER

L'imprévu et la brutalité de l'impact de l'épidémie COVID sur les hôpitaux a entraîné dans l'urgence un mode de prise de décisions et d'actions plus direct, bousculant les procédures habituelles, jusqu'au plan d'urgence, avec la mise en place des cellules de crise. Pour tenter d'analyser l'impact de l'expérience de cette crise, sur la « Gouvernance » hospitalière, le MAG a donc invité un Directeur Général pris dans cette tourmente, pour en débattre.



Dr Philippe BANYOLS

Directeur des centres hospitaliers de Béziers et Pézenas
Docteur en psychologie
Coach à l'Ecole Nationale de la Magistrature Bordeaux
Chargé d'enseignement à l'université Paris Dauphine
Délégué régional SYNCASS CFDT Occitanie
Membre du conseil commun de la fonction publique



Dr Eric OZIOL

Vice-Président de la CME du centre hospitalier de Béziers
Référént COVID
Chef du service de médecine hospitalière
Secrétaire Général du SYNDIF
Représentant à l'INPH

Philippe BANYOLS (P.B.) : Je suis directeur de l'hôpital de Béziers et de celui de Pézenas depuis deux ans. J'ai occupé auparavant un certain nombre de postes de direction mais mon premier métier est celui de psychologue. Métier avec lequel je n'ai pas vraiment rompu puisque j'ai toujours poursuivi des activités universitaires. J'ai donc la particularité d'être **directeur et docteur en**

psychologie. Aujourd'hui je poursuis mes activités universitaires à Paris Dauphine où entre autres choses, j'interviens sur le thème de la gouvernance en situation de crise. C'est pourquoi je suis très heureux et flatté de cette sollicitation du MAG de l'INPH. Ce sujet m'intéresse énormément.

Eric OZIOL (E.O.) : Merci d'avoir bien voulu accepter pour le MAG ce débat sur la gouvernance à la lumière de la « crise COVID », mais quel est le pourquoi de cet intérêt particulier ?

P.B.- : Bien avant la COVID, au cours de ma carrière, le hasard a mis sur mon chemin beaucoup de situations de crise qu'il a bien fallu affronter. **Des situations souvent dramatiques font irruption dans le quotidien, bouleversent le fonctionnement et interpellent la gouvernance.** Une des dernières

en date fut le dramatique accident qui s'est produit en 2017 entre un bus scolaire et un train dans le département où je dirigeais l'établissement public de santé mentale. Non impliqués dans la gestion médicale de crise nous avons cependant dû déployer dans l'urgence tout un dispositif médico-psycho-

logique pour prendre en charge les victimes et leur entourage, dramatiquement éprouvés. Il m'est arrivé aussi d'effectuer des missions pour aider à la **résolution de situations de crises majeures** ou d'être consulté pour réparer des « pannes » de collectifs...

E.O.- : Allons-nous donc profiter de l'opinion d'un expert ?

P.B.- : Non. Plutôt comme un témoin. Je peux témoigner soit de ma pratique soit de situations vécues. Essayer de distinguer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. La position d'expert me gêne parce que la première chose que nous apprend une crise c'est l'humilité. D'abord parce que, par définition, on ne la voit pas arriver. Pour nous, managers, dont le métier est d'anticiper au maximum, l'irruption d'une crise nous rappelle à notre devoir d'humilité : **on ne peut pas tout prévoir !** Et le pre-

mier travail commence : accepter... Ce qui s'est vérifié avec l'épidémie en cours, particulièrement dure à accepter. Nous avons rarement eu à entendre autant de dénis qu'au début de cette crise. Je vous rappelle que Freud définissait le déni comme un mécanisme de défense qui consiste à refuser de reconnaître une réalité traumatisante. N'avons-nous pas tous connu ce moment où nous ne croyions pas à l'épidémie ? Le problème c'est que certains n'y croient toujours pas... Mais pour en revenir à la question

qui nous intéresse, je me sens légitime à témoigner de ce que nous avons vécu en matière de gouvernance. En aucun cas, je ne me permettrais de juger ou de dire : « Voilà, c'est comme ça qu'il faut faire » ou au contraire « voilà ce qu'il ne faut pas faire ». C'est pour ça que je parlais de **témoignage et non d'expertise**. Je peux parler de ce qu'on a fait en matière de gouvernance et donner des avis qui n'engagent que moi.

E.O.- : Justement, venons en à la question principale, à savoir : que peut-on dire de la gouvernance à l'hôpital en temps de crise ?

P.B.- : De fait, en situation de crise, on pourrait dire que tout change et que rien ne change. Tout change parce qu'il faut aller à l'essentiel, c'est-à-dire aller vite, donc **on assouplit l'administration, l'emprise normative s'atténue, les lignes hiérarchiques se raccourcissent. Il n'y a quasiment plus d'enjeux**

de régulation financière et peu de contrôle. Ce dernier point est très important d'ailleurs parce que la seule chose qui puisse remplacer le contrôle, c'est **la confiance**. Le régime des autorisations d'activités de réanimation est l'exemple le plus frappant. Il a fallu ouvrir des lits de réa supplémentaires un

peu partout en France. Ça ne s'est pas fait sans autorisations mais par simple échanges de courriers. L'ARS a fait confiance aux établissements qui ont fait confiance aux services. Et il me semble que ça a plutôt bien marché.

E.O.- : Mais pourquoi dire que rien ne change ?

P.B.- : Pour deux raisons. La première c'est parce que, dans le fond, ce qu'on a fait en matière de gouvernance, ce n'est que se concentrer sur l'essentiel. **Des décisions rapides et concertées, des échanges donnant lieu à des actions rapides et surtout**

du respect et de la considération pour les personnels hospitaliers. Ce n'est jamais que ce que j'essaie de faire tout le temps et pas seulement en situation de crise. Pour moi la COVID a été une sorte d'accélérateur. La deuxième raison qui

me fait dire ça c'est qu'on est revenu à ce que l'hôpital a toujours été. Du moins dans sa forme moderne. Il y a dix ans j'ai soutenu une thèse qui m'avait donné l'occasion de m'intéresser de près à l'histoire de la médecine et à celle de l'hô-

pital. De ce point de vue, il est extrêmement instructif de lire ou de relire le texte des conférences de Michel Foucault à Rio, texte qui date de 1973. Il y explique, en substance que pour des raisons essentiellement liées à la nécessité d'interrompre la propagation des

épidémies, l'hôpital se modifie au XVIII^{ème} siècle : il se restructure, y compris dans l'agencement de ses bâtiments en appliquant des principes inspirés de l'expérience militaire et abandonne de fait sa fonction « d'exclusion caritative » de tradition basiléenne et médiévale.

C'est parce qu'il faut trouver des solutions aux problématique épidémiques que l'espace hospitalier se transforme en devenant un lieu de soin et un lieu de production du savoir.

E.O. - : Ne serait-ce pas, en quelque sorte, un rappel à la position fondamentale de l'hôpital, qui prendrait tout son sens dans la logique du territoire ?

P.B.- : Oui et c'est un formidable retour vers le futur. L'hôpital est effectivement rappelé à sa fonction originelle mais avec les technologies et dans le contexte du XXI^{ème} siècle. **Une des difficultés aujourd'hui en matière de gouvernance est de définir clairement la limite entre ce qui relève de notre responsabilité et ce qui relève du politique.** En ce moment, schématiquement, on applique le principe suivant : **si l'hôpital sature, la vie de la cité s'arrête.** Quand je dis, « nous », je parle de l'ensemble de la communauté hospitalière. On nous a acclamé, nous avons reçu des dons, des messages d'affection, on nous a attribué des gratifications plus ou moins adaptées,

ce n'est pas le sujet, tout ça parce qu'on s'est rendu compte que, sans l'hôpital, la vie s'arrête.

Actuellement, l'hôpital joue un rôle central, disons même à l'excès, pour l'équilibre du territoire. La reconnaissance qui va avec est positive, certes, mais cette situation nous oblige à porter une responsabilité écrasante. C'est la principale difficulté que j'ai eu à gérer pendant la période COVID. Cette responsabilité particulière que nous sommes quelques-uns à avoir très durement ressentie était le symptôme d'un affolement général. On a interpellé des non-médecins sur des questions médicales (ce qui m'a d'ailleurs permis de découvrir

Une des difficultés aujourd'hui en matière de gouvernance est de définir clairement la limite entre ce qui relève de notre responsabilité et ce qui relève du politique.

la notion d'ultracrépidarianisme*). On a interrogé des directeurs sur la pertinence de décisions de nature politique. Des politiques se sont prononcés sur la pertinence de traitements médicaux, etc. Il a fallu s'adapter à tout ça.

E.O. - : Je confirme que plus que le virus, notre véritable « ennemi » a été la peur, avec son corollaire de désorganisation et d'entropie. Quelles adaptations ont donc été utiles à cette « gouvernance en temps de crise » ?**

P.B.- : Des dispositifs atténuateurs des stress... D'abord rappeler en permanence que notre rôle était de nous concentrer sur l'hôpital de Béziers et ses partenaires. Les informations terriblement anxiogènes qui nous parvenaient en permanence ne devaient pas nous paralyser. Donc, nous avons très

vite décidé de donner des informations sur la réalité de la situation de l'hôpital. Les rumeurs, les bruits et les échos devenaient assourdissants. D'autre part, j'ai toujours essayé d'alléger la tension en utilisant un champ lexical distancié. Je n'ai par exemple utilisé l'appellation « cellule de crise » que lorsque

le plan blanc a été déclenché et nous ne l'avons déclenché que très tard. J'ai pris soin d'éviter autant que possible toute la rhétorique de type médecine de guerre. Ensuite, évidemment, et, c'est sans doute le plus important, il a fallu trouver des modalités de concertation efficaces.

* **Ultracrépidarianisme** : comportement qui consiste à donner son avis sur des sujets à propos desquels on n'a pas de compétence crédible ou démontrée.

** « Plus contagieuse que la peste, la peur se communique en un clin d'œil. » Nikolai Gogol

E.O.- : Quelles ont été ces modalités de concertation ?

P.B.- : Nous avons mis en place une **instance collégiale de décision**, qui est, en fait, la cellule de crise du plan blanc revisitée en mode COVID. **Outre la présidente et le vice-président de CME**, en l'occurrence le Dr Oziol, qui est aussi le référent COVID de l'établissement, **siègent le directeur des soins, les responsables médicaux, soi-**

gnants et administratifs les plus concernés. Cette instance, dont je le souligne, la mixité dans tous les sens du terme est exemplaire, **s'est réunie à une fréquence variable.** Nous avons eu besoin de beaucoup échanger en mars parce qu'il fallait prendre un grand nombre de décisions alors que notre niveau de connaissance était très faible. Par

la suite cette instance s'est réunie une à deux fois par semaine. Je tiens à insister sur l'importance du rôle de la direction des soins dans la prise de décision, rôle essentiel, peut-être plus facilement perceptible au moment de la reprise épidémique lorsque les besoins en personnels soignants s'avéraient critiques.

E.O.- : Merci d'avoir précisé mes liens d'intérêt, voire d'engagement personnel dans ce témoignage... Quelles leçons à retenir en termes de « gouvernance hospitalière » ?

P.B.- : Clairement. Depuis des années, les questions de gouvernance se focalisent sur le couple directeur président de CME alors que, de fait, à la tête de l'hôpital il y a une trinité que la COVID a mis en lumière sinon révélée... C'est, par exemple, le directeur des soins qui donnait son feu vert aux décisions en matière de programmation ou

de déprogrammation du bloc en fonction des ressources et des compétences disponibles. Lesquelles décisions ne pouvaient non plus se prendre sans les anesthésistes, chirurgiens et pharmaciens. **D'où l'intérêt d'une instance collégiale de décision** qui s'appuyait aussi sur un comité scientifique, chargé d'émettre des préconisations.

À ce sujet, on trouve beaucoup de choses dans les textes de Foucault dont la relecture est extrêmement instructive. Encore une fois, j'insiste sur le fait qu'il ne s'agit que du témoignage d'une expérience de terrain. Et d'une expérience qui me paraît assez réussie.

E.O.- : Effectivement le comité scientifique local, qui en général relayait le niveau d'incertitude et de préconisations, de l'évolution des informations scientifiques et des recommandations de l'HAS ou du HCSP, voire du conseil de l'Ordre, permettait à l'instance décisionnaire, la « cellule de crise », de disposer d'informations pertinentes en temps réel.

En quoi l'expérience peut-elle être considérée comme une réussite ?

P.B.- : D'abord parce que nous avons réussi à ne pas être débordés, ni au printemps, ni à l'automne. Ensuite et surtout parce que nous avons géré avec une certaine sérénité malgré l'immense pression dont je parlais tout à l'heure, malgré le contexte, malgré la peur, malgré les difficultés d'approvisionnements, malgré la fatigue, malgré notre méconnaissance, etc. **Je pense que nous avons réussi ce qui constitue une expérience aboutie d'intelligence collective.** A titre personnel, je pense que la pire des choses pour un manager c'est de souffrir de solitude.

Ça n'a jamais été le cas. Et pour le futur, je ne suis sûr que d'une chose, c'est que pendant cette période, nous avons tissé des relations d'une solidité à toute épreuve.



E.O.- : *Finallement après en avoir discuté avec des collègues internistes très impliqués dans l'épidémie, notamment à Saint-Denis dans le 93 et surtout à Mulhouse, même si chez eux le « débordement » initial fût une réalité, la lecture de l'expérience est assez similaire, et elle reste finalement très positive, avec la satisfaction que l'hôpital dans son ensemble a enfin pu faire son métier. En définitive, comme l'a exprimé récemment une collègue commune au sujet de la préparation de l'action vaccinale, nous gérons depuis le début une situation où il faut « Prévoir sans Savoir ». Cette gestion de l'incertain et de l'incertitude n'est-elle pas essentielle dans notre métier hospitalier ? L'EPRD n'en est-il pas un exemple caricatural ?*

P.B.- : Autrement dit, prévoir sans savoir, n'est-ce pas ce qu'on fait tout le temps ? La COVID nous a obligé à faire une sorte de toilettage conceptuel et nous a donné une leçon d'humilité. On s'est rendu compte qu'une hypothèse n'était pas une prévision et qu'une prévision n'était pas une prédiction, ni une projection. Ceci étant,

qu'on fasse des prévisions en matière de recettes et de dépenses n'est ni illégitime, ni inutile, je suis même convaincu que l'EPRD peut être un outil très respectable, à la fois de communication et de pédagogie. Mais à condition de ne l'utiliser ni comme un rituel ésotérique, ni comme un remake itératif de Pierre et le loup.

La COVID nous a obligé à faire une sorte de toilettage conceptuel et nous a donné une leçon d'humilité.

E.O.- : *Que penser de la départementalisation (territorialisation ?) des ARS ?*

P.B.- : Ce qui a plutôt bien fonctionné dans l'Hérault, c'est la cellule de coordination territoriale hebdomadaire qui a été mise en œuvre à l'initiative de l'ARS au début de l'été. Tous les acteurs du secteur de la santé, quels que soient leurs statuts ont participé. Ces échanges réguliers sur la situation générale et sur les situations particulières ont favorisé l'entraide, même si, évidemment, ça n'a pas réglé tous les problèmes.

Ce qui est intéressant c'est que cette cellule est au croisement de plusieurs diversités. Celle des participants, médecins libéraux, établissements de santé, laboratoires, plate-forme gériatrique, par exemple. Celle du territoire aussi parce que l'Hérault est un département qui n'est pas uniforme avec une aire métropolitaine importante, des villes moyennes, une zone littorale et l'arrière-pays et dont la population varie dans

le temps puisque nous sommes dans une zone touristique. Lors de ces audioconférences, aux évolutions de l'épidémie présentées répondent les adaptations des organisations que nous avons élaborées au fur et à mesure sur le terrain. Il me semble que l'échelon départemental est adapté à cet exercice.

E.O.- : *Comment envisager la gouvernance territoriale : GHT, CPTS, établissements supports, privés, ARS territoriale, etc. ?*

P.B.- : De mon expérience en psychiatrie, j'ai appris la notion de responsabilité populationnelle. L'épidémie a mis l'accent sur cette notion. Pourquoi ? Parce que pour éviter d'être saturés, nous avons dû anticiper et que pour anticiper il a fallu établir ou consolider nos liens avec la ville en amont. Ensuite il a fallu s'assurer que les parcours des patients étaient fluides. Pour

ça, nous avons eu besoin de l'aide des cliniques, des autres établissements de notre GHT, de l'HAD et des établissements de soins de suite. Ce qui s'est mis en place, c'est une sorte de préfiguration de ce que pourraient être les GHT incluant les acteurs privés du territoire dont l'établissement support est le pivot et l'enjeu, la cohérence et donc la qualité du parcours des

patients. Ça nous a obligé à mettre en commun des équipements, des personnels, des systèmes d'échanges d'informations, etc. Et tout ceci au service des patients. Je trouve ça beaucoup plus intéressant que la mise en commun des politiques d'achats des GHT par exemple. Mais ça n'engage que moi.

E.O. - : Que penser de ce qui est proposé dans le texte de la loi RIST, de fusionner CME et CSIRMT (Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique), sachant que la conférence des présidents de CME et l'association des Directeurs de Soins s'est plutôt positionnée contre ?

P.B. - : D'abord, il me semble que je n'en vois pas l'intérêt. Si l'idée c'est de lutter contre la réunionnisme et la comitologie, ce n'est certainement pas à ces instances-là, qui ont fait leurs preuves, qu'il faut s'attaquer.

E.O. - : Quelle serait finalement la meilleure position de la « (re)médicalisation de la gouvernance » hospitalière ?

P.B. - : Dans les établissements que j'ai dirigés ou que je dirige, je n'ai pas le sentiment que ce sujet fasse débat, tout simplement parce que je considère que je ne peux pas diriger un hôpital sans la communauté médicale, non plus que je ne pourrais me passer de l'encadrement et de la direction des soins. Je le répète, **la question de savoir qui dirige est moins importante que de savoir comment on prend les décisions.** Un directeur est un organisateur de débat. Sur les sujets importants et sur ceux qui le sont moins. Pour prendre une décision, j'ai besoin qu'il y ait des discussions en amont. Des discussions, ça veut dire des contradictions et des désaccords, parfois des disputes. Si le désaccord persiste, alors il faut un arbitrage mais j'ai constaté que la plupart du temps, un consensus se dégageait. D'ailleurs, tous les

directoires que j'ai présidés, sans exception, ont pris des décisions à l'unanimité. Pas plus que je n'ai eu de désaccords encore moins de conflits avec les présidentes et les présidents de CME. Ce qui signifie peut-être que mon mode de gouvernance est suffisamment médicalisée. Encore une fois, je ne fais pas une réponse d'expert, mais de simple témoin.

E.O. - : Est-ce que le modèle des ESPIC, prôné par certains « germanofans libéraux » comme LA panacée économique, offrirait une médicalisation de la gouvernance plus pertinente ?

P.B. - : Peut-être ou peut-être pas... N'oublions pas que toute situation est aussi le produit d'une histoire. C'est toujours enrichissant de faire du benchmarking mais à condition d'abord de ne pas se contenter d'une vision superficielle et de ne pas passer à côté de l'essentiel. **Je me demande si la question fondamentale de la gouvernance ne serait pas plutôt celle de la taille de la structure à gouverner...**

N'y a-t-il pas un seuil au-delà duquel un établissement devient extrêmement difficile à diriger, et ce, quel que soit le statut du dirigeant ? Je laisse la question ouverte...

E.O. - : Tout un chacun ne pouvant avoir un doctorat de psychologie ou d'ergonomie du travail, quelles compétences devraient avoir les médecins investis de missions de gouvernance notamment à l'hôpital ?

P.B. - : C'est une question que je me pose beaucoup en ce moment. **Lorsqu'un chef de pôle ou un chef de service est nommé, que faut-il mettre à sa disposition pour qu'il puisse exercer ses responsabilités ?** A mon avis trois choses : d'abord du temps disponible, ce qui peut s'avérer compliqué lorsque les effectifs médicaux ne sont pas suffisants. Ensuite de l'apport de compétence et enfin de l'accompagnement. Il me semble que quelques notions financières, informatiques ou juridiques sont utiles mais surtout, et c'est essentiel, lorsque l'on accède à des responsabilités nouvelles, on a besoin d'être accompagné. Coaching ou mentoring ou compagnonnage, à la limite peu importe, mais il faut pouvoir, pendant quelques mois exposer ses questionnements et difficultés à quelqu'un de bien-

veillant et compétent. Quand on exerce des responsabilités, on vit parfois des choses éprouvantes, difficiles auxquelles on n'est pas préparé. Je fais moi-même de l'accompagnement, entre autres parfois pour des chefs de services récemment nommés. D'après les bénéficiaires, c'est extrêmement utile. Et pour moi, c'est très riche d'enseignement.

E.O. - : Pour finir un message de conclusion et d'espoir ?

P.B. - : J'aime mon métier et j'ai un profond respect et même de l'admiration pour ceux avec qui je l'exerce. Que demander de plus ?



TÉLÉMÉDECINE OPPORTUNITÉS ET MENACES



Pierre RUMEAU

Secrétaire général adjoint du SNPHCHU

DOUBLE VISION D'UN PRATICIEN HOSPITALIER LA PRATIQUANT EN CLINIQUE ET LA DÉPLOYANT EN RÉGION

RAPPEL HISTORIQUE

La télémédecine est bien plus ancienne que ne le laisse croire une vision superficielle. Dès le XVII^{ème} siècle, la littérature épistolaire classique atteste des consultations rendues possible pour une part de la société par la conjonction de la maîtrise de l'écriture, l'accessibilité du papier et des services postaux structurés. Les trois principes fondateurs sont alors présents : le libre choix du patient, un soin à distance dans le respect de l'obligation de moyens sous la responsabilité du praticien, la traçabilité de l'acte et de ses conclusions. Avec l'invention du télégraphe, c'est lors de la guerre de sécession que le praticien a pu bénéficier d'informations quasi instantanées permettant des ré-

ponses dans l'urgence ; initialement pour des aspects de gestion des flux plus que pour du soin individuel. C'est après la deuxième guerre mondiale que la télémédecine a pris une orientation de soin individuel avec notamment en France la prise en charge de la marine civile (Radio St Lys 1945 ayant abouti au Centre de Consultation de la Marine Marchande) mais aussi le développement du SAMU avec son action de régulation médicale ; cette nouvelle orientation a été rendue possible par les communications audio permise simplement par la radio et le téléphone. Dans les années 70-80 la télémédecine a commencé à prendre en charge le fossé social aussi bien que la distance physique avec notam-

ment le développement aux États-Unis d'Amérique du Nord de la médecine, et plus particulièrement de la psychiatrie pénitentiaire par télémédecine. Seul le développement de services de webconférence ont permis de s'affranchir des appareils lourds et coûteux qui limitaient en pratique la télémédecine à des échanges d'expertise inter-hospitalière à partir de salles dédiées. Alors que lors du H1N1 nous en étions encore à des expérimentations sans portée de santé publique, lors de l'épidémie COVID19, les évolutions techniques, l'état réglementaire et le long travail des précurseurs a permis la mise en place rapide de la télémédecine¹.

1. Le patient lobbying de certains gériatres a notamment permis que les EHPAD aient déjà été identifiées comme lieu de télémédecine et aient été en capacité de répondre quand le 1^{er} confinement les a isolés de la filière de soin classique.

DÉFINITION

L'OMS² donne une définition très large de la télémédecine incluant le soin comme l'enseignement, et toutes les activités médicales qu'elle soient le fait de personnels médicaux ou non. Si tous les pays s'entendent pour reconnaître dans le soin par télémédecine un acte avec tout ce que cela implique du point de vue déontologique et en termes de responsabilité, la France fait partie de ceux qui ont choisi de mettre en place une législation dédiée (Loi Kouchner 2003). Par la loi HPST et ses décrets d'application le législateur a choisi de donner une définition restrictive de la télémédecine et de limiter les actes susceptibles d'être pris en charge par l'Assurance Maladie dans ce cadre précis³. La législation doit être lue à trois niveaux : la loi (Art. L6316-1 du CSP) définit ce qu'il est légal de faire par télémédecine, parmi ces actes, les décrets (Art. R6316-1 et suivants du CSP) définissent comment la télémédecine doit être réalisée et les actes susceptibles d'être pris en charge par l'Assurance Maladie, les arrêtés faisant suite aux négociations conventionnelles de l'Assurance Maladie avec les syndicats de médecins libéraux définissent le montant de prise en charge et les critères d'éligibilité des patients.

La télémédecine concerne seulement les médecins, dentistes et sages-femmes. Il est prévu que d'autres personnels de santé ou psychologues puissent y participer avec le patient ou le professionnel

médical mais un financement n'est pas prévu. Par contre, existent des actes d'accompagnement qui permettent notamment à un infirmier libéral de voir sa participation à une téléconsultation valorisée ce qui a un double intérêt technique mais surtout de meilleure connaissance des contraintes locales.

Outre la régulation médicale que nous connaissons tous, nous voyons apparaître la téléconsultation avec la mise en place exploratoire par certains SAMU de moyens de visioconférence instantanée avec le patient. Nous intéressent en pratique : la téléconsultation, et la téléexpertise.

La téléconsultation est une consultation mais à distance : il faut donc pouvoir examiner réellement le patient ; elle n'est possible que par visioconférence. Par dérogation, dans le cadre de la législation d'exception, un acte réalisé par téléphone peut être facturé comme téléconsultation. Attention, par téléphone, le praticien perd les nombreuses informations apportées par l'inspection : il s'agit d'une mesure dégradée ! Si un praticien, en faisant une téléconsultation par téléphone, ne respecte pas l'obligation de moyens vis-à-vis du cas du patient (c'est-à-dire notamment ne s'est pas assuré qu'une consultation par visioconférence n'était pas possible), alors c'est sa responsabilité pénale personnelle qu'il engage. De même, il n'est pas plus acceptable

d'un chirurgien qu'il se dispense de donner un compte-rendu de sa téléconsultation pas plus qu'il n'envisagerait de ne pas faire de compte-rendu opératoire. De facto, la téléassistance médicale prévue dans le CSP n'existe pas : c'est une téléconsultation avec un acte réalisé auprès du patient distant (et payé comme tel).

La téléexpertise n'a rien à voir dans sa définition avec le niveau de qualification du médecin à qui l'avis est demandé : cela signifie juste que l'avis est demandé par un médecin et la réponse donnée par un médecin et que le patient est absent. Une attention particulière est donc à porter sur le consentement préalable du patient. Contrairement à un avis confraternel, ici, tout est nominatif et tracé, la responsabilité du requérant comme du requis sont engagées. La téléexpertise est payée de façon indigente, surtout quand elle est complexe réalisée par un praticien hospitalier. L'intérêt de la tracer est surtout pour le patient mais aussi du point de vue juridique (du genre : « c'est l'infectiologue qui m'a dit de... »).

A l'exception du diabète et de l'insuffisance cardiaque⁴, la télé-surveillance est souvent transparente pour le praticien car elle est intégrée à la prise en charge d'un dispositif médical (pacemaker, défibrillateur implanté, ventilation à domicile...).

2. WHO. A health telematics policy in support of WHO's Health-For-All strategy for global health development: report of the WHO group consultation on health telematics, 11-16 December, Geneva, 1997. Geneva, World Health Organization, 1998.

3. Nota : certains actes comme les RCP réglementaires pourront être réalisés par télémédecine mais resteront pris en charge dans le cadre des dispositifs originels et pas dans le cadre de la téléexpertise par exemple en l'occurrence.

4. Financement hors cadre conventionnel dans le cadre d'un protocole dit « article 51 ».

Les actes réalisés par les pharmaciens relèvent du télésoin (Art. L6316-1 du CSP) avec le même principe de cascade juridique pour la précision et la prise en charge. Ils reflètent l'activité de conseil d'un pharmacien d'officine (conseils pour les AVK et corticoïdes inhalés, bilans partagés de médication). Les participations au soin propres aux pharmaciens biolo-

gistes ou les spécificités de la pharmacie hospitalière dans la délivrance de certains médicaments ne sont pas prises en compte.

Cette approche restrictive de la définition de la télé médecine et encore plus du télésoin, avouons-le avec des arrières pensées comptables, aggravée par l'absence de participa-

tion aux négociations conventionnelles des praticiens hospitaliers qui ont porté le développement de la télé médecine, limite l'accès à des pratiques pleinement déontologiques et porteuses de progrès pour la filière de soins mais ne rentrant pas dans le cadre comptable. #T2A

MA VISION DE LA TÉLÉMÉDECINE

En tant que syndicaliste, mon critère pour accepter la télé médecine n'est ni le coût des ambulances, ni les passages aux urgences, ni même de faux espoirs sur les déserts médicaux : c'est améliorer le soin par un nouvel outil avec ses avantages propres au sein de l'arsenal de la filière de soin.

Plus que des discours, je vous propose quelques cas d'usage s'éloignant volontairement des considérations propres au Covid.

Téléconsultation en EHPAD dans le cadre des troubles du comportement de patients présentant des maladies d'Alzheimer évoluées. Nous avons débuté cette activité depuis 2013, avec au début des téléexpertises par téléphone avec l'équipe de l'EHPAD. Avant, le patient qui venait en consultation soit été « shooté » pour accepter de monter dans l'ambulance, soit été tellement heureux d'aller se promener qu'il ne montrait aucun signe comportemental : nous nous basions sur des « on-dit » voire sur un simple examen clinique non contributif. Souvent nous demandions à hospitaliser le patient, nous l'équilibrions en contexte hospitalier... Et de façon totalement

inappropriée pour son contexte de vie. La mise en place de la télé médecine nous a permis d'avoir les informations écologiques en accédant au personnel du quotidien du patient. Un projet de PHRC interrégional porté par le Pr Maria Soto a permis de déployer des moyens de visioconférence et de rajouter à la collaboration avec les soignants de terrain l'œil du clinicien spécialisé. Malgré les difficultés et sa modestie relative, ce projet a prouvé que non seulement la téléconsultation avec échanges avec les acteurs de l'EHPAD faisait aussi bien que la filière classique seule mais qu'elle faisait beaucoup mieux et en plus tissait des liens de confiance et de respect entre les hospitaliers et les soignants/praticiens d'EHPAD. C'est cette approche qui a permis à notre région de répondre instantanément avec des médecins coordonnateurs redevenant soignants de premier recours quand le premier confinement a exclu les patients d'EHPAD de l'accès à l'hôpital public.

M'occupant des escarres des patients âgés, j'ai longtemps réalisé des bilans de grabatisme et des soins en hospitalisation de jour, réalisé des installations avec nos

ergothérapeutes, fait des bilans diététiques, prescrit des protocoles de soin... Et lors de l'hospitalisation de jour suivante après un mois ou deux : rien (ou presque) n'était fait comme prévu et de fait, en plus, souvent l'hospitalisation de jour n'était pas justifiée. La mise en place de la téléconsultation d'abord avec les EHPAD m'a permis de mieux prendre en compte les contraintes de terrain, de ne plus faire revenir systématiquement les patients. Puis, à la faveur du cas d'un patient impossible à mobiliser, j'ai pu grâce à la collaboration avec le médecin, les infirmiers, le kinésithérapeute, en discutant avec la famille ; permettre à un patient d'être autorisé à marcher comme il le souhaitait et contre l'avis de sa famille, de moins souffrir de ses ulcères artériels et même de commencer à cicatriser rapidement avant de décéder d'une complication cardiaque aiguë. Grâce à la télé médecine, j'ai pu contribuer à permettre aux soignants de cet EHPAD de respecter les choix de ce patient pour sa fin de vie et d'en améliorer l'agrément (son sourire de patient « non-dément » lors des téléconsultations voulait tout dire !). Dans le cadre du Réseau Cicat-Occitanie, porté par le

Dr Luc Teot du CHU de Montpellier, j'ai par la suite pu accéder directement au patient à son domicile avec son infirmier libéral, à la demande de son médecin traitant. Si parfois, il faut le reconnaître, nous sommes victime de la pauvreté du réseau télécoms dans certaines zones, j'ai l'impression de réaliser le pansement avec un infirmier de mon hôpital de jour comme si j'étais en visite chez le patient. Et maintenant, tout patient est vu en premier chez lui avec toutes les informations de contexte et si des examens complémentaires, un geste sous analgésie balancée ou anesthésie locale est nécessaire alors le patient va venir en hospitalisation de jour de façon programmée et optimisée. Certes la conséquence en est que nos patients d'hôpital de jour sont de plus en plus lourds. De plus, s'il y a eu une erreur d'orientation ou que l'avis d'un autre spécialiste est souhaité (diabétologue, médecin vasculaire, dermatologue), le réseau, via la télé-médecine permet de faciliter cela. Le médecin est plus utile à voir des patient qu'à faire des kilomètres.

Comme tout praticien hospitalier, je participe aux contraintes de mon

pôle. Le mode classique est de devoir juger sur un appel téléphonique d'une IDE que l'on connaît ou pas, s'il faut se déplacer ou si une prescription à distance ou de bonne paroles sont suffisantes. Cette situation est particulièrement désagréable et va pousser à se déplacer systématiquement ou à l'opposé à ne plus se déplacer ce qui est encore moins satisfaisant. La première étape a été l'accès à distance au dossier patient informatisé que j'avais via un ordinateur portable payé par un projet de recherche et un accès sécurisé par VPN que j'avais réussi à obtenir de haute lutte. J'ai commencé par faire des compte rendus adressés par messagerie interne, puis j'ai pu mettre un mot dans le dossier à distance, enfin prescrire sur le logiciel hospitalier. Il ne serait pas compliqué d'aller un pas plus loin dans la sécurisation en permettant aux infirmiers de répondre à un appel visio pour voir ensemble le patient... Ce n'est pas le cas dans notre CHU mais j'ai eu l'occasion, avec le soutien de l'ARS dans le cadre de mes fonctions au GIP e-santé Occitanie, d'ouvrir cette possibi-

La télémédecine considérée comme élément complémentaire de la filière de soin est un gisement d'améliorations de la qualité et de l'humanité du soin dont certaines restent insoupçonnées.

lité à des confrères géronto-psychiatres d'une clinique privée partenaire du GHT.

Comme le montrent ces exemples pris de mon expérience personnelle, et je n'en doute pas de nombreux exemples dont vous avez connaissance, la télémédecine considérée comme élément complémentaire de la filière de soin est un gisement d'améliorations de la qualité et de l'humanité du soin dont certaines restent insoupçonnées.

LES DÉRIVES, LES MENACES, LES ENJEUX

Comme tout moyen la télémédecine ne vaut que par la légitimité de ses fins.

L Pour l'organisation territoriale du système de soin

Le principe de la gradation des soins veut qu'un patient soit pris en charge d'abord localement puis de plus en plus loin. L'objet est d'assurer un accès en tout point du territoire. La régulation médicale du SAMU et de

la médecine libérale est réalisée sur une base départementale. La télémédecine, si elle veut s'inscrire dans la filière de soin, ne peut s'affranchir de ce principe. Il ne peut empêcher le libre choix du patient consubstantiel du colloque singulier. Or nous constatons que la pression est forte des mutuelles (pendant que j'écris ces lignes je reçois un SMS de Malakoff H : « Consul-

tez un médecin 7j/7 et 24h/24 par visio sur le site internet :... »), de certaines sociétés privées fournissant des services de prise de rendez-vous qui, si vous n'avez pas de rendez-vous avec votre médecin traitant, vous propose des médecins alternatifs par télémédecine, voire de grands groupes comme Korian qui mettent à disposition des résidents d'EHPAD des mé-

L Pour les praticiens

La télémédecine en peut plus être un « à côté », « à financement constant ». Elle doit être prise en compte dans l'activité des praticiens avec des places dédiées et pas « entre la poire et le fromage ». Les praticiens doivent bénéficier d'assistants de télémédecine capable de gérer aussi bien les programmations que de petits problèmes techniques, accompagner des correspondants qui n'en seraient pas encore familiers, suivre l'activité et s'assurer que les compte rendus sont bien réalisés. C'est un travail en soi. Lors du premier confinement, la secrétaire médicale qui assurait cette fonction a travaillé jusqu'à 14h par jour (j'ai bien vu ses réponses instantanées à des courriels à 21h ou 7h du matin) sans même un merci du pôle !

Par ailleurs, alors que de moins en moins de praticiens ont un bureau individuel, que les moyens hospitaliers (y compris bande passante internet) sont souvent indigents, ne faut-il pas se méfier de ce que la meilleure qualité de l'équipement personnel ne pousse l'administration à ne pas faire d'efforts significatifs de mise à niveau ? Voire de donner des objectifs productivistes à des praticiens contraints de réaliser leur activité de télémédecine à domicile pour des raisons techniques ?

Certes, il est tentant de passer son temps en téléconsultation plutôt que dans les embouteillages mais alors nous toucherons du doigt la difficulté à mettre une limite entre la vie professionnelle et personnelle. Ce d'autant plus que notre tendance naturelle de praticien est

La télémédecine en peut plus être un « à côté », « à financement constant ». Elle doit être prise en compte dans l'activité des praticiens avec des places dédiées et pas « entre la poire et le fromage ».

de ne pas compter nos heures et de ne pas dire non à la demande d'un confrère ou d'un patient que nous connaissons ?

EN CONCLUSION

A l'instar de la pandémie et se conjuguant avec elle, la télémédecine révèle les dysfonctionnements du système hospitalier gangrené par la gestion comptable et le manque d'innovation médicale.

Il est impératif si nous souhaitons que la télémédecine s'inscrive avec fluidité dans la remise à niveau des Hôpitaux Publics que la loi soit amendée, que la vision des praticiens hospitaliers qui l'ont développée, et continuent à le faire, soit représentée lors des négociations conventionnelles entre les syndicats de praticiens libéraux et l'Assurance Maladie. Pour rester dans l'esprit de la création de l'Assurance Maladie, cette représentation doit être syndicale et désignée par les intersyndicales représentatives.

La télémédecine est un moyen inouï d'améliorer la qualité du soin au sein des filières existantes. Nous ne devons pas l'abandonner à des usages contraires à l'éthique dégradant le colloque singulier.

Ndla : Les groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé (GRADeS) sont des structures réglementaires régionales ayant vocation à assurer au profit des ARS la maîtrise d'ouvrage associée de l'espace numérique régional de santé. Ils sont regroupés dans un collège des GRADES qui participe à la gouvernance de l'Agence du Numérique en Santé.





SUIVI DU SÉGUR DE LA SANTÉ OÙ EN EST-ON DES ACCORDS DU PREMIER PILIER ?



Dr Patrick LÉGLISE
Vice-président du SYNPREFH
Délégué général de l'INPH

Six mois après leur signature, nous vous proposons de faire un point sur les 16 engagements des accords du Ségur concernant les personnels médicaux.

- 1. Fixer le montant de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) à 1010 € bruts mensuels** pour tous les praticiens éligibles :
C'est chose faite depuis le 1^{er} décembre 2020. En effet le gouvernement a décidé d'avancer cette mesure qui était prévue initialement au 1^{er} mars 2021. Et la hausse à 700€ pour les praticiens ayant moins de 15 d'ancienneté d'engagement exclusif dans le service public est intervenue, pour sa part, au 1^{er} septembre 2020. Rappelons que cette indemnité ne concerne pas uniquement les praticiens hospitaliers titulaires mais aussi les assistants spécialistes, les chefs de cliniques assistants, les assistants hospitalo-universitaires, les praticiens attachés temps plein en contrat triennal et à durée indéterminée et les hospitalo-universitaires titulaires.
- 2. Créer 3 nouveaux échelons en fin de carrière** à compter du 1^{er} janvier 2021, afin de compenser le raccourcissement des développements de carrière lié à la suppression des 3 premiers échelons. Le projet de décret relatif à cette mesure a été présenté au CSPM début décembre 2020. Ce rajout rallonge l'évolution de carrière des praticiens hospitaliers qui passe ainsi de 24 à 32 ans. Afin que le plus grand nombre d'entre nous puisse bénéficier plus rapidement et pleinement de cette mesure, l'INPH négocie actuellement une réduction des durées des échelons 9 et 10 de la nouvelle grille de 2 ans, ramenant sa durée d'évolution à 28 ans.

- 3. Réformer les conditions du recours à l'emploi contractuel à l'hôpital** pour mieux répondre à certains besoins de temps médical en complément du statut de praticien hospitalier qui restera le mode privilégié d'emploi à l'hôpital.
- Cette mesure de création d'un statut unique de praticien contractuel est en cours de concertation et les propositions du gouvernement sont encore très éloignées de ce que demande l'INPH, à savoir :
- L Indexer le revenu des praticiens contractuels sur une grille correspondant aux 6 premiers échelons de la grille indiciaire des praticiens hospitaliers titulaires en fonction de l'ancienneté acquises.
 - L Intégrer les statuts d'assistant spécialiste et de chef de clinique assistant à ce nouveau statut unique.
 - L Intégrer le statut d'exception de praticien clinicien au statut de praticien contractuel unique en le plafonnant au 10^{ème} échelon de la grille indiciaire des praticiens hospitaliers titulaires.
 - L Donner la possibilité d'évolution vers un contrat à durée indéterminée uniquement pour les contrats à quotité de travail inférieure à 50 %.
 - L Mettre en œuvre des mesures visant à inciter les établissements à intégrer dans le corps de praticiens hospitaliers titulaires l'ensemble des praticiens attachés actuellement en CDI ayant une quotité de travail minimum de 50 % et étant inscrits sur la liste d'aptitude issue du CNPH.
 - L Limiter à 10 % le recours à l'emploi médical contractuel à l'hôpital public.
- 4. Définir des objectifs au sein de chaque établissement** en lien étroit avec le projet médical s'inscrivant dans une démarche d'amélioration continue de la qualité pour le patient et de la pertinence des soins :
- Cette mesure n'a fait l'objet d'aucune discussion à ce jour en comité de suivi des accords du Ségur de la Santé.
- 5. Généraliser des entretiens de carrière** et créer des viviers de compétence.
- Mis à part la mise en place d'un entretien professionnel annuel pour les praticiens, cette mesure n'a fait l'objet d'aucune discussion à ce jour en comité de suivi des accords du Ségur de la Santé.
- 6. Reconnaître les activités non cliniques** par des valences :
- Les projets de textes vont bientôt être présentés en CSPM. L'INPH se félicite de la reconnaissance des valences non cliniques permettant la contribution à des travaux d'enseignement et de recherche, l'exercice de responsabilités institutionnelles ou managériales, ainsi que la participation à des projets collectifs et la structuration des relations avec la médecine de ville. Ces valences non cliniques sont accordées de droit dans la limite d'une demi-journée par semaine, au-delà l'avis du chef de service ou du chef de pôle est requis. L'INPH déplore que les projets de texte ne précisent aucune mesure concrète visant à compenser ces valences non cliniques au sein de l'équipe médicale.
- 7. Reconnaître les passerelles** entre spécialités :
- Cette mesure n'a fait l'objet d'aucune discussion à ce jour en comité de suivi des accords du Ségur de la Santé.
- 8. Mettre en place un plan national de formation :**
- Cette mesure n'a fait l'objet d'aucune discussion à ce jour en comité de suivi des accords du Ségur de la Santé.
- 9. Simplifier le développement professionnel continu :**
- Cette mesure n'a fait l'objet d'aucune discussion à ce jour en comité de suivi des accords du Ségur de la Santé.
- 10 Mettre en place des formations au management :**
- Cette mesure n'a fait l'objet d'aucune discussion à ce jour en comité de suivi des accords du Ségur de la Santé.
- 11. Faciliter des passerelles entre public et privé** par une refonte statutaire allant jusqu'à la reconnaissance du statut de praticien hospitalier à quotité réduite de temps afin de permettre les exercices mixtes :
- Cette mesure fait encore l'objet de concertation dans le cadre de la réforme du statut de praticien hospitalier titulaire. Dans ce cadre, L'INPH défend un statut de praticien hospitalier titulaire dont la quotité de travail pourrait varier entre 50 et 100 %.

12. Valoriser les remplacements des praticiens au sein d'un GHT :

Les projets de textes visant à valoriser l'exercice en réseau ou l'exercice territorial prévoient la création d'une prime de solidarité territoriale versée aux praticiens à temps plein qui exercent au-delà de leurs obligations de service une activité partagée entre plusieurs établissements au sein d'un GHT.

L'INPH reste dubitatif sur l'efficacité d'une telle mesure et inquiet sur les conséquences potentielles sur la santé des praticiens incités à travailler au-delà de leurs obligations de service.

13. Rendre impossible la rémunération des médecins intérimaires au-delà des conditions réglementaires.

Cette mesure n'a fait l'objet d'aucune discussion à ce jour en comité de suivi des accords du Ségur de la Santé. En revanche, nous avons vu apparaître un article dans le projet de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification concernant le recrutement des praticiens intérimaires. L'INPH souligne le caractère ubuesque de cet article de loi qui vise à demander aux établissements de respecter les règles d'encadrement des tarifs de l'intérim médical. L'INPH estime que seules des mesures d'attractivité de l'exercice médical en établissement public peuvent limiter le recours à l'intérim médical. Dans ce cadre L'INPH propose d'aller plus loin dans les mesures de revalorisation, d'amélioration des conditions de travail et de médicalisation de la gouvernance hospitalière.

14. Systématiser les réunions de service

Cette mesure n'a fait l'objet d'aucune discussion à ce jour en comité de suivi des accords du Ségur de la Santé.

15. Garantir le bon fonctionnement des commissions régionales paritaires :

Cette mesure n'a fait l'objet d'aucune discussion à ce jour en comité de suivi des accords du Ségur de la Santé.

16. Rendre obligatoire une visite médicale régulière pour les praticiens

Cette mesure n'a fait l'objet d'aucune discussion à ce jour en comité de suivi des accords du Ségur de la Santé.

En ce qui concerne spécifiquement les personnels enseignants et hospitaliers, un groupe de travail DGOS/MESRI intitulé « Attractivité des carrières HU » a été constitué. Y sont représentés doyens, PCME de CHU et organisations syndicales qui sont réunis 2 fois par mois depuis début novembre 2020.

Il y a 3 objectifs annoncés : Revalorisation des grilles indiciaires, revalorisation des retraites et mise en œuvre de mesures d'attractivités.

Comme vous pouvez le constater, depuis 6 mois seules les deux premières, certes emblématiques, sur les 16 mesures des accords du Ségur de la Santé sont réellement mises en œuvre. Près des deux tiers n'ont encore l'objet d'aucune discussion. Nous pouvons comprendre que les vagues successives de crises sanitaires ralentissent la concertation et la négociation avec les organisations syndicales mais l'INPH souhaite une accélération du processus non seulement en ce qui concerne les accords du Ségur de la Santé mais aussi en ce qui concerne les promesses de remédicalisation d'une gouvernance hospitalière bienveillante et d'amélioration des conditions de travail en général à l'hôpital public.



OUVERTURE DU GROUPE DE TRAVAIL

« ATTRACTIVITÉ

DES CARRIÈRES HU » »

LE 12 NOVEMBRE 2020



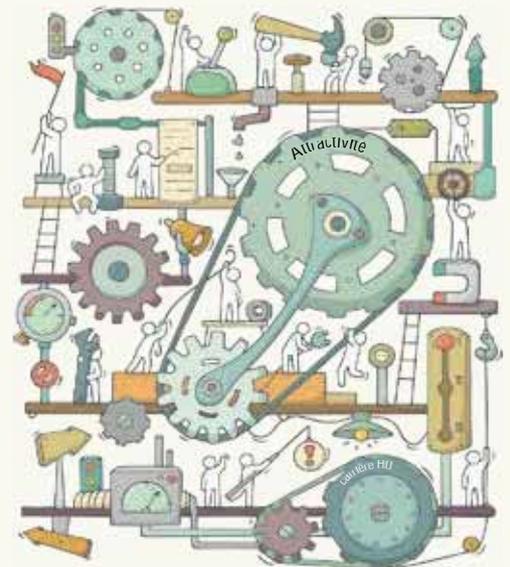
Bertrand DIQUET
Trésorier du SHU

La communauté hospitalo-universitaire dans son ensemble était très préoccupée de constater que le Ségur de la Santé semblait l'avoir oubliée. D'autant que parallèlement des initiatives de réflexion sur les statuts HU et leur attractivité se multipliaient dans pratiquement tous les CHU et les Facultés. Cette problématique de l'attractivité est en effet un souci majeur, partagé par tous, qui a animé ces dernières années de nombreuses réunions du Syndicat des Hospitalo-Universitaires (Le SHU) et des deux syndicats, maintenant réunis SNHU et SNPHU, dont il est issu. Les deux ministères des Solidarités et de la Santé d'une part, de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation d'autre part ont enfin honoré la promesse écrite de créer un groupe de travail consacré à l'« attractivité des carrières

HU ». Celui-ci s'est réuni pour la première fois le 12 novembre et rendez-vous est donné toutes les deux semaines pour une conclusion en mars. Les thèmes affichés à l'agenda sont successivement les salaires, la retraite et l'attractivité.

Dans ce cadre, Le SHU a donc comme objectifs :

- L De réaménager les grilles de rémunération hospitalières des MCU-PH et PU-PH en une seule, revalorisée. Les propositions du SHU sont connues et publiées. Les conclusions du groupe de travail devront être simples, lisibles et concerner la totalité de la carrière avec une attention particulière pour le début de carrière. La revalorisation globale doit être significative en termes de revenus nets.
- L D'obtenir une retraite sur l'ensemble de l'activité H et U. Il s'agit de corriger une iniquité dénoncée inlassablement et de longue date. C'est une retraite pleine et entière qu'il faut aux HU, et sa mise en place ne doit pas entraîner de perte de revenus nets hospitaliers, ce qui serait vécu comme sournois.



- L D'aboutir aux aménagements statutaires et réglementaires attendus par tous les HU pour améliorer l'attractivité des carrières comme, entre autres exemples, la possibilité d'un exercice à temps partiel pour une période donnée sans dissociation du H et du U, une plus grande fluidité du passage MCU-PH vers PU-PH, un véritable soutien à la mobilité en début de carrière, etc.

Le SHU apporte sa contribution attentive, ambitieuse et constructive à ce groupe de travail.



LA RÉFORME DU FINANCEMENT DE LA PSYCHIATRIE



PRÉSENTATION

La psychiatrie est financée à ce jour, selon deux modèles distincts ; d'un côté, celui de la psychiatrie publique et des établissements à but non lucratif qui reçoit une dotation annuelle de financement et de l'autre, celui de la psychiatrie privée à but lucratif qui bénéficie d'un financement à prix de journée. Le moins que l'on puisse dire, c'est que ce double mode de financement a toujours profité au secteur privé, notamment au niveau des hospitalisations.

Si une réforme du financement de la psychiatrie est attendue depuis fort longtemps par l'ensemble de la profession, l'orientation de celle

qui nous est proposée a de quoi inquiéter. Notons d'emblée, que la tutelle justifie ce projet par un besoin de réduction des inégalités de moyens entre les régions ainsi qu'une incitation à davantage de soins en ambulatoire. Pour se faire, elle décide de choisir une logique visant à instaurer un financement commun pour les établissements publics et privés.

L'entrée en vigueur de ce nouveau modèle était prévue pour début janvier 2021, après une année 2020 de préparation.

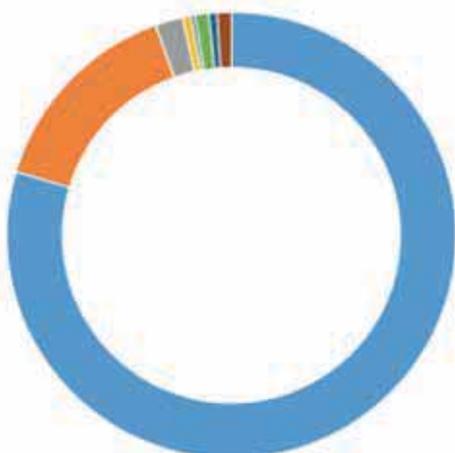
Comme nous allons le voir, sa mise en œuvre soulève également, de nombreuses interrogations.



Dr Hassan RAHIOUI
Vice-président du SPEP

Pour présenter ce qui s'annonce comme une usine à gaz, un effort de simplification du descriptif s'impose. Globalement, ce nouveau dispositif s'articulera autour de la création de huit compartiments de dotations, censés être complémentaires.

Modalités de financement



- Dotation populationnelle 79,7 %
- Dotation file active 15 %
- Dotation activités spécifiques 2 %
- Dotation structuration de la recherche 0,1 %
- Dotation qualité du codage 0,6 %
- Dotation qualité 0,6 %
- Dotation nouvelles activités 1 %
- Dotation accompagnement à la transformation 1 %

La dotation populationnelle (79.7 %)

La dotation populationnelle est allouée à la région suivant une modulation critériologique faisant intervenir :

1	Le nombre d'habitants avec une survalorisation de la population mineure.
2	Le taux de densité des médecins généralistes et des psychiatres.
3	Le taux de pauvreté des habitants.
4	Le taux de personnes vivant seules.
5	Le taux de places dans le secteur médico-social ou hospitalier à destination des patients souffrant de pathologies psychiatriques.

La résorption des écarts interrégionaux au niveau des moyens est censée reposer sur cette modalité qui sera le premier pilier du financement.

La dotation à l'activité (15 %)

Placée en seconde position, cette dotation sera déclinée suivant trois sous-compartiments que sont : le temps complet, le temps partiel et l'ambulatoire.

a) Dotation à l'activité du temps complet (59 %) et partiel (14 %)

C'est le principe de valorisation en fonction de la durée des prises en charge qui est retenu.

- | | | |
|---|---|--|
| └ Hospitalisation temps plein, Post-cure et centre de crise : Application d'un tarif journalier dégressif. La dégressivité, encadrée par le financement moyen journalier du médico-social, sera déclenchée à partir d'une certaine durée du séjour. | └ Alternatives en temps complet (séjour thérapeutique ; hospitalisation à domicile ; placement familial thérapeutique ; appartement thérapeutique) et prises en charge en temps partiel (Hospitalisation de jour ; Hospitalisation de nuit ; Atelier thérapeutique) : Application d'un tarif journalier fixe. | └ Les durées de soins sans consentement : Cela ne concernerait à priori, que les SPDRE qui bénéficieront d'une majoration à l'aide d'un forfait supplémentaire qui sera versé à l'établissement. |
|---|---|--|

b) Dotation à l'activité ambulatoire (27 %)

Application d'un tarif progressif selon le nombre de contacts avec le patient et l'intensité des soins. A partir d'un forfait de base, il y aura une prise en compte d'un certain nombre de paliers d'activité. Le tout assorti de deux types de forfaits supplémentaires, concernant les prises en charge intensives et celles effectuées hors les lieux de soins.

La dotation activités spécifiques (2 %)

Cette dotation sera allouée aux établissements qui réalisent une ou plusieurs activités figurant sur une liste définie par un arrêté ministériel. Ces activités spécifiques sont en lien avec des missions d'intérêt général ou régional et des dispositifs de santé publique.

La dotation transformation (1 %)

Cette dotation sera répartie entre régions pour mettre en œuvre les projets de transformation de l'offre de soins en psychiatrie.

La dotation nouvelles activités (1 %)

Cette dotation sera versée sur la base d'appels à projets nationaux ou régionaux pour un financement conformément aux orientations régionales et nationales.

La dotation qualité (0.6 %)

Il s'agit d'une allocation avec recueil des indicateurs qualité dans les établissements.

La dotation qualité du codage (0.6 %)

Dotation versée sur la base des résultats constatés des indicateurs qui portent sur l'exhaustivité, la conformité et la cohérence des données collectées et remontées par les établissements.

La dotation recherche (0.1 %)

Cette dotation aura pour vocation le financement des structures en charge de la méthodologie de la recherche au sein de la région.

Le comité régional

Un comité régional de concertation sur le financement ainsi que sur les offres de soins afférentes sera consulté, pour avis, par le directeur général de l'ARS. Il sera composé de :

- L Représentants des fédérations hospitalières représentatives des établissements désignés par celles-ci.
- L Représentants des associations d'usagers et de représentants des familles.

ANALYSE

Allons-y, balayons d'abord, les symboles et autres signifiants : Lors de la première annonce de cette réforme, pour remédier à la différence de moyens entre les régions, le terme de convergence a été employé. Le choix de ce vocable au lieu de celui de rattrapage trahit le positionnement de cette réforme où le nivellement s'opérera par le bas. Disons-le clairement, un système rééquilibré, n'est possible qu'à la condition d'avoir une volonté politique de nature à permettre une augmentation de la dotation globale de la psychiatrie publique.

De même, cette politique rampante, de convergence tarifaire pour le coup, entre public et privé, va s'amorcer en s'appuyant sur le regroupement des deux secteurs dans la même réforme. A défaut de tenir compte des spécificités de la psychiatrie publique, le risque est grand de voir apparaître une concurrence déloyale au niveau de l'ambulatoire.

Enfin, décider d'intégrer dans la même réforme la question de rattrapage et celle de l'améliora-

tion du financement est un acte empreint de confusion où nous percevons se profiler en filigrane, l'idée d'une priorité de la double convergence ; interrégionale et entre le privé et le public, saupoudrée d'une réforme davantage mécanistique que réelle.

Abstraction faite de ce préambule, si nous devons procéder à une analyse du contenu de ce projet, nous dirions que :

- L Une vigilance accrue doit être portée à l'introduction de la dotation à l'activité, car il ne faudrait pas que la T2A que nous avons combattue, entre dans la psychiatrie publique par la fenêtre.
- L Les activités spécifiques nécessitent une définition claire assortie de critères précis. Sinon, à ce niveau, le financement sera fléchi à la tête du client. Tout comme, il ne faudrait pas que cette dotation profite uniquement, à ceux qui ont pignon sur rue.

Aux dernières nouvelles, le pourcentage de ce compartiment devient une fourchette

Disons-le clairement, un système rééquilibré, n'est possible qu'à la condition d'avoir une volonté politique de nature à permettre une augmentation de la dotation globale de la psychiatrie publique.

située entre 2 et 5 %. Comme il fallait bien récupérer ces 3 % de quelque part, eh bien ! C'est la dotation populationnelle qui s'en trouve amputée de cette marge et bascule ainsi, de 79,7 à 75-80. Nous sommes opposés à cette correction flottante qui valorise de manière importante cette dotation, d'autant que c'est la dotation populationnelle qui fait les frais de ce déséquilibre.



- L Les soins sans consentement de type SPDRE ne devraient pas faire l'objet d'une quelconque dégressivité dans la mesure où il s'agit de soins particuliers dont les levées ne sont pas toujours faciles à obtenir.
- L En définitive, la valorisation de l'ambulatoire devrait être plus audacieuse, car grâce aux efforts des équipes médico-soignantes, le secteur ne situe plus au stade du virage ambulatoire, déjà amorcé, mais se retrouve plutôt, dans la ligne droite et ne demande qu'à être renforcé dans cette direction.
- L La recherche n'est pas prise en considération au niveau du secteur. Ce n'est pas uniquement, une nécessité de structuration méthodologique de la recherche dont il a besoin, mais bel et bien, d'effectifs formés pour conduire eux-mêmes, directement, cette activité et dont le temps serait décompté de celui réservé à la clinique. En effet, la recherche devient un outil indispensable pour faire progresser les pratiques sectorielles, ne serait-ce qu'à travers l'évaluation de tous ces nouveaux dispositifs qui

voient le jour, un peu partout en France et qui méritent d'être valorisés. Nous pourrions avoir le même raisonnement s'agissant des autres compartiments mineurs. Leur application ne manquera pas de générer une surcharge de travail supplémentaire qui se fera, encore une fois, au détriment de la clinique, car là aussi, aucun financement n'est fléché vers de nouveaux recrutements.

- L Un comité régional sans la présence des représentants syndicaux des médecins ne serait pas équilibré.
- L Que faire alors, pour les régions dont le nombre de postes de praticiens non pourvus, explose ? Celles-ci, resteront toujours déficitaires car comment peut-on, un seul instant, imaginer que leurs établissements puissent produire de l'activité.
- L Globalement, ce projet procède d'un anachronisme manifeste, dès lors que l'on considère que ce système n'aurait aucun sens, puisqu'il ne se fonde pas sur une réforme de l'organisation des soins qui est également, nécessaire.

Dans ce sens, un autre groupe vient de se mettre en place, au sujet de la réforme des autorisations, de manière parallèle et tardive. Nous sommes en mesure de nous interroger sur la logique qui préside à cette conception morcelée des soins en psychiatrie publique.

Ce qui est sûr, c'est que nous allons avoir affaire à une réforme basée sur une organisation désuète.

- L De manière à coller à l'actualité, il paraît aussi, légitime de se demander dans quelle mesure les dépenses relatives à la Covid 19 et à l'augmentation des demandes de prises en charge, qui va en découler, seraient prises en compte.

Cerise sur le gâteau, les sénateurs ont approuvé tout récemment, à l'initiative du gouvernement, le report au 1^{er} janvier 2022 de l'entrée en vigueur de cette réforme. La période transitoire prévue pour 2021 sera supprimée et nous aurons par conséquent, une mise en œuvre directe de ce nouveau modèle. Je vous laisse imaginer les conséquences !



RENOUVELLEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'IRCANTEC



L'IRCANTEC, la caisse de retraite complémentaire publique des personnels non titulaires de la fonction publique, a renouvelé cette année son conseil d'administration.

La composition de ce conseil d'administration est définie par l'article 1 de l'arrêté du 30 décembre 1970 relatif aux modalités de fonctionnement du régime de retraites complémentaire des assurances sociales institué par le décret du 23 décembre 1970. Ses administrateurs sont désignés

pour 4 ans et ont tous voix délibérative. Chaque siège d'administrateur titulaire est doublé d'un siège de suppléant.

Au sein du CA, 1 siège de titulaire et 1 siège suppléant, nommés par arrêté ministériel, sont issus des praticiens statutaires visés à l'ar-

ticle L. 6152-1 du code de la santé publique. Le siège de membre titulaire était occupé jusqu'à présent par Monsieur Jean Garric (et aucun membre suppléant n'avait été désigné au cours du mandat précédent).

Pour cette nouvelle mandature, ont été désignés :

M. le Docteur Jérôme Frenkiel, titulaire (INPH)

M. le Docteur Francis Vuillermet, suppléant (SNPHARE)

Pour mémoire, l'IRCANTEC (Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques) est une caisse française de retraite complémentaire créée en 1970 pour les agents contractuels de droit public. Elle s'applique également aux agents recrutés au moyen d'un contrat aidé par une personne morale de droit public, aux agents titulaires à temps non complet, aux membres du gouvernement, aux agents titulaires sans droit à pension, aux praticiens hospitaliers, aux élus. Conformément à l'article 51 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014, des contractuels de droit privé peuvent cependant

être affiliés à l'IRCANTEC dès lors que l'employeur est déjà adhérent du régime. Leur affiliation est maintenue, pendant une période transitoire jusqu'au 31 décembre 2016, tant que l'employeur ne connaît pas de modification de sa situation juridique, et après 2017 jusqu'à la rupture du contrat de travail de l'agent.

L'IRCANTEC est dirigée par un Conseil d'administration paritaire de 34 membres (seize représentants des employeurs, seize représentants des organisations syndicales et deux personnalités qualifiées). L'Institution est gérée par la direction des retraites et de

la solidarité de la Caisse des dépôts et consignations.

L'IRCANTEC est un régime par répartition, c'est-à-dire que les cotisations des salariés et celles de leurs employeurs sont utilisées directement pour payer les allocations des retraités, au titre d'une année donnée. L'IRCANTEC est un régime par points : les cotisations du salarié et celles de son employeur lui permettent d'acquérir des points qui sont enregistrés chaque année sur un compte individuel et serviront de base au calcul de sa retraite.

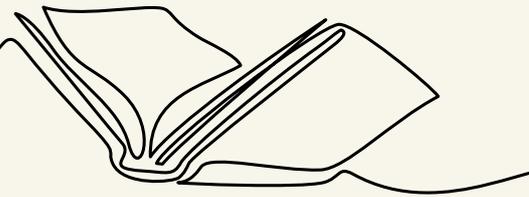


JE L'AI LU OU RELU ET VOUS AIMEREZ PEUT-ÊTRE LE LIRE OU LE RELIRE AUSSI



D^r Eric OZIOL
Librocubiculariste
(mais pas que là)
et cinéphile de la
nouvelle vague

On a lu pour vous



Cette année, comme nous avons eu le privilège de ne pas nous ennuier professionnellement, surtout pendant ces deux confinements, avec leur cortège de fermeture des temples de la consommation, des lieux de culte, des établissements de convivialité, mais surtout de culture, et qu'il était nécessaire de ne pas nous laisser engloutir par la « vague BFM TV », tout cela a finalement eu comme heureuse conséquence d'augmenter nos lectures, et pas que scientifiques, ou pseudo-scientifiques voire polémiques sur le SARS-CoV2. Je vous livre donc ici les commentaires, non pas seulement d'une, mais de trois lectures « contagieuses », ce qui rattrapera la suspension de cette rubrique dans le précédent MAG, tout accaparés que nous fûmes par le « Ségur de la Santé ».

En premier lieu, rendons hommage à **Albert Camus**, prix Nobel de littérature en 1957, dont la relecture du très classique **LA PESTE** a été plébiscitée en début de pandémie, tout d'abord en Italie, puis en France. Le roman décrit l'incrédulité face aux premiers cas de peste et même face à l'évidence de l'épidémie. Il décrit la quarantaine, la fermeture de la ville face à la propagation, le comportement des habitants, la séparation des familles, et même les extrapolations statistiques sur l'évolution de l'épidémie ou de son terme supposé. Tout cela fait bien sûr écho à ce que nous avons vécu, et qui fût largement amplifié par les médias. Mais n'oublions pas non plus à cette relecture, que le message d'Albert Camus avec *La Peste* était finalement une allégorie du mal, consubstantiel à l'homme, de l'horreur de la guerre mondiale, du totalitarisme et de toute forme de dictature politique.

Le deuxième ouvrage, **PESTE et CHOLERA de Patrick Deville** est un roman à la narration un peu déroutante car elle chamboule la chronologie. Néanmoins le fil conducteur

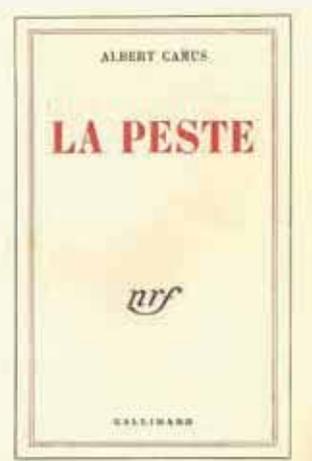
relate la biographie d'Alexandre Yersin, médecin né en Suisse en 1863 et mort en Indochine française en 1943. Il fût « pasteurien », co-découvreur de la toxine diphtérique avec Emile Roux et découvreur du bacille de la Peste lors de l'épidémie de Hong-Kong en 1895, pour laquelle il élaborera un vaccin. Cependant l'ouvrage est découpé en autant de chapitres que de thématiques ou de moments d'histoire habités d'illustres acteurs, notamment de l'exploration épidémique avec Louis Pasteur, Robert Koch, Shibasaburo Kitasato, Emile Roux (découvreur du vibron du Choléra), Albert et Gaston Calmette, mais également les pionniers de l'automobile Léon Serpolet et Armand Peugeot, en passant par les politiques Hubert Lyautey, Paul Doumer, Ho Chi Minh, et enfin les narrateurs de cette période d'explorations modernes avec Arthur Rimbaud, Pierre Loti, James Joyce ou Louis-Ferdinand Destouches. Le roman permet d'appréhender l'histoire en marche à la fin du XIX^e et la première moitié du XX^e siècle à travers le destin de ce médecin, bactériologiste et explorateur de l'Indochine grâce à son

emploi aux Messageries Maritimes. Mais il fût également éleveur, voire même botaniste avec l'implantation en Indochine de l'Hevea pour le caoutchouc et du Cinchona pour la quinine. Un destin qu'il a lui-même résumé par cette devise : « Ce n'est pas une vie que de ne pas bouger ».

Le troisième ouvrage, **PUTAIN de COVID**, est résolument d'actualité et moderne par son format bande-dessinée, même s'il s'agit en fait de petites-tranches de récit illustrées. Les auteurs sont deux médecins qui racontent « la vague COVID » dans une chronique quotidienne du 16 mars au 19 avril, égrenant en tête de chaque chapitre, jour après jour, le nombre de cas, de 6 633 à 152 894, et le nombre de morts, de 148 à 19 718. Le narrateur, qui signe « **L'interne de garde** », est interne de réanimation en région parisienne, fait des remplacements aux urgences d'un établissement de province à 300 km de là et s'est pris la « vague COVID » en première ligne. Très rapidement, conscient de vivre un moment historique, il s'est mis à écrire jour après jour un témoignage brut et sans filtre sur sa vie quotidienne, les malades, la solidarité, le travail à l'hôpital bien plus épuisant que d'habitude, le vécu du confinement, l'habillage « cosmonaute », la peur de la contamination, la fatigue, la colère contre l'impossibilité de faire avec un hôpital à saturation, etc. Tout cela est illustré par **Védécé**, médecin lui aussi, mais ailleurs, et surtout déjà connu comme étant l'auteur de la bande-dessinée « Vie de Carabin ». Il ne s'agit pas d'un ouvrage de grande littérature, mais d'un témoignage à chaud, certes partial car réalisé en temps réel, « la tête dans le guidon ». En tous cas j'y ai vu que la profession médicale intermédiaire à bac + 5 (encore +6 actuellement, mais la réforme

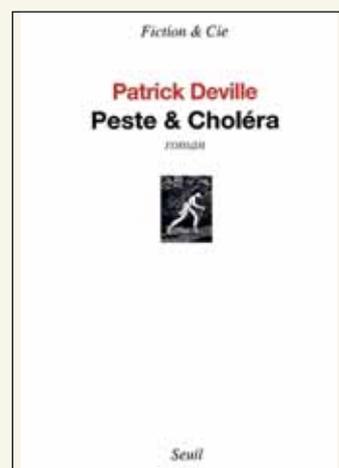
des études est en cours) rêvée par Mme Rist, utile pour les petits hôpitaux de province en difficulté, corvéable et à peine (grâce aux gardes et remplacements) mieux payée qu'infirmier du public, existait déjà bel et bien : il s'agit de la profession, intérimaire et à durée déterminée, d'interne en médecine !

Enfin j'ai cherché désespérément un roman ou un livre témoignage sur la grippe de Hong-Kong, pourtant la dernière grande pandémie du XX^e siècle, qui a fait plus d'un million de morts sur une terre alors peuplée de 3,7 milliard d'humains dont 5 % de plus de 65 ans (contre 7,6 milliard et 10 % respectivement en 2020), dont plus de 31 000 morts en France entre décembre 1969 et janvier 1970. Ceci est assez étonnant, mais en dehors du témoignage du professeur Pierre DELLAMONICA, infectiologue au CHU de Nice à la retraite, qui relatait en mars 2020 sur un média national, ses souvenirs dramatiques de l'épidémie alors qu'il était externe aux hôpitaux civils de Lyon, je n'ai rien trouvé. Cet événement planétaire semble s'être passé sans « souciance » particulière immédiate, ni souvenir traumatisant. Même pour les enfants de l'époque, dont le quinquagénaire ayant dépassé le gué de sa décennie que je suis, les souvenirs de cette grippe, pourtant partagés avec mes parents, n'ont jamais eu le moindre relent de traumatisme. L'apogée de l'optimisme insouciant, économiquement radieux des « 30 glorieuses » d'avant le « choc pétrolier », est peut-être la cause de cette insouciance. Mais les enfants masqués de 2020 garderont-ils la même empreinte aussi légère du COVID ?



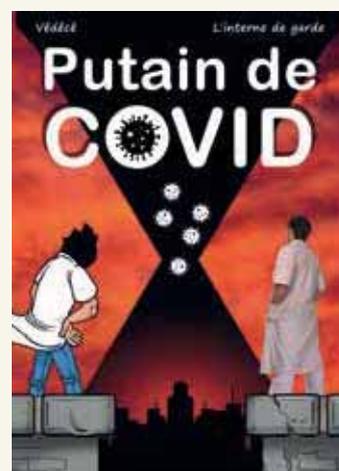
LA PESTE

Auteur : Albert Camus
Editions : Gallimard. Collection : Blanche
Date de parution : 10 juin 1947. Pages : 336
ISBN : 978-2-07-021203-3
Prix des critiques 1947



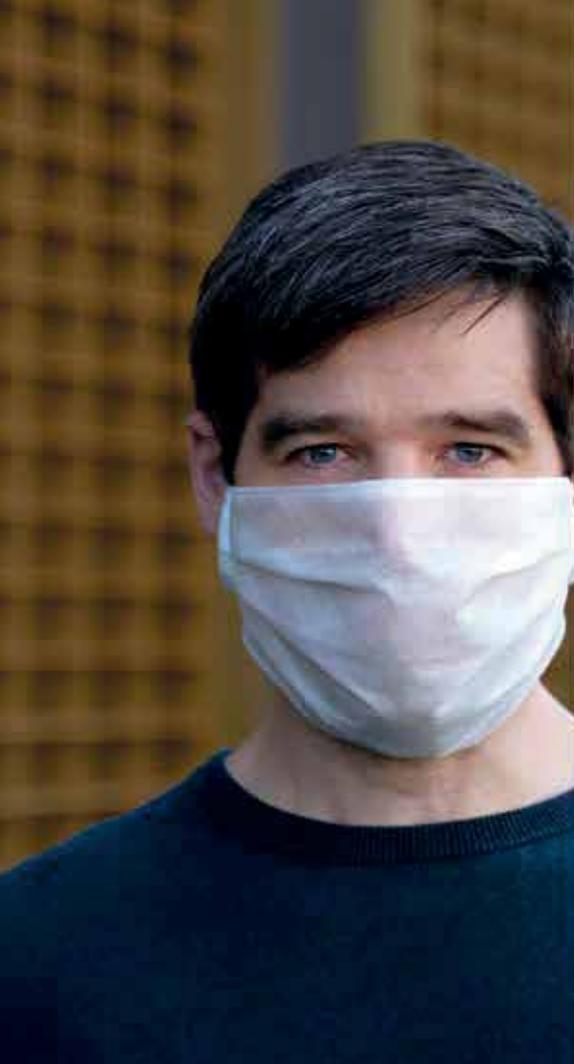
PESTE ET CHOLERA

Auteur : Patrick Deville
Editions : Seuil. Collection : Fiction & Cie
Date de parution : 23 août 2012. Pages : 219
ISBN : 978-2-02-107720-9
Prix du roman Fnac et prix Fémina 2012



PUTAIN DE COVID

Auteurs : Védécé et L'interne de garde
Editions : Hachette
Date de parution : 30 septembre 2020. Pages : 96
ISBN : 978-2-016-28410-0



APPA

40 ANS DE PROTECTION SOCIALE ET SOLIDAIRE AU SERVICE DES PRATICIENS HOSPITALIERS

UNE ASSOCIATION À BUT NON LUCRATIF POUR AMÉLIORER LA PROTECTION DES PRATICIENS

Innovation et solidarité : ce sont les deux piliers de l'APPA qui a été la première, dès 1980, à concevoir et mettre en oeuvre une solution de protection sociale dédiée aux praticiens hospitaliers. En cas d'arrêt de travail, vos statuts sont en effet peu protecteurs ; c'est la raison pour laquelle l'association a développé des outils concrets en plus de sa mission d'information et de prévention. L'APPA propose ainsi des contrats de protection sociale (prévoyance et complémentaire santé), basés sur une philosophie associative, mutualiste et solidaire. Les cotisations n'augmentent pas, par exemple, avec l'âge. Et une partie du budget de l'association est consacrée chaque année à un Fonds d'intervention solidaire qui permet de soutenir des adhérents dans des

situations financières délicates suite à un accident de la vie ou un handicap. En 2020, l'APPA a également mise en place un Fonds spécial Covid-19 pour aider celles et ceux qui ont rencontré des difficultés matérielles liées à l'épidémie.

EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL, MIEUX VAUT PRÉVENIR QUE PERDRE DES REVENUS

Malheureusement, personne n'est à l'abri d'un traumatisme physique qui vous empêche de pratiquer ou d'une contamination à la Covid-19 nécessitant un arrêt maladie. Or vos garanties statutaires sont limitées et très dégressives : pour les praticiens hospitaliers temps plein sans secteur privé, par exemple, **seuls les émoluments hospitaliers sont pris en charge pendant 3 mois et à seulement 50 % si l'arrêt de travail doit se prolonger au-delà.**

Avec la garantie prévoyance des contrats APPA, vous bénéficiez d'**une prise en charge complémentaire intégrale, calculée sur l'ensemble de vos revenus et sans limitation de durée jusqu'à la reprise d'activité ou, à défaut, l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite.**

Lucas, par exemple, est praticien hospitalier temps plein à Bordeaux. En septembre dernier, il a contracté le virus avec des complications et a dû être arrêté pour 4 mois. Ses revenus mensuels se composent de ses émoluments hospitaliers (4 607,41 euros), de gardes (une par semaine, en moyenne) et d'une Indemnité d'Engagement du Service Public Exclusif (IESPE) d'un montant de 1 010 euros. Sans prévoyance, il perdrait la moitié de ses émoluments hospitaliers et son IESPE le 4^{ème} mois ainsi que tous ses revenus correspondant à ses gardes, soit 7 313,70 euros.



UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DE QUALITÉ

Le modèle associatif et collectif de l'APPA a un autre avantage depuis son origine: il permet de négocier des contrats de groupe auprès de l'assureur, Generali, afin de garantir le meilleur rapport qualité-prix pour votre complémentaire santé individuelle ou familiale.

Quelques exemples :



350 € / PROTHÈSE DENTAIRE
dans la limite de 3 000 € / an / bénéficiaire

1 050 € / IMPLANT DENTAIRE
prothèse incluse dans la limite de 2 / an / bénéficiaire



660 € / TOUS LES 2 ANS pour les lunettes



300 € / AN pour les lentilles
prises en charge ou non par la Sécurité sociale

EN RÉSUMÉ, L'APPA C'EST :

40 ans d'expertise et de solutions innovantes
pour la protection sociale des praticiens hospitaliers

11 000 confrères adhérents, soit plus de 26 000 bénéficiaires avec leur famille

579 centres hospitaliers partenaires



Pour en savoir plus, rendez-vous sur notre plateforme dédiée : vous pouvez, en quelques clics, obtenir une simulation personnalisée, comparer les offres prévoyance & santé, et souscrire en ligne très facilement et de façon entièrement sécurisée.

Contactez-nous

 01 75 44 95 15

 VELAPPA.BESSE.FR

APPA


**1 COMMUNAUTÉ DE
11 000 PRATICIENS HOSPITALIERS,**
représentant tous les statuts, toutes les
spécialités et implantés sur tout le territoire


**1 ASSOCIATION
À BUT NON LUCRATIF,**
administrée par des médecins bénévoles



**DES PARTENAIRES
RECONNUS**



**1 ÉQUIPE
À TAILLE HUMAINE**

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

COTISATION ANNÉE 2021 ADHÉSION DIRECTE

Nom

Prénom

Fonction

Lieu d'exercice

Adresse postale personnelle

Code postal Ville

N° portable

Adresse électronique

Bis

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

Temps plein : 125 euros

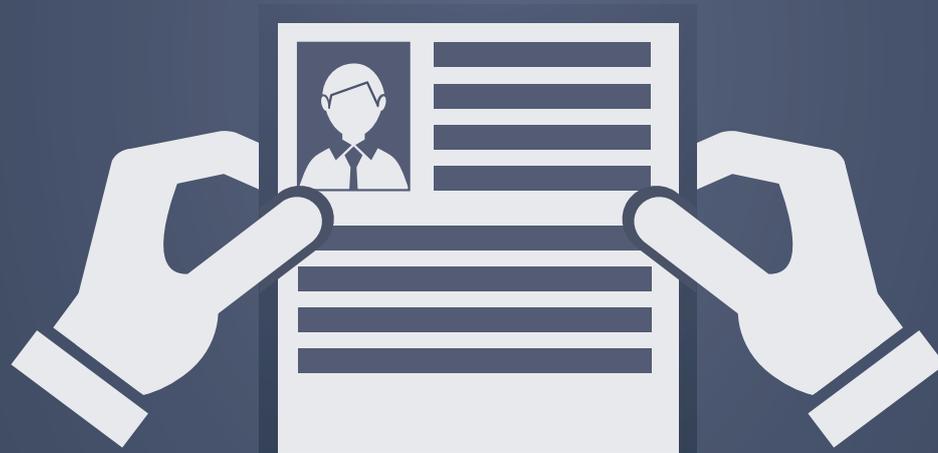
Temps partiel : 65 euros

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

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

Signature

Les Annonces de Recrutement

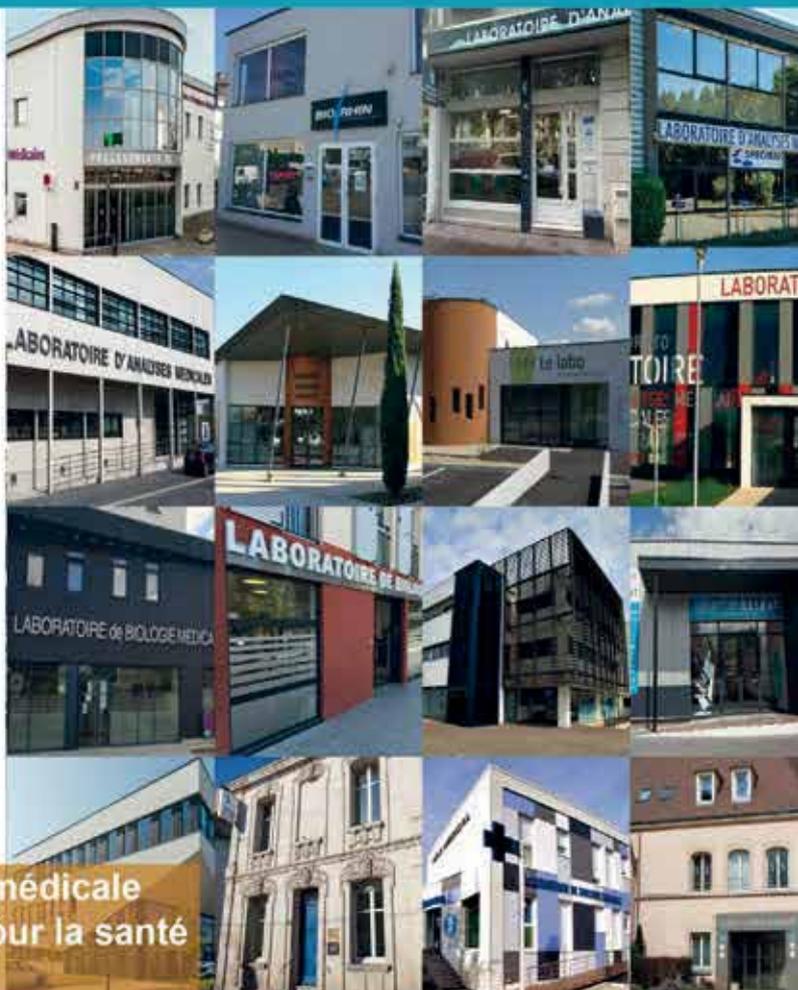




Un réseau qui recrute !



Réseau de proximité pour une biologie médicale indépendante, de qualité et d'innovation pour la santé et le bien vivre des patients



Créé en 2016, autour de 5 valeurs fondatrices : **Liberté**, **Humanité**, **Proximité**, **Performance** et **Innovation**, le groupe « Les Biologistes Indépendants » couvre aujourd'hui les 4/5 du territoire national.

Avec plus de 600 sites de laboratoires, le réseau LBI est le plus important ensemble organisé de laboratoires indépendants en France.

Vous partagez nos valeurs ? Vous avez la volonté d'un engagement au quotidien, au coeur des territoires, au plus près des patients, pour les écouter, les servir, et leur offrir toute la qualité que leur santé exige ?

Nos laboratoires des régions Est, Centre, Rhône-Alpes et Sud recrutent des Biologistes Médicaux.

N'hésitez plus, rejoignez le réseau !

Pour en savoir plus sur notre groupe et consulter les offres d'emploi : www.lesbiologistesindependants.fr ou contactez Sylvain Gabuthy au 06 59 48 19 06.





L'HÔPITAL DU VÉSINET

(Yvelines-78) Établissement
public de soins (282 lits)

RECRUTE

1 MÉDECIN GÉRIATRE (H/F)

EN UNITÉ DE SOINS DE LONGUE DURÉE (USLD)
À TEMPS PARTIEL

ADRESSER CANDIDATURE

(curriculum vitæ et lettre de motivation) à :

HÔPITAL LE VÉSINET

Mme COULON Sarah, *Directeur Adjoint*
72, avenue de la princesse - 78110 Le Vésinet
ou par mail : secretariat.srh@hopital-levesinet.fr
Site de l'hôpital : www.hopital-levesinet.fr

L'unité, d'une capacité de 30 lits, recherche pour son équipe de professionnels diplômés (cadre de santé, infirmières, aides-soignantes, masseur-kinésithérapeutes, ergothérapeute...) un médecin gériatre pour une prise en charge de patients dont l'état de santé ne permet pas le maintien à domicile et qui nécessitent une surveillance médicale et des traitements quotidiens.

RENSEIGNEMENTS

Mme le Dr MEHEUST, Responsable du service au 01 30 15 84 90 ou par email à anne.meheust@hopital-levesinet.fr

PROFILS

Docteur en médecine générale, inscrit à l'Ordre ou en possession d'une autorisation ministérielle d'exercice. Dynamique, ayant le sens du contact et le goût du travail en équipe.

Participation à la permanence de soins - Gardes sur place.

Poste vacant à pourvoir immédiatement à temps partiel soit 0,6 ETP.



L'Association « le Silence des Justes »

Recherche pour ces unités de vie qui accueillent des enfants et adolescents avec « Autisme »

UN PÉDOPSYCHIATRE H/F

INFIRMIERS H/F

CCN 66 CDI

Veillez adresser votre candidature par voie postale :

Association « le Silence des Justes » 18/26, Rue Goubet - 75019 Paris

Ou par mail : sb@lesilencedesjustes.fr - Tél. : 01 42 41 17 17 ou 06 09 80 90 10

LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU VAL D'OISE



RECRUTE DES

MÉDECINS H/F

La PMI, des missions variées dans le champ de la prévention :

En protection infantile

- Consultations médicales et conseils de puériculture en faveur des enfants de moins de 6 ans, bilan dans les écoles maternelles.
- Repérage des troubles du développement le plus tôt possible pour pouvoir proposer un accompagnement adapté.
- Participation aux missions de protection de l'enfance et prise en charge des mineurs en danger.

En planification familiale

- Consultation de contraception, dépistage des IST, actions d'éducation à la vie affective et sexuelle, IVG médicamenteuse.

En protection maternelle

- Consultations prénatales et postnatales, prévention de la prématurité, préparation à la naissance et à la parentalité.

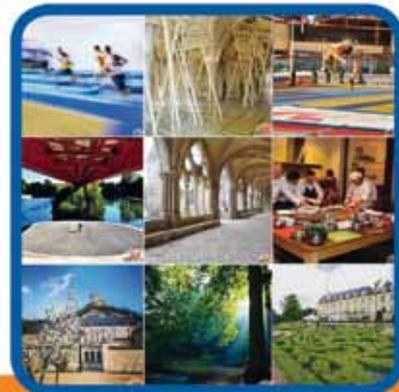
Vous êtes inscrit à l'Ordre des médecins et vous cherchez un exercice médical mixte qui associe l'activité clinique avec la possibilité de développer ou de participer à des actions en matière de santé publique et à des projets innovants ; à vous enrichir auprès d'une équipe pluridisciplinaire, le Département du Val d'Oise vous propose différentes modalités d'exercice : Vacances, temps partiel, temps complet (pas de garde, ni d'astreinte).

Profil

Ce poste est ouvert aux Médecins territoriaux. Être titulaire du Doctorat d'État en médecine, éventuellement complété de spécialités. Activité possible sur une ou plusieurs missions de la PMI.

REJOIGNEZ-NOUS !

- Exercice mixte.
- Plan de formation continue.
- Conciliation vie personnelle et vie professionnelle (horaires, congés)
- Financement de la cotisation à l'Ordre des médecins.



Pour toute information, merci de contacter Caroline SCHAFF
au : ☎ 01 34 25 33 71

✉ caroline.schaff@valdoise.fr

LE COSEM-COORDINATION DES ŒUVRES SOCIALES ET MÉDICALES

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

Dans le cadre d'un partenariat Hôpital/Ville, le COSEM a ouvert des Unités de soins non programmés au sein de plusieurs APHP, NECKER, POMPIDOU et LARIBOSIÈRE qui auront pour vocation de désengorger les services d'urgences après régulation par une JOA.

Prochainement, MARSEILLE, CAËN, AMIENS, NANTES, SAINT-ÉTIENNE, LYON, ORLÉANS, BORDEAUX, METZ, TROYES et SAINT-QUENTIN.

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



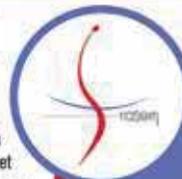
Favoriser l'accès aux soins pour tous, telle est la vocation du COSEM.

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

LE COSEM

LE POSTE

- Rémunération sous forme de rétrocession.
- Contrat à durée indéterminée (temps plein ou partiel) suivant disponibilités et planning des praticiens (2 à 10 Vacances par semaine, du Lundi au Samedi de 8h00 à 19h00 avec 1 heure de pause déjeuner).
- L'accès aux centres est de 6 jours sur 7, de 7h30 à 19h00, sans rendez-vous pour les généralistes et les laboratoires.
- **Avantages :** Assurance professionnelle, Retraite, Prévoyance, Mutuelle, Tickets restaurants 7/jour (selon législation en vigueur), Comité d'Entreprise (Chèques cadeaux, Voyages...).
- Des formations régulières et staff de travail pluridisciplinaires.



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

DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES

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

ET DENTISTES

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



CMPP DE SAINT-POL-SUR-TERNOISE

CDI à temps partiel (0.80 ETP dont 0.40 etp de médecin directeur).

Poste à pourvoir à partir de 9 novembre 2020.

L'Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public du Pas-de-Calais (18 établissements et services, 450 salariés, Convention Collective Nationale 51) recrute pour

le CMPP de Saint-Pol-sur-Ternoise :

UN MÉDECIN DIRECTEUR / PÉDOPSYCHIATRE



Le CMPP (Centre Médico-Psycho-Pédagogique) a pour mission l'accompagnement des enfants et adolescents de 0 à 20 ans présentant des troubles d'origine et d'expression diverses tels que : Troubles du développement psycho-affectif, difficultés relationnelles ou de l'adaptation, troubles du développement : psychomoteur, langagier et troubles des apprentissages, troubles du comportement, problématique structurale. L'accompagnement au sein du CMPP a pour but : D'assurer l'accueil, l'écoute et les soins auprès des enfants et de leur famille, sous forme de consultation ambulatoire. La mission du CMPP est de prendre en compte la souffrance de l'enfant en vue d'un travail thérapeutique, faciliter les relations avec son environnement familial, scolaire et social et ce dans un souci de prévention.

MISSIONS

- Assurer les consultations médicales spécialisées d'évaluation et de suivi des enfants et adolescents et prescrire les examens, bilans et soins nécessaires.
- Coordonner les Projets Personnalisés d'Accompagnement des enfants au sein de l'équipe pluridisciplinaire, en lien avec les familles.
- En binôme avec la directrice, animer et coordonner le travail institutionnel, participer à la cohésion de l'équipe du CMPP et garantir une dynamique de travail collectif.
- Participer au suivi de l'activité et à la rédaction du rapport d'activité annuel en lien avec la Directrice.
- Participer à la gestion des Ressources Humaines (recrutement, organisation fonctionnelle, formations...

PROFIL

- Médecin spécialisé en pédopsychiatrie ou en psychiatrie exigé
- Capacité à travailler en équipe pluridisciplinaire.
- Connaissance du public accueilli en CMPP.
- Sensibilité à la dimension de coordination de l'action médico-sociale et intérêt porté au croisement de regard en équipe pluridisciplinaire
- Implication dans la dynamique institutionnelle et qualité relationnel favorisant l'animation de projet et le travail d'équipe.
- Respect de la confidentialité, de la sécurité des usagers, des règles de bientraitance.

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE 51 - SALAIRE MENSUEL BRUT DE 4713,82 € HORS PRIME DÉCENTRALISÉE ET ANCIENNETÉ.

VOUS SOUHAITEZ NOUS REJOINDRE ?

Merci de nous adresser votre candidature à : m.lecocq@pep62.fr

LE CENTRE HOSPITALIER JEANNE DE NAVARRE

situé à 50 minutes de Paris et à 45 minutes de Reims recherche



JEANNE DE NAVARRE
CHATEAU-THIERRY

Postes recherchés

- DIABÉTOLOGUE
- DERMATOLOGUE
- PÉDIATRE
- CARDIOLOGUE
- BIOLOGISTE MÉDICAL
- URGENTISTES
- GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN
- ORTHOPÉDISTE
- GASTRO-ENTÉROLOGUE
- NÉPHROLOGUE

PLUSIEURS MÉDECINS

afin de renforcer ses équipes.

Le Centre Hospitalier comprend 5 pôles d'activité et 1 établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) : La Résidence Bellevue...

- Pôle Urgences Consultations.
- Pôle Médecine.
- Pôle Mère - Enfant - Femme.
- Pôle Chirurgie - Anesthésie - Réanimation.
- Pôle Médico-Technique.

Chaque pôle d'activité est placé sous la responsabilité d'un praticien hospitalier, le Chef de pôle, qui en coordonne les activités. Il est assisté dans ses fonctions d'un cadre de pôle.

Statut/style de contrat proposé : À définir selon profils de candidat.

Attaché associé - FFI -
PH temps plein - PH
temps plein - Praticien
contractuel.

CONDITIONS

Pour postuler à ces offres vous devez être titulaire d'un diplôme de médecine.



PERSONNE À CONTACTER

Mme Amoi THONG - affaires.medicales@ch-chateau-thierry.fr





POLYCLINIQUE BOYÉ
CROIX SAINT-MICHEL

Clinique humaine à taille humaine

LA CLINIQUE BOYÉ CROIX SAINT-MICHEL

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

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

RECRUTE

- CARDIOLOGUE
- PNEUMOLOGUE
- CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE

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

CONTACT

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



La clinique Croix Saint-Michel

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

Quelques chiffres :

La clinique accueille 12 000 patients par an.

- **Activité en anesthésie** : 8 500 actes de consultation et d'anesthésie par an.
- **Maternité de 700 accouchements**
- **Activité chirurgicale et endoscopique** programmée à 90 % dont une activité ambulatoire très développée en chirurgie et endoscopie.
- **10 spécialités représentées en chirurgie :**
 - Chirurgie orthopédique
 - Chirurgie urologique / Urologie médicale
 - Chirurgie digestive
 - Chirurgie bariatrique (chirurgie de l'obésité)
 - Chirurgie Veineuse
 - Chirurgie gynécologique
 - Chirurgie ORL
 - Stomatologie
 - Chirurgie maxillo-faciale
 - Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
- **10 spécialités représentées en médecine :**
 - Gastro-entérologie
 - Pneumologie
 - Cardiologie
 - Diabétologie
 - Angiologie
 - Rhumatologie
 - Dermatologie
 - Médecine interne
 - Médecine polyvalente
 - Gériatrie

Rejoignez

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

OCCITANIE-LOZÈRE

Recherche

UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE

en Zone Rurale classée Déficitaire
BASSIN de VIE de GRANDRIEU
Région NORD-EST LOZÈRE



D'une zone de patientèle de 3 000 habitants répartis sur les communes autour de Grandrieu.

D'UNE ZONE ACCUEILLANT

- Un foyer d'accueil Médicalisé pour autiste (24 lits) à Grandrieu.
- Un ESAT Foyer de vie (120 résidents) à St Bonnel Laval
- Un EHPAD (34 lits) à Grandrieu.
- Un centre d'accueil pour demandeurs d'asile (55 places) sur Chambon le château.

IMPLANTATION DU CABINET

Sur la maison médicale de Grandrieu qui comprend :

- 1 cabinet généraliste et 1 cabinet secondaire à Chambon-le-Château.
- 1 cabinet avec 2 kinés.
- 1 cabinet kiné ostéopathe.
- 1 cabinet dentaire.
- 1 cabinet infirmiers (6 infirmiers libéraux).
- 1 jour/mois permanence gynécologue.
- 2 pharmacies 1 à Grandrieu, 1 à Chambon-le Château.

Tous commerces de proximité sur le bourg.
École primaire sur le village, Centre de loisirs et M.A.M Collèges voisins par ramassage sur Langogne et Saugues (20 minutes).

Villes voisines : MENDE, LE PUY-EN-VELAY (45 minutes)

ORGANISATION DU SERVICE

Gardes : Maison de santé pluridisciplinaire de Langogne (garde 1 weekend sur 7).

Hôpitaux Le Puy-en-Velay et Mende.

Hôpital local de Langogne.

Contrat Local de santé avec Langogne.



CONDITIONS

Classement en zone de revitalisation rurale classée déficitaire avec avantages fiscaux :

Exonération d'impôt sur le revenu : 5 ans en totalité, 3 ans dégressifs.

Classement en Zone d'intérêt prioritaire d'où Aide de démarrage de 50 000 euros.

Contribution foncière des entreprises : Exonération pendant 5 ans.

LOISIRS

Sports de pleine nature, pêche, VTT, ski de fond, voile dans un proche périmètre, randonnées à cheval, parc à bisons.

ASSOCIATIONS

Football, Pétanque, Judo, Yoga, Danses Folkloriques, Zumba, chasse, pêche, création artistiques. Plan d'eau ouvert du 14 juillet au 20 août avec baignade surveillée.

Contact :

Monsieur Le Maire Monsieur Galtier – mairie.grandrieu@wanadoo.fr



Proposition de poste de PRATICIEN HOSPITALIER AMP / OBSTÉTRIQUE CH MÉTROPOLE SAVOIE (Chambéry)

Présentation de la structure

CH Maternité niveau 3, référent du réseau périnatal des 2 Savoie et du GHT, env. 3250 accouchements/an.
Gardes : 1 praticien + 1 interne de spécialité sur place et une astreinte de sécurité. Activité chirurgicale variée (dont chirurgie de la fertilité, oncologie et robotique).

Activité d'AMP (dont collaboration avec CHU de Grenoble pour les FIV).

Équipe de 12 PH + 4 assistants de GO + 1 assistant de gynéco médicale.

Profil de candidat recherché

Candidat(e) détenteur (trice) d'un DES de gynécologie Obstétrique + DESC de Médecine de la reproduction et/ou ayant une expérience en centre d'AMP.

DU d'échographie GO nécessaire.

Profil du poste idéalement 75 % AMP / 25 % obstétrique

Activité d'AMP (consultations de couple, mise en route des stimulations simples-IIU (sup. à 100 par an)-FIV (environ 200 par an), échographies de surveillance de stim, participation aux staffs en visioconférence avec le CHU de Grenoble pour l'activité FIV).

Activité d'Obstétrique

Participation à l'activité d'obstétrique (consultation, +/- échographies) et aux gardes.
2 à 3 gardes par mois

Possibilité d'activité chirurgicale dans le cadre des patientes prises en charge pour infertilité.

Pour d'éventuelles candidatures ou renseignements complémentaires, veuillez contacter la chef de service caroline.deyrolle@ch-metropole-savoie.fr





GROUPEMENT HOSPITALIER PORTES DE PROVENCE

Site de Montélimar (DRÔME PROVENÇALE) - (Situé à 1h30 de Lyon, de Montpellier et de Marseille)

RECHERCHE

DES MÉDECINS ANESTHÉSISTES RÉANIMATEURS à Temps Plein

Postes en réanimation pour venir renforcer l'équipe ; poste en anesthésie avec possibilité si souhait du médecin de réaliser un temps en réanimation (12 lits réa et 6 lits SC).

Postes à pourvoir par mutation ou contrat.

Activité de qualité organisée en temps continu en 44h hebdo. Basée sur une garde et deux jours hebdomadaires. Temps additionnel possible. Congés annuels et RTT statutaires. Locaux neufs.

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Le groupement hospitalier dispose d'une capacité d'accueil de :

- Total Lits et Places : 723 dont MCO : 341.
- Effectifs Médicaux : 160 Médecins, 45 Internes.

ACTIVITÉS

Nombre de passage aux urgences : 47 000. SMUR : 1000 sorties annuelles. Maternité : 1800 Accouchements, Niveau 2.

PLATEAU TECHNIQUE

Accès 24h/24h aux installations médicotechniques, dans des locaux récents :

- Bloc Opérateur (avec garde sur place) : 7 salles en fonctionnement dont 1 réservée aux Endoscopies et 1 aux césariennes.
- Bloc Obstétrical : 6 salles de naissances dont 2 physiologiques.
- Imagerie : 2 Scanographes ; 2 Salles d'échographie ; 3 Salles de mammographie numérique plein champ ; 3 Salles de radiologie et examens numériques à capteurs plans dont une équipée de panoramique dentaire ; 2 IRM (astreinte 24h/24).
- 1 Laboratoire d'analyses Médicales (Avec garde 24h/24).

- 1 Pharmacie à usage intérieur & Stérilisation.
- 1 Écho-Endoscope.
- Radiothérapie avec 2 Accélérateurs Linéaires de particules (Radiothérapie) dont un est équipé de la technique d'IMRT et 1 scanner.

PERSONNE À CONTACTER

Dr SCHOEFFLER : mathieu.schoeffler@gh-portesdeprovence.fr

Dr DEGARDIN (MAR) : julien.degardin@gh-portesdeprovence.fr

direction@gh-portesdeprovence.fr



GROUPEMENT HOSPITALIER PORTES DE PROVENCE

Site de Montélimar (DRÔME PROVENÇALE) - (Situé à 1h30 de Lyon, de Montpellier et de Marseille)

RECHERCHE

DES MÉDECINS CARDIOLOGUES à Temps Plein

Postes à pourvoir par mutation ou contrat.



Unité de 18 lits + 6 lits USIC.

Activité : cardiologie générale et d'urgence.

Toutes techniques non invasives, scanner et IRM cardiaque sur site + électrophysiologie diagnostique et pose de pace maker.

Le service est agréé pour la formation des internes.

ACTIVITÉS

Nombre de passage aux urgences : 47 000. SMUR : 1000 sorties annuelles.

Maternité : 1 800 Accouchements, Niveau 2.

PLATEAU TECHNIQUE

Accès 24h/24h aux installations médicotechniques, dans des locaux récents :

- Bloc Opérateur (avec garde sur place) : 7 salles en fonctionnement dont 1 réservée aux Endoscopies et 1 aux césariennes.
- Bloc Obstétrical : 6 salles de naissances dont 2 physiologiques.
- Imagerie : 2 Scanographes ; 2 Salles d'échographie ; 3 Salles de mammographie numérique plein champ ; 3 Salles de radiologie et examens numériques à capteurs plans dont une équipée de panoramique dentaire ; 2 IRM (astreinte 24H/24).

- 1 Laboratoire d'analyses Médicales (Avec garde 24h/24).
- 1 Pharmacie à usage intérieur & Stérilisation.
- 1 Écho-Endoscope.
- Radiothérapie avec 2 Accélérateurs Linéaires de particules (Radiothérapie) dont un est équipé de la technique d'IMRT et 1 scanner.

PERSONNE À CONTACTER

Dr BOUYA, Responsable de l'unité médicale :

clemence.bouya-ehissi@gh-portesdeprovence.fr

direction@gh-portesdeprovence.fr

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Le groupement hospitalier dispose d'une capacité d'accueil de :

- Total Lits et Places : 723 dont MCO : 341.
- Effectifs Médicaux : 160 Médecins, 45 Internes.



GROUPEMENT HOSPITALIER PORTES DE PROVENCE

Site de Montélimar (DRÔME PROVENÇALE) - (Situé à 1h30 de Lyon, de Montpellier et de Marseille)

RECHERCHE

DES MÉDECINS GÉRIATRES à Temps Plein

Postes à pourvoir par mutation ou contrat.



ACTIVITÉ

La filière comporte :

- 30 lits de court séjour.
- 46 lits de soins de suite dont 10 d'UCC (Unité cognitivocomportementale) et 6 EVC.
- 40 lits d'USLD.
- 114 lits d'EHPAD répartis sur 2 sites.
- Une équipe mobile de Gériatrie.

- Des consultations (mémoire, gériatrique et oncogériatrique).

Le groupement hospitalier dispose d'une capacité d'accueil de :

- Total Lits et Places : 723 dont MCO : 341.
- Effectifs Médicaux : 160 Médecins, 45 Internes.

PLATEAU TECHNIQUE

Accès 24h/24h aux installations médicotechniques, dans des locaux récents :

- Bloc opératoire (avec garde sur place) : 7 salles en fonctionnement dont 1 réservée aux Endoscopies et 1 aux césariennes.
- Bloc Obstétrical : 6 salles de naissances dont 2 physiologiques.
- Imagerie : 2 Scanographes ; 2 Salles d'échographie ; 3 Salles de mammographie numérique plein champ ; 3 Salles de radiologie et examens numériques à capteurs plans dont une équipée de panoramique dentaire ; 2 IRM (astreinte 24H/24).
- 1 Laboratoire d'analyses Médicales (Avec garde 24h/24).
- 1 Pharmacie à usage intérieur & Stérilisation.

- 1 Écho-Endoscope.
- Radiothérapie avec 2 Accélérateurs Linéaires de particules (Radiothérapie) dont un est équipé de la technique d'IMRT et 1 scanner.

PERSONNE À CONTACTER

Dr LAFENETRE :

annie.lafenetre@gh-portesdeprovence.fr

direction@gh-portesdeprovence.fr



CENTRE HOSPITALIER CJ RUIVET MEXIMIEUX
 13, rue du Docteur Boyer
 01800 Meximieux

Poste proposé :

Praticien Hospitalier/ Gériatre

Contrat(s)

Praticien contractuel.

Descriptif

Le Centre Hospitalier de MEXIMIEUX recrute **un praticien contractuel/gériatre à 80 %.**

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

L'établissement est composé de deux sites implantés sur la ville de Meximieux : l'Hôpital de proximité (73 lits dont 9 lits de Médecine, 20 lits de SSR et 44 lits en EHPAD) et d'un EHPAD « La Rose d'Or » (77 lits). Situé entre Bourg-en-Bresse et Lyon, l'établissement est facilement accessible notamment par le train.

Conditions

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



Personne à contacter

M. NAVARRO, Directeur du CENTRE HOSPITALIER
 au 04.74.61.01.77
 Email : g.perricard@ch-meximieux.gh01.fr

L'Établissement public de Santé Mentale (EPSM BELAIR)

situé dans les Ardennes (08) à 50 minutes de Reims et à 1h45 de Paris.

RECHERCHE



Centre Hospitalier Bélaïr
Établissement Public de Santé Mentale



- **1 PSYCHIATRE** (H/F - Temps plein) pour compléter l'équipe de psychiatrie adulte (unité d'hospitalisation et CMP / participation aux astreintes).
- **1 PSYCHIATRE** (H/F - temps plein) spécialisé en addictologie pour compléter l'équipe d'addictologie (unité d'hospitalisation, H.J, CMP / participation aux astreintes).
- **1 PÉDOPSYCHIATRE** (H/F - temps plein) pour compléter l'équipe de psychiatrie Infanto-Juvenile (HJ, CMP, CATT / Participation aux astreintes).

ENVOYER LETTRE DE CANDIDATURE + CV À : Mme la Directrice-Adjointe - E.P.S.M Bélaïr
 1 rue Pierre Hallali - 08013 Charleville-Mézières Cedex - Tél. : 03 24 56 88 01 - Courriel : direction@ch-belair.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 CATT 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 (USR) 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

CENTRE HOSPITALIER DE HAGUENAU



Recherche DES MÉDECINS

- Anesthésiste
- Oncologue
- Médecin interniste ou à profil généraliste
- Radiologue
- Urgentiste

Situé à 25 minutes de Strasbourg (dessertes autoroutières et ferroviaires d'excellente qualité), le Centre Hospitalier de Haguenau répond aux besoins d'un bassin de population d'environ 300 000 habitants couvrant les secteurs de Haguenau, Bischwiller et Wissembourg.

L'activité de l'établissement s'organise autour de 6 pôles cliniques ou médicotecniques, comprenant 712 lits pour les activités de Médecine, Chirurgie et Obstétrique. Le Centre hospitalier dispose également d'un service d'urgence adossé à une antenne SMUR.

STATUT / TYPE DE CONTRAT PROPOSÉ :

Statut selon profil du candidat : Praticien hospitalier, Praticien contractuel, Assistant ou Praticien Attaché.



PLUS D'INFOS SUR L'ÉTABLISSEMENT :

www.ch.haguenau.fr

Centre Hospitalier de Haguenau – Officiel

Si vous souhaitez rejoindre le Centre Hospitalier de Haguenau ou vous renseigner sur le poste, nous vous invitons à prendre contact avec :

Mme Camille APFFEL - Directrice des Affaires Médicales

03 68 14 37 00 dam@ch-haguenau.fr

LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL UNISANTE+

C.H.I.C. UNISANTE+

NOUS
RECRUTONS

(CHIC UNISANTE+ / Hôpitaux publics de Forbach et Saint-Avold) gère deux centres hospitaliers fusionnés en avril 2011 (507 lits et places répartis comme suit : 274 lits et places MCO dont maternité et néonatalogie de niveau 2B, USIC, UNV, pneumologie avec carcinologie. 74 lits et places SSR dont Unité Cognitivo Comportementale et rééducation cardiaque. Deux EHPAD (159 lits). Un IFSI de 75 étudiants par promotion).

Le CHIC UNISANTE+ est situé à proximité de l'Allemagne, du Luxembourg et de la Belgique, à 60 km de METZ, 100 km de STRASBOURG et NANCY totalement par autoroute, à 1H44 de PARIS en TGV.



• Un anesthésiste-réanimateur

Temps plein inscrit ou inscriptible au Conseil de l'Ordre des Médecins pour son service d'Anesthésie et d'Unité de Surveillance Continue (6 lits). Statut : Contractuel ou PH si inscrit sur liste d'aptitude au CNPH. Plateau d'imagerie complet : Écho, IRM et scanner.

Hébergement assuré par nos soins dans la limite de deux mois.

• Un pneumologue

Poste de praticien contractuel à temps plein, spécialiste en pneumologie. Le service est agréé pour accueillir des internes : Il permet la validation des 3 années de PAE aux lauréats des EVC.

Consultations tous les jours, plateau technique, RCP de pneumo-cancéro, réseaux via l'Établissement.

• Un Gériatre

Poste de praticien à temps plein gériatre de préférence ou médecin généraliste sur poste pérenne (Poste de praticien hospitalier) à pourvoir au pôle de gériatrie du CHIC UNISANTE+ (CH Lemire de ST-AVOLD). Équipe de 10 gériatres (Pôle de Gériatrie).

• Un Pédiatre néonatalogiste

Le service de pédiatrie-néonatalogie est un service validant (internes, PAE).

Candidature à envoyer à
direction.affairesmedicales@unisante.fr

RECRUTE



LE CHU DE POITIERS

CANDIDATURE À ENVOYER
PAR MAIL AVEC CV À

Mme Hélène COSTA

Direction des affaires médicales,
helene.costa@chu-poitiers.fr

ou appeler au **secrétariat des affaires
médicales**

05 49 44 36 99

● DES CARDIOLOGUES

● DES PÉDIATRES

(pour son secteur de pédiatrie
multidisciplinaire, urgences pédiatriques,
service maternité et pour renforcer son équipe
de réanimation pédiatrique et néonatale)

● UN NEUROLOGUE

● UN GYNÉCOLOGUE- OBSTÉTRICIEN

(au sein du CH de Châtelleraut)



Le CHU
de Limoges



RECRUTE

UN MÉDECIN DIM

L'établissement a une capacité en lits et places de 1026 pour le MCO et 275 pour le SSR.

L'activité réalisée en 2019 est la suivante :

MCO environ 127 800 RSS, SSR environ 20 000 RHS et HAD environ 1 570 RPS (23 935 journées).

Le CHU de Limoges est l'établissement support du GHT Limousin qui comporte 18 établissements.

PRÉSENTATION

DU SERVICE ET DE L'ÉQUIPE :

Le Service de l'Information Médicale et de l'Évaluation (SIME) est rattaché au pôle « POLITIQUE FINANCIÈRE, PATRIMONIALE ET HÔTELIÈRE-TRANSFORMATION NUMÉRIQUE ». L'équipe est composée d'un PH temps plein et de 16 TIM, dont certaines sont à temps partiel. Le codage diagnostique MCO et SSR est centralisé au DIM. Celui de l'HAD est décentralisé au sein de la structure HAD. Le codage des actes est décentralisé, à la charge des praticiens. Le DIM dispose du logiciel Web100T (DEDALUS) et d'outils d'analyse et de requêtage (PMSI Pilot, Business Object). Le dossier patient informatisé est Crossway (MAINCARE). Le déploiement d'un dossier patient informatisé commun à plusieurs établissements du GHT sous MAINCARE IC est à venir (2021). Le SIME travaille en collaboration avec la CME, les responsables de pôles et des services, et l'ensemble des Directions fonctionnelles.

PRÉSENTATION DU POSTE :

Le poste proposé correspond au remplacement
du poste de responsable de service (SIME)
et responsable du DIM de territoire.



CONTACTER :

Maximilien DEGEORGE

07 66 60 56 42

m.degeorge@reseauprosante.fr

L'Association ADEI
recherche pour le CMPP Départemental
 (Site de Saintes et Rochefort,
 antenne de St Génis de Saintonge)

ADEI 
 la
 Charente
 Maritime

1 MÉDECIN SPÉCIALISTE (H/F)

Convention collective des Médecins Spécialistes du 1^{er} mars 1979
en CDI à Temps Plein ou Temps partiel (0,50 ETP).
 Poste à pourvoir dès que possible.

Missions

Dans le respect des orientations générales de l'Association, sous la responsabilité du Directeur d'établissement, avec la collaboration des Directeurs de ces structures, vous exercerez votre activité en toute indépendance. En lien avec les objectifs du projet d'établissement et en référence aux RBP définies par la HAS, vous serez en charge principalement :

- D'assurer le diagnostic.
- D'assurer l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des prises en charge de soins dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, en tant que responsable des soins.
- D'animer les réunions de synthèse, de signer tous les documents médicaux de prise en charge.
- De mener et de développer le projet de service (par la qualité des soins, le partenariat, le travail en réseau...), et notamment de connaître les nouveaux dispositifs PCO, PCPE afin d'organiser le parcours de soin des usagers au sein du service, mais aussi en libéral et dans les plateformes partenaires.



Profil du poste

- Diplôme de médecin spécialiste qualifié en psychiatrie, pédopsychiatrie, pédiatrie, neuropédiatrie ou médecin généraliste avec DU psychopathologie de l'enfant et DU trouble des apprentissages ou encore médecin scolaire.
- Connaissance avérée des jeunes avec TND.

Adresser lettre de motivation manuscrite et Curriculum Vitæ à la Direction des Ressources Humaines.

8 Boulevard du Commandant Charcot
 CS 80106 – 17443 AYTRÉ CEDEX.

ou par courriel : recrutement@adei17.com
 avec la référence ADEI14 dans l'objet du mail

Gap, seule ville de plus de 40 000 hab. est la principale ville du département des Hautes Alpes, territoire avec des variations saisonnières liées aux activités nombreuses (ski, randonnée, montagne, activités nautiques, équitation, pêches torrents et lacs...). Gap se situe à moins d'1h des principales stations de ski des Alpes du Sud (Serre Chevalier, Vars, Risoul, Orcières...), proche du lac de Serre-Ponçon, à 2h de la mer Méditerranée.

Dans cette ville agréable, dynamique, à 1h30 de Grenoble et Marseille, le CHICAS s'est développé en assurant une offre de soins de proximité pertinente sur 2 sites Gap et Sisteron.

Avec un plateau technique performant (dont deux IRM, scanner, TEP et scintigraphie...), une capacité de 750 lits avec toutes les spécialités médicales et chirurgicales requises, centre autorisé pour le traitement chirurgical et médical du cancer.

C'est le centre hospitalier de recours pour le Groupement Hospitalier du Territoire.

RECRUTE

PÔLE FEMME ENFANT

- PÉDIATRE

PÔLE MÉDICAL

- ENDOCRINOLOGUE
- ONCOLOGUE
- RHUMATOLOGUE
- HÉMATOLOGUE
- NÉPHROLOGUE
- MÉDECIN GÉNÉRALISTE
- MÉDECIN GÉNÉRALISTE avec une capacité en échographie

PÔLE PRESTATAIRE

- BIOLOGISTE
- RADIOLOGUE

PÔLE GERONTO-PHARMACIE

- GÉRIATRE



Inscription à l'Ordre exigée ou lauréat de la procédure d'autorisation d'exercice.



ADRESSEZ-NOUS VOTRE CANDIDATURE

drh@chicas-gap.fr



Poste de PRATICIENS SÉNIORS

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



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

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

Compétences souhaitées :

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

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

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

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

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

Personne à contacter :
frederic.gregoire@cgd13.fr



L'ASSOCIATION HOSPITALIÈRE SAINTE-MARIE recherche pour le Centre Hospitalier Sainte-Marie basé à Nice un :



Médecin-Chef (spécialisé en Psychiatrie)

H/F en CDI à Temps Plein

Poste URGENT à pourvoir dès que possible

PRÉSENTATION DU GROUPE

L'Association Hospitalière Sainte-Marie, 5 600 collaborateurs répartis sur 8 départements, est leader dans la prise en charge psychiatrique et médico-sociale en France. L'Association gère des établissements privés de statut ESPIC situés dans les Alpes-Maritimes, Ardèche-Drôme, Aveyron, Haute-Loire, Puy de Dôme-Allier et le Rhône.

VOTRE MISSION

Placé(e) sous l'autorité du Directeur du Territoire des Établissements Sainte-Marie des Alpes-Maritimes et membre de droit de la CME, vos missions s'articulent autour des points principaux suivants :

- Élaborer, dans le cadre du projet d'établissement, le projet de service et en assurer la mise en œuvre et le contrôle.
- Assurer l'organisation de la prise en charge des patients du service (admissions et sorties).
- Coordonner l'activité médicale du service : planifier et organiser le travail des équipes en fonction des pathologies et des besoins des patients en lien avec l'ensemble des professionnels de l'établissement ou extérieurs dans le cadre de prises en charge pluridisciplinaires ou parcours de soins.
- Analyser et anticiper l'évolution de l'activité médicale des services du pôle.
- Établir des protocoles médicaux de prise en charge et de suivi des patients pendant le séjour dans le service (bilans, prescriptions, examens complémentaires...) et veiller à leur bonne application.
- Veiller au respect des normes médicales et à l'intégration des bonnes pratiques professionnelles et assurer la traçabilité des données et des informations médicales.
- Garantir la continuité des soins.
- Mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue de la prise en charge des patients.
- Vous serez également un acteur privilégié des projets Sainte-Marie 2025 conduits par l'Association Hospitalière Sainte-Marie dans le cadre du renforcement de sa position en tant qu'acteur majeur en santé mentale.

VOTRE PROFIL

- Titulaire obligatoirement d'un diplôme d'État de Docteur en Médecine et d'un DES de Psychiatrie.
- Vous justifiez d'une expérience de 5 ans minimum au sein d'un établissement de santé.
- Vous êtes obligatoirement inscrit au Conseil de l'Ordre National des Médecins.
- Motivation et intérêt pour la mission.
- Rigueur, autonomie et capacité d'organisation.
- Le poste est basé à Nice.



VOTRE RÉMUNÉRATION

- Salaire selon profil (Convention Collective Nationale 1951) + reprise d'ancienneté à 100 %, primes (d'exclusivité, multi-sites...).
- Participation aux gardes et astreintes.
- Mutuelle incluse, self d'entreprise...
- Poste de Cadre au forfait jour (201 jours travaillés par an).
- Rémunération : salaire selon profil + mutuelle + reprise d'ancienneté à 100 %.
- Autres : Parking + self d'entreprise.

Merci de postuler (CV & Lettre de motivation)

à l'adresse suivante : diane.siry@ahsm.fr

CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE - Service Ressources Humaines
87, avenue Joseph Raybaud - CS 41519 06009 Nice Cedex 1

AGISSONS ENSEMBLE ET PARTAGEONS NOS VALEURS



CENTRE HOSPITALIER GUILLAUME RÉGNIER (RENNES)



108 avenue du Général Leclerc
35703 Rennes Cedex 7
02 99 33 39 00
direction.generale@ch-guillaumeregnier.fr



**Postes
à pourvoir**

Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier assure la prise en charge de la santé mentale sur 9 secteurs de psychiatrie adulte (soit une population de 797 619 habitants sur les 907 588 habitants que compte le département d'Île-et-Vilaine, recensés en 2008) et 3 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (Soit une population de 180 520 habitants âgés de moins de 16 ans, recensés en 2008).

La capacité en lits et places installés au 31 décembre 2011 est de 2004, qui se répartissent pour l'ensemble des structures en 761 lits d'hospitalisation complète, 1243 places sanitaires et médico-sociales.

MISSIONS

Dans le cadre de la lutte contre les maladies mentales, elles comportent les actions de prévention, de diagnostic, de soins et de réadaptation et réinsertion sociale.

L'organisation de la psychiatrie par secteur permet votre prise en charge selon votre lieu de résidence.

Ainsi elle vous facilite l'accès à une équipe pluridisciplinaire (assistant socio-éducatif, infirmier, psychiatre, psychologue, psychomotricien...).

Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier assure les missions suivantes :

- La prévention
- Le diagnostic
- Les soins
- La réinsertion sociale
- Enseignement et recherche

Il existe plusieurs structures intersectorielles, consultables dans la partie documents du réseau.

• PSYCHIATRIE ADULTE

Pôle G04/G06

• PSYCHIATRE

Pôle G09

PRÉSENTATION DES POSTES

Fonctions/grades : Psychiatres

Liaisons hiérarchiques ou rattachement hiérarchique : Médecin Chef de Pôle

PERSONNES À CONTACTER :

David POTIER, Directeur des Affaires Médicales
dam@ch-guillaumeregnier.fr

Clinique CENTRE MÉDICO-SOCIAL

30, rue du Dr PITAT - 97100 BASSE-TERRE

E-mail : ccms@cliniquecms.com - Tél. : 0590 806100

Fax : 0590 819339

RECHERCHE

UN 2^E GÉRIATRE afin de compléter son équipe

LES COMPÉTENCES OBLIGATOIRES

Diplôme d'État de Docteur en Médecine, DES ou Capacité de gériatrie.

DÉTAILS DU POSTE

- Travailler au sein d'une équipe pluridisciplinaire en secteur d'hospitalisation de jour (consultation mémoire et fragilités de la personne âgée) et hospitalisation complète. Possibilité de développer une activité en oncogériatrie.
- Évaluer l'état de santé global et les fragilités de la personne âgée en termes de déficiences, d'incapacités, de handicap et mettre en œuvre les thérapeutiques adaptées dans le cadre d'un projet personnalisé de soins et de vie.
- Participer à la démarche qualité et à la mission de formation au sein de l'unité labellisée Mémoire, par des activités d'enseignement et de recherche.

Rémunération : Selon convention collective et astreintes.

Statut : Libéral ou contractuel négociable - Poste à pourvoir immédiatement.

Contacts : Isabelle CHIMON-TIBOUT (0690 20 63 88 - i.tibout-medceg@cliniquecms.com)

Poste de MÉDECIN RADIOLOGUE

Poste Contractuel ou en Exercice libéral, à temps plein négociable.

LES COMPÉTENCES OBLIGATOIRES

DES en Radiologie et Imagerie Médicale.

Inscription à l'Ordre des Médecins de Guadeloupe requise.

DÉTAILS DU POSTE

Ouverture du service : lundi au vendredi de 7 H à 17 h.

Compétences requises : Radiologie conventionnelle, mammographie, échographie

Vous êtes dynamique et avez la capacité de travailler en équipe.

Vous recherchez un cadre de vie agréable.

Contactez nous !

Pas de gardes, ni astreintes.

Poste à pourvoir de suite.

Poste PHARMACIEN ADJOINT PUI

Missions du pharmacien.

ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES

- Valider, gérer, organiser et administrer la pharmacie.
- Dispenser et délivrer les produits pharmaceutiques.
- S'assurer de la bonne utilisation et de l'entretien du matériel.
- Manager le personnel de la pharmacie (5 préparatrices).

APTITUDES PERSONNELLES ET PROFESSIONNELLES REQUISES

Polyvalence, capacité d'adaptation, sens de l'organisation, esprit d'équipe, rigueur.

Connaissance et respect des normes, protocoles et procédures liées aux missions.

Respect du secret professionnel et de la confidentialité.

PROFIL RECHERCHÉ

Titulaire du doctorat en pharmacie.

Idéalement expérience de 2 ans en milieu hospitalier public ou privé.

LE STATUT PROPOSÉ

Poste à pourvoir immédiatement en CDI.

La rémunération, en fonction de l'expérience professionnelle.



LA CLINIQUE CENTRE MÉDICO-SOCIAL REGROUPE DE NOMBREUSES SPÉCIALITÉS SUR PLACE :

Cardiologue, rhumatologue, angiologue, gastro-entérologues, neurologue.

- Accès sur site à un plateau radiologique : radiographie conventionnelle et échographie. Scanner et IRM sur convention avec le Centre Hospitalier.
- Bloc endoscopique également sur site.
- Différentes activités en HDJ sont également proposées en sus de la gériatrie : Obésité, douleur, HDJ plaie et cicatrisation, HDJ Rhumatismes inflammatoires chroniques avec éducation thérapeutique.
- Chimiothérapie ambulatoire ou en hospitalisation.
- Service de soins palliatifs (labellisé).
- Hôpital de jour gériatrique (mémoire et fragilités), Soins de support, plaie et cicatrisation, douleurs, rhumatisme inflammatoires chroniques.
- Hôpital de semaine médecine.
- Hospitalisation complète en médecine ou SSR polyvalents.
- Hospitalisation complète en médecine ou SSR gériatrique.
- Pharmacie à Usage Intérieur.
- HAD rattachée à l'établissement.



CONTACTS : Directeur des Ressources - Humaines : c.lacroix@cliniquecms.com
ou Secrétariat - RH : f.lorge@cliniquecms.com

MAYOTTE

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

DEPARTEMENT

DE
MAYOTTE

Conseil
G
e
n
e
r
a
l

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 sanitaire et sociale.
- Évaluer des actions de prévention dans le domaine médico-social.
- Participer à la mise en œuvre de la gestion administrative.
- Participer à l'organisation et au fonctionnement du service.

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

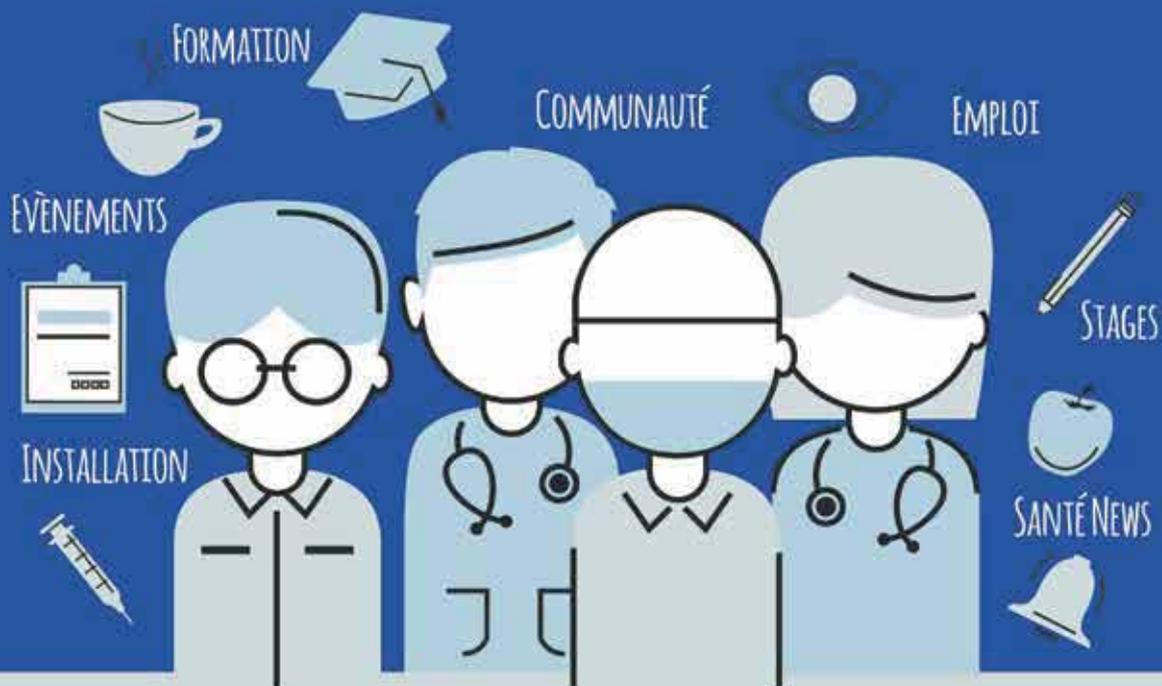
Titulaire de la fonction publique ou contrat de 3 ans, renouvelable.

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

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



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



RÉSEAU PRO SANTÉ

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



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE



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

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode





AUX PORTES DE PARIS ÉTABLISSEMENT SUPPORT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE « Psy Sud Paris »



Le Groupe Hospitalier Paul Guiraud RECRUTE

DES MÉDECINS H/F

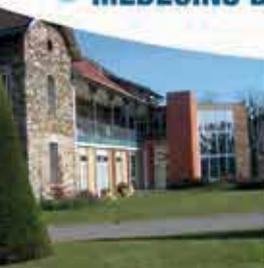
inscrits au Conseil de l'Ordre

- ASSISTANTS SPÉCIALISTES en psychiatrie
- ASSISTANTS SPÉCIALISTES en médecine générale
- PRATICIENS HOSPITALIERS temps plein en qualité de titulaire ou de contractuel en psychiatrie et en pharmacie
- PRATICIENS HOSPITALIERS temps partiel en qualité de titulaire ou de contractuel en psychiatrie
- MÉDECINS DU TRAVAIL

SITE DE CLAMART



SITE DE VILLEJUIF



Le Groupe Hospitalier Paul Guiraud assure une mission de service public en psychiatrie adulte réparti sur 11 secteurs de psychiatrie générale, cinq dans le Val-de-Marne et six dans les Hauts-de-Seine. Ils desservent plus de 930 000 habitants répartis sur 30 communes. L'établissement dispose de 55 structures extrahospitalières, 808 lits et places et de deux sites d'hospitalisation (Villejuif, Clamart). À cette offre sectorielle s'ajoute une unité pour malades difficiles (UMD) de 80 lits, une UHSA de 60 lits, 1 service médico-psychologique régional (SMPR) à la prison de Fresnes avec 47 places d'hospitalisation de jour, 1 service d'addictologie intervenant dans le champ sanitaire (hospitalisation temps plein et de jour) et médico-social (CSAPA), un service de médecine générale et de spécialités. L'établissement est présent aux urgences psychiatriques des hôpitaux Bicêtre, Antoine Béclière et Ambroise Paré. Le projet médical du GH Paul Guiraud intègre toutes ces dimensions et permet aux professionnels, psychiatres en particulier, de s'intégrer dans une pratique sectorielle ou intersectorielle, grâce notamment aux projets développés sur les différents territoires desservis :

- **Réhabilitation psychosociale**, incluant le développement de la remédiation cognitive et le renforcement des propositions d'éducation thérapeutique, de psychoéducation, mais encore la thérapie familiale.
- Pratiques d'aller vers, dans des approches populationnelles (**public précaire** (2 EMPP), **sujeux âgés** (1 EMPSA 94, 1 en cours de mise en œuvre au centre 92), **grands adolescents-jeunes adultes**, **handicap psychique**...) mais encore avec différentes **équipes mobiles de soins intensifs dans le milieu**.
- **Partenariats** étroits et travaillés avec les acteurs du secteur **médico-social** pour faciliter des parcours de santé et de vie sans rupture.
- Inscription dans des pratiques en réseau ouvertes sur la ville et les usagers : Plusieurs **CLSM**, développement de la **pair-aidance**.
- Mise en œuvre de consultations **spécialisées**, comme pour la prise en charge du **psychotraumatisme**.
- Les partenariats avec les autres établissements de santé, dont le GHU Paris Saclay, mais encore au sein du GHT avec l'EPS Erasme et le CH Fondation Vallée (pédopsychiatrie).
- Le développement des possibilités de télé-expertise et de télé-consultations...

En travaillant au GH Paul Guiraud, vous intégrerez un collectif de travail qui ambitionne à une qualité des soins entendue au sens large, incluant :

- La dimension intersectorielle, la diversité des prises en charge et la qualité de leur articulation.
- Une qualité de l'articulation intra et extra hospitalière.
- Des parcours réfléchis et coordonnés pour patients et la notion de continuité dans le travail engagé.
- Des dispositifs extrahospitaliers ambulatoires proposés aux patients dont la majorité a été rénovée ou reconstruite au cours des 10 dernières années.
- Différents dispositifs qui étayent l'offre de psychiatrie générale.
- L'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques, la promotion des droits des usagers (**label droits des usagers en santé**) et la dynamique de relations avec ces derniers.

Prime d'engagement de carrière Hospitalière possible (PECH de 20 000€) sur certains postes.

Venez participer à nos projets dans un cadre de travail agréable.

Les + du groupe hospitalier Paul Guiraud

- Une prise en charge de formation identique quel que soit le statut.
- La possibilité d'évolution professionnelle rapidement vers la titularisation dans le cadre de collaborations harmonieuses.
- Un internat récent, lieu de vie et de restauration de la communauté médicale.
- De grands espaces aux portes de Paris, accessibles par les transports en commun.

Vous pouvez contacter

Mme Sophie NIVOY,
Responsable du service des affaires médicales pour un échange personnalisé et confidentiel au
01 42 11 71 76
affairesmedicales@gh-paulguiraud.fr



ENVOYEZ VOTRE LETTRE DE CANDIDATURE, accompagnée d'un C.V. et de la photocopie de vos diplômes à Mme Cécilia BOISSERIE, Adjointe au Directeur Groupe hospitalier Paul Guiraud, BP 20065, 54 Avenue de la République, 94806 VILLEJUIF cedex.