

LE MAG DE L'INPH

1^{er} INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

N° 11

OCTOBRE
2017

QUADRIMESTRIEL
GRATUIT

DOSSIER : ACCÈS AUX SOINS : DE QUOI S'AGIT-IL ?



**CHRONIQUE D'HÔPITAL :
ÊTRE PH EN PASS : REVENIR À L'ESSENTIEL**

**UN PAS DE CÔTÉ :
LES DISPOSITIFS D'ACCÈS AUX SOINS ET DE COUVERTURE
SOCIALE : DES CHIFFRES ET DES LARMES**

**INTERVIEW :
ALFRED SPIRA, MÉDECIN, ACADÉMICIEN, HUMAIN**

WWW.INPH.ORG



1^{ER} INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

BUREAU

Présidente
Dr Rachel BOCHER
(CHU de Nantes)

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

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

Secrétaire Général
Dr Jamil AMHIS
(FPS - Créteil)

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

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

Trésorier
Dr Olivier DOUAY
(SNPH - CHU - Angers)

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

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

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

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

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

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

16 SYNDICATS POUR VOUS DÉFENDRE

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

16 SYNDICATS QUI VOUS ATTENDENT

SOMMAIRE N°11



04 ÉDITORIAL

INFORMATION

06 Les News / Les Views

Médecins Hospitaliers et Ordre des Médecins : Quelques bonnes raisons pour ne pas s'ignorer

10 Un pas de côté

Les dispositifs d'accès aux soins et de couverture sociale : Des chiffres et des larmes

RÉFLEXION

18 Chroniques d'hôpital

Etre PH en PASS : Revenir à l'essentiel

26 Dossier

Accès aux soins : de quoi s'agit-il ?

Editeur & Régie publicitaire

Macéo Editions, Reseauprosante.fr
M. TABTAB Kamel, Directeur
6, avenue de Choisy, 75013 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05

Email : contact@reseauprosante.fr

Web : www.reseauprosante.fr

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

CONSTRUCTION

43 Interview

Rencontre avec Alfred Spira, Médecin, Académicien, Humain

ANNONCES

48 Les annonces de Recrutement



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

LE MAG DE L'INPH

1^{er} INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

Édition quadrimestrielle

ISSN : 2274-7575

Directeur de Publication D^r RACHEL BOCHER

Rédactrice en chef D^r ANTOINETTE BERNABE GELOT

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

L'ENGAGEMENT D'ENTREPRENDRE ! LA VOLONTÉ D'AGIR ! L'URGENCE DE RÉUSSIR ?

Au moment où est imprimé ce N° 11 de votre magazine « le Mag de l'INPH », le nouveau Président de la république a défini la feuille de route du Gouvernement issu des élections du printemps dernier.

Donc c'est Madame Agnès BUZYN, à laquelle nous adressons un salut républicain de bienvenue, qui a pris les fonctions de Ministre des Solidarités et de la Santé.

Dès son arrivée, Madame la Ministre a indiqué le sens de son action à venir, partant du constat d'un déficit de confiance de nombre d'entre nous, professionnels de santé.

Le dialogue social paraît être un des outils qui sera déployé pour reconquérir la confiance perdue, partant des besoins individuels et territoriaux des personnes auxquelles s'adresse la politique conduite pour construire des solutions simples avec toutes les parties prenantes, en s'assurant que le service public est rendu partout tout en corrigeant - en même temps - les inégalités ou les faiblesses de chaque territoire.

Au vu de ces bases fondatrices, comment être contre ?

Afin de vérifier la réalité de cette feuille de route ministérielle, l'INPH a conduit une délégation reçue par la Ministre au cœur de l'été, dès le 31 juillet dernier.

La réaffirmation de son attachement au service public hospitalier dans le système de santé français est probablement lié au souvenir de ses 25 années d'exercice en sa qualité de Professeur de Médecine. Dont acte. C'est un gain de temps initial.

Chez Madame la Ministre, notre Délégation a pu observer le goût d'entreprendre et la volonté d'agir, sur des sujets majeurs comme la démographie médicale, le financement des hôpitaux publics, ou la sortie partielle du tout T2A en réponse à notre règle des 3 R :

- ☑ Revalorisation intellectuelle et financière,
- ☑ Responsabilisation accrue,
- ☑ Remédicalisation des équipes soignantes.

EDITO

Puisque « penser c'est peser », l'engagement de chacun est une nécessité pour être associé plus étroitement aux décisions nécessaires à la qualité de nos pratiques.

Premier Intersyndicale a été reçue par la Ministre, l'INPH a aussitôt choisi la recherche d'un dialogue social rénové.

Face au malaise persistant des professionnels de santé, les engagements ne suffiront pas. Il conviendra d'agir.

L'hôpital public - et on en fera le constat à la lecture de l'interview d'Alfred SPIRA dans ce numéro - doit avoir les moyens de mieux lutter contre les inégalités, et « parce que la solidarité change le monde », il convient alors de la mettre en œuvre au quotidien.

Les objectifs de démocratie sanitaire sont ambitieux. Les Pouvoirs Publics ne pourront pas s'exonérer de rechercher à les atteindre. C'est la raison pour laquelle nous serons vigilants à ce que la stratégie déployée par la Ministre soit à la hauteur des enjeux.

Enfin, rappelons qu'au deuxième semestre 2018 auront lieu les élections syndicales.

L'INPH continuera à valoriser et à amplifier l'engagement de chacune et de chacun des professionnels, acteurs de notre futur, porteurs des valeurs du service public hospitalier, à la défense de mesures lisibles et concrètes.

Puisque « penser c'est peser », l'engagement de chacun est une nécessité pour être associé plus étroitement aux décisions nécessaires à la qualité de nos pratiques.

La démocratie, à l'hôpital aussi, est le repère fondateur de notre exercice.

Les 15 syndicats qui composent et animent l'INPH, sont heureux d'accueillir avec moi un nouveau « partenaire », le Syndicat National des Professeurs Hospitalo-Universitaires, présidé par le Professeur Patrick GOUDOT.

Ce sont donc 16 syndicats nationaux qui représentent les praticiens hospitaliers au sein de l'INPH.

La représentativité de notre intersyndicale s'en trouve renforcée comme lors de chaque nouvelle adhésion, concrétisant ainsi un travail commun.

Notre position de leader est consolidée, ce qui nous oblige toujours davantage. Bienvenue à vous.

Ensemble nous privilégierons le dialogue, en première intention, mais en mobilisant nos forces dans l'action à chaque fois qu'il sera nécessaire.

La lecture de ce numéro devrait permettre à chacun d'entre nous de participer à la réflexion collective indispensable face aux défis démographiques et scientifiques qui s'offrent à nous.

L'engagement d'entreprendre et la volonté d'agir sont actés et ne suscitent plus d'autre controverse que celle de la priorisation, car au-delà de cet engagement et de cette volonté, c'est la capacité de réussir qui interroge encore.

Madame la Ministre, les inégalités sont là. La démocratie et l'indissociable solidarité doivent être convoquées. Faites vite.

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



MÉDECINS HOSPITALIERS

QUELQUES BONNES RAISONS POUR

NEWS

Une secte qui vénère des écrits dépassés et qui taxe les PHs avec une cotisation de ouf.



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



**Le conseil de l'Ordre ?
Le code de déontologie ?**

Tout médecin, lors de son inscription au tableau, doit affirmer devant le conseil départemental de l'Ordre qu'il a eu connaissance du présent code de déontologie et s'engager sous serment et par écrit à le respecter.

Beaucoup de médecins hospitaliers ont peu de considération ou d'intérêt pour l'Ordre des Médecins, pouvant même le juger totalement inutile. Ainsi, le règlement annuel de la cotisation ordinaire est pour ces derniers un geste difficile à réaliser même si son montant restant modeste par rapport à la rémunération d'un médecin hospitalier.

Ce déficit de confiance du monde hospitalier envers l'Ordre des Médecins est une des préoccupations des instances nationales en particulier depuis l'arrivée à la présidence du Dr Patrick Bouet. Ce dernier souhaite renouer le dialogue avec les organisations représentatives de l'ensemble des médecins hospitaliers. Il a également signé en septembre 2014 une convention de partenariat avec le Centre National de Gestion : « Nous nous engageons dans cette démarche commune à fortifier nos relations institutionnelles et professionnelles en misant sur la synergie de nos réflexions et de nos actions. » [1].

ET ORDRE DES MÉDECINS NE PAS S'IGNORER



Inscription

Quel que soit l'avis personnel que l'on ait sur notre représentation ordinale, l'inscription au Conseil de l'Ordre est une

obligation légale. Cette inscription nous donne des droits mais aussi des devoirs au premier rang desquels celui porté par l'article 109 du Code de déontologie (Article R.4127-109 du Code de Santé Publique) **Tout médecin, lors de son inscription au tableau, doit affirmer devant le conseil départemental de l'ordre qu'il a eu connaissance du présent code de déontologie et s'engager sous serment et par écrit à le respecter.**

Au contact régulier des étudiants hospitaliers en stage, les praticiens hospitaliers sont les mieux placés pour leur rappeler cette obligation et l'importance d'informer au plus tôt le conseil départemental de l'Ordre des médecins dont ils dépendent de la date de leur thèse afin que ne soit pris aucun retard pour cette inscription. En effet, celle-ci ne pourra être définitivement validée qu'après entretien avec un conseiller ordinal et approbation lors d'une réunion du conseil départemental de l'Ordre. Il en est de même pour les qualifications professionnelles qui doivent être validées par le CDOM pour pouvoir exercer au sein d'un établissement public de santé comme assistant chef de clinique, assistant des hôpitaux ou praticien hospitalier.

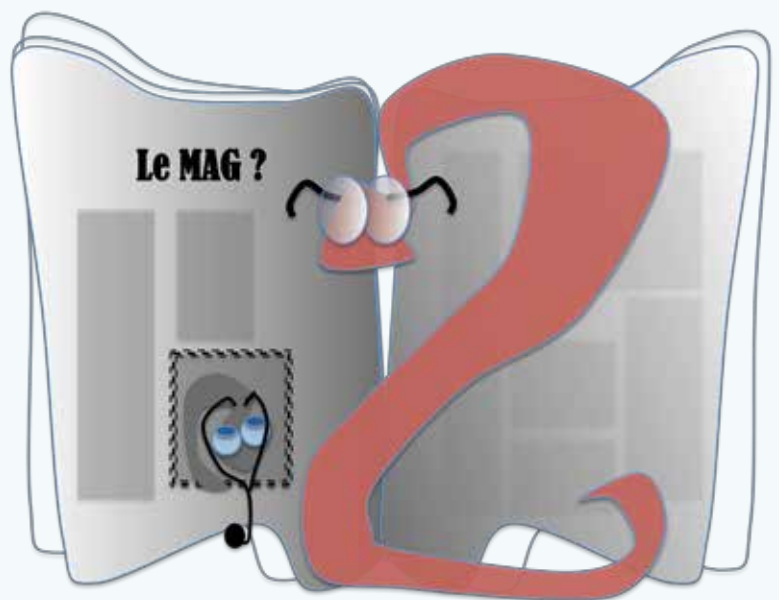
Connaître et respecter le Code de Déontologie, c'est bien entendu, d'abord le lire. Si vous ne retrouvez plus celui que vous avez reçu le jour de votre inscription à l'Ordre des Médecins, vous pouvez le consulter sur le site du CNOM [2].

Nous n'allons pas ici revoir l'ensemble du code de déontologie mais cibler quelques points précis qui concernent directement les médecins hospitaliers.

**La science conduit au savoir,
l'opinion conduit à l'ignorance.**

Hippocrate

La loi, IV - IV^e s. av. J.-C.



Article 56 : « Un médecin qui a un différent avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'ordre ».

Articles 95 et 97 : « Le médecin ne peut accepter de limiter son indépendance professionnelle dans le cadre de la structure dans laquelle il travaille et ne peut accepter en aucun cas une rémunération fondée sur des normes de productivité de rendement horaire ».

Confraternité

Le premier que je voudrais citer résonne comme une évidence, comme le sentiment de rappeler quelque chose qui doit s'inscrire dans le quotidien du médecin hospitalier :

Article 63 : Sans préjudice des dispositions applicables aux établissements publics de santé et aux établissements privés participant au service public hospitalier, le médecin qui prend en charge un malade à l'occasion d'une hospitalisation doit en aviser le praticien

désigné par le malade ou son entourage. Il doit le tenir informé des décisions essentielles auxquelles ce praticien sera associé dans toute la mesure du possible.

La confraternité doit s'exercer bien entendu au sein d'une équipe hospitalière, au niveau d'un service, d'un pôle, d'un établissement et au-delà. C'est ce que rappelle **l'article 56**. Il précise par ailleurs « Un médecin qui a un **différent avec un confrère** doit rechercher une

conciliation, au besoin par l'intermédiaire du **conseil départemental de l'ordre**. ». Cette voie est malheureusement trop peu souvent utilisée par les praticiens ayant un différent avec un collègue. Il en est de même des autres lieux de conciliation possibles en particulier la **Commission Régionale Paritaire** des PH dont nous attendons toujours qu'elle joue pleinement ce rôle évitant ainsi la cristallisation d'un conflit et la saisine de la Commission Statutaire Nationale.

Protection

Ce même Code, pour beaucoup d'autres articles, sera là pour protéger le praticien hospitalier. Ce sont par exemple les articles 95 et 97. Ces deux articles affirment que **le médecin ne peut accepter de limiter son indépendance professionnelle dans le cadre de la structure dans laquelle il travaille et ne peut accepter en aucun cas une rémunération fondée sur des normes de productivité de rendement horaire**

ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins.

La clarté de cette description de l'atteinte à l'indépendance professionnelle donne tout son poids à cette autre partie du Code de Santé publique, issu de la Loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST) dans sa définition du rôle

du Directeur de l'établissement de santé :

Article L.61 43-7 : « Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professionnels de santé des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art ».



Procédure disciplinaire

Dans sa partie disciplinaire, l'Ordre des médecins présente également des spécificités vis-à-vis de l'exercice hospitalier tel que le rappelle l'article L.4124-2 [3]. Pour une plainte déposée par un patient ou un confrère dans le cadre de

l'exercice public dans un hôpital, celle-ci ne peut être portée que par le CDOM.

Une des premières conséquences d'une telle mesure est le nombre beaucoup moins élevé de plaintes concernant des médecins hospi-

taliers par rapport à des médecins libéraux. Par contre, les condamnations sont plus fréquentes et les sanctions plus sévères. Cela témoigne de l'efficacité du filtre que constituent les CDOM dans ce domaine.

Non concurrence

La loi HPST avait mis en place à la demande d'un certain nombre de députés et de sénateurs une clause de non concurrence (article L.6152-5-1) [4] sensée s'appliquer aux PH qui quittaient l'hôpital public pour s'installer dans le secteur libéral à proximité de l'hôpital d'origine. Cette mesure avait

pour but de retenir des praticiens hospitaliers titulaires depuis plus de 5 ans. Depuis la promulgation de la Loi HPST en 2009, aucun décret n'a été publié pour mettre en application ce texte.

Par contre, la récente Loi de Modernisation du Système de San-

té a fixé des conditions précises de mise en application de cette clause de non concurrence mais uniquement pour les praticiens qui avaient dans l'établissement public de santé d'origine une activité libérale statutaire. (Décret n°2017-523 du 11 avril 2017) [5].

Conclusion

Voici détaillés ici quelques éléments de la place et du rôle du Conseil de l'Ordre pour les médecins hospitaliers. Au même titre que l'on vous engage ici à vous investir dans l'action syndicale au sein de l'INPH, nous vous conseillons d'investir la représentation ordinaire afin de refléter la diversité des exercices professionnels médicaux et la crédibilité de conseils lorsqu'ils vous représentent.



RÉFÉRENCES (les références indiquées entre parenthèses sont les références sous lesquelles apparaissent les documents téléchargeables sur le site de l'INPH)

- [1] (IA 1) Signature de partenariat entre le CNG et le CNOM - <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1511>
- [2] (IA 2) Code de déontologie édition 2017 - <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
- [3] (IA 3) CSP art. L.4124-2- https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?sessionId=77FCFB613944AA1B3ED2054A33AA2745.tpdila13v_2?idArticle=LEGIARTI000021940788&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=
- [4] (IA 4) CSP Art. L.1110-4 - <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020883441&dateTexte=&categorieLien=cid>
- [5] (IA 5) JORF n°0088 du 13 avril 2017 texte n° 18 - <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/4/11/AFSH1706149D/jo/texte>



LES DISPOSITIFS D'ACCÈS AUX SOINS ET DE COUVERTURE SOCIALE : DES CHIFFRES ET DES LARMES

1. PRÉSENTATION

La déclaration universelle des droits de l'homme se stipule dans son article 25 [1] :

1. **Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer** sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, **les soins médicaux** ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.
2. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale.

La Constitution de l'OMS établit que « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain* ».

Le droit à la santé comprend l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable » [2].

En France, la couverture sociale, donnant droit à la prise en charge des frais de santé (prestations en nature) est accessible (tableau page 16) [3][4][5].

- ☑ Soit automatiquement :
 - Sous condition d'emploi qui ouvre les droits du fait des cotisations générées.
 - Sous condition de résidence pour les personnes sans activité dès lors qu'elles résident en France de façon stable et régulière (donc sont soit françaises soit ont un titre de séjour).
- ☑ Soit par demande active (et persévérante) de la personne dès lors qu'elle ne réside pas en France de façon stable et régulière.

Il apparaît d'emblée que ce sont les personnes les plus en difficulté et donc potentiellement les plus démunies tant matériellement que socialement qui doivent paradoxalement faire le plus de démarches pour accéder à leurs droits (une sorte de « *paye ton égalité face aux droits fondamentaux* »).

Concernant les personnes qui n'ont pas de revenus ou des revenus faibles :

- ☑ Soit elles résident en France de façon régulière (qu'elles soient de nationalité française ou étrangère) et le dispositif CMUC et ACS leur permet de compléter la couverture sociale.
- ☑ Soit elles résident en France de façon irrégulière (étrangers sans permis de séjour) et c'est par le dispositif AME qu'elles

peuvent accéder aux soins... à condition qu'elles puissent prouver qu'elles résident en France depuis plus de 3 mois.

Mais si elles n'ont pas fait de démarches pour l'ouverture de leurs droits ou si elles ne remplissent pas les critères d'obtention, dès lors, leur seule alternative pour accéder aux soins est de se rendre dans une PASS.

Les PASS (cf. *Chroniques d'hôpital page 18*) ont la double mission de prendre en charge médicalement ces personnes mais également de les informer et de les guider dans leurs démarches d'obtention d'une couverture sociale.

Plusieurs éléments expliquent les difficultés propres aux plus démunis : ceux-ci ont perdu tout réflexe de recours aux soins, ignorent ou méconnaissent leurs droits, manquent d'initiative pour effectuer une démarche administrative, se heurtent à la complexité et à la lenteur de certaines procédures. Leurs difficultés financières font obstacle pour accéder à des soins – dentaires, notamment – comprenant un « reste-à-charge ».

<http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite/article/precarite-acces-aux-soins>



Pour les lunettes cela ne sera pas possible. Pour garder mon CDD, je dois lire les commandes... cela restera difficile. Mais cela me permet de payer l'hôtel et avec la petite qui a de l'asthme ce n'est pas rien... L'année prochaine peut-être



Déclaration universelle des droits de l'homme article 25 :

1. Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires...
2. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale...

2. DES CHIFFRES ET DES LARMES

En France, la protection sociale couvre, dans un cadre de solidarité nationale, les risques sociaux auxquels les ménages sont exposés, via le versement de prestations sociales. Elle représente en 2015 34 % du PIB et est composée à 94 % des prestations sociales.

PRESTATIONS SOCIALES [6]

Les prestations sociales en France sont composées des prestations : (% des dépenses totales en 2015)

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| ▮ Vieillesse-survie : 46 %. | ▮ Famille : 7 %. | ▮ Pauvreté-exclusion sociale : 3 %. |
| ▮ Santé (maladie, invalidité, Accident du travail, maladies professionnelles) : 35 %. | ▮ Emploi (chômage, insertion et ré-insertion professionnelle) : 6 %. | ▮ Logement : 2 %. |

Ces prestations sont versées à 91 % par des administrations publiques (73% administrations de la sécurité sociale, 18% administrations publiques locales et centrales).

Elles progressent plus lentement en 2015 que 2014 (1,6 %/ 2,2 %).

ASSURANCE MALADIE [6][7]

Au sein des prestations santé, les prestations maladie représentent 82 % des prestations.

Environ 85 % de la population des ménages résidant en France relève de l'assurance maladie du régime général. Il s'agit des salariés et anciens salariés ainsi que leurs ayants droit, à l'exception des salariés agricoles et des sala-

riés de certaines entreprises relevant de régimes propres à ces entreprises.

Les prestations (dépenses) du risque maladie

- ▮ 200,2 milliards d'euros en 2015 ⇒ 9,1 % du PIB.
- ▮ 75 % sont payées par des administrations publiques : (régimes d'assurances sociales et

du secteur public hospitalier, l'État et les ODAC (organismes divers d'administration centrale). 13,4 % par les régimes privés (dont mutuelles et institutions de prévoyance).

- ▮ Ont augmenté de 2,2 % en 2015 soit un rythme de croissance égal à celui du PIB à prix courant.

L'assurance maladie du régime général de la sécurité sociale comprend le remboursement des soins (prestations en nature) et le versement d'indemnités journalières (prestations en espèces).

Les soins pris en charge par l'Assurance maladie et par l'État et délivrés en ville et en établissements de san-

té représentent 75 % des dépenses de l'assurance maladie. Ces prestations :

- ☒ Ont moins progressé en 2015 qu'en 2014 (+2,2 % / +2,7 %).
- ☒ Su fait **d'une moindre progression des dépenses de soins du secteur public hospitalier en 2015 comparativement à 2014** (+,9 % / +2,8%).

- ☒ **En lien avec celle la masse salariale hospitalière** (+1,5 % / +3,1 %).

De ce fait, la contribution du secteur public hospitalier à la croissance des soins pris en charge par l'Assurance maladie et par l'État est ramenée de 44 % en 2014 à 35 % en 2015.

Donc la masse salariale des hôpitaux a servi, entre 2014 et 2015, de variable d'ajustement des dépenses de soin de l'assurance maladie.

RESSOURCES DE LA PROTECTION SOCIALE [6]

Les ressources de la protection sociale [6] sont constituées de :

- ☒ Cotisations sociales (61 %) dont 2/3 de cotisations patronales et 1/3 cotisations des salariés et indépendants.
- ☒ Impôts et taxes affectées (25 %) dont CSG (½), CRDS et compensation des exonérations de cotisations patronales assurée par l'État ; ressource allouée sur le budget de la protection sociale.
- ☒ Contributions publiques (11 %) sur budget de l'État et des collectivités locales.
- ☒ Ressources diverses.

L'évolution des ressources depuis 2010 se fait vers une augmenta-

tion de la part des contributions publiques et une diminution de la part des cotisations patronales.

Ainsi, la progression des ressources en 2015 est inférieure à celle de 2014 (1,7 % / 2,6 %) du fait de la stagnation des impôts et taxes affectées (diminution des impôts sur la production et augmentation de la CSG) et de la diminution des cotisations patronales (mesures décidées dans le cadre du Pacte de responsabilité et de solidarité (exonération des cotisations patronales versées aux Urssaf (« zéro charge ») pour l'emploi d'un salarié au Smic depuis le 1^{er} janvier 2015).

Les régimes d'assurance - dont maladie - et les régimes de la mutualité et de la prévoyance sont pour plus de moitié financés par des cotisations sociales effectives et pour le reste par les impôts et taxes affectés.

Les hôpitaux publics sont presque intégralement financés par des transferts des régimes d'assurances sociales et des autres administrations publiques.

L'évolution du financement des hôpitaux se fait avec une diminution de la part de cotisations patronales et des impôts sur la production et une augmentation de la CSG.

PRESTATIONS ET PRECARITE [8]

☒ **Le revenu de solidarité active RSA :**

- Assure aux personnes sans ressources un niveau minimum de revenu variable selon la composition du foyer.
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N19775>
- Son montant varie, de 545 (personne seule sans activité) à 1145 euros (couple sans activité avec 2 enfants).
- Ses conditions d'attribution requièrent, pour un étranger à UE de disposer d'un titre de séjour ou d'un statut de réfugié.

Le seuil de pauvreté est à 1008€/mois.

Le SMIC mensuel à 1149,07€/mois.

La PUMA et la CMUC sont accessibles si les ressources sont inférieures à 727€/mois ; le plafond de l'ACS est de 981€.

- ☒ Au 1^{er} novembre 2016, : 5,3 millions de bénéficiaires de la CMUC, soit une augmentation de 25 % en 5 ans (relèvement du plafond, contexte économique défavorable).

☒ Parmi les bénéficiaires de la CMUC la fréquence des maladies psychiatriques est 2,4 fois supérieure à celle observée pour la population relevant du régime général, celle du diabète 2,2 fois, celle des maladies du foie ou du pancréas 2,9 fois et celle du VIH ou Sida 2,5 fois.

- ☒ Seules 60 % des personnes éligibles ont recours à la CMUC.
- ☒ ACS / au 1^{er} novembre 2016 : 1,1 million de bénéficiaires.
- ☒ Seulement 30 à 40 % des personnes éligibles y ont recours.

- ☒ AME : théoriquement bénéficie à toutes les populations étrangères qui ont au moins 3 mois de présence en France.
- ☒ Mais lors de la création de l'AME, ce délai de 3mois de présence sur le territoire n'était pas requis.
- ☒ Mais les preuves de présence en France demandées (nombre et nature à la discrétion des CPAM départementales) peuvent être difficiles à produire (alors que dans les textes : toutes pièces devraient être acceptées (carte orange, ordonnances...)).

- ☒ La liste des pièces à fournir est disparate entre départements (alors qu'elle en devrait pas l'être).

Où est le droit universel à la santé quand il existe une gradation de l'accès aux soins en fonction des ressources et en fonction de son statut juridique ?

- ☒ Le budget annuel consacré aux dispositifs AME, CMUc et ACS est au total d'environ 3,2 milliards d'euros par an pour environ 7 millions de personnes

couvertes, soit un coût moyen annuel de 457€ par personne environ.

- ☒ les bénéficiaires de l'AME (0,48 % des dépenses d'assurance maladie) en comparaison avec les personnes bénéficiaires de la CMU/CMUc et du régime général, sont ceux qui consomment le moins de soins de ville mais le plus de soins hospitaliers (pathologies plus graves)[8].

EVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ [9]

Depuis 1950, la part de consommation des soins et des biens médicaux (CSBM) dans le PIB a été augmentée de 3,5 : elle est passée de 2,5 % du PIB à 8,9 %.

La CSBM décrit les comportements de consommation (évolutions). Elle correspond aux soins reçus par les malades selon 4 grandes catégories : soins hospitaliers, soins de ville, transports de malades et biens médicaux (y compris les médicaments).

Elle a beaucoup augmenté jusqu'en 1980, période durant laquelle la part des ménages et des administrations locales et centrales diminuait, tandis que l'offre et la demande de soins augmentait.

Entre 1950 et 1985, l'augmentation de la CSBM est liée à un contexte économique favorable (trente glorieuses) qui permet aux dépenses de santé « biens supérieurs » d'augmenter plus vite que le PIB.

Parallèlement, l'offre de soins se développe (augmentation des équipements hospitaliers et du nombre de médecins et soignants paramédicaux, progrès technologiques).

Ce sont les soins hospitaliers qui portent l'augmentation de la CSBM. Depuis 1941, l'hôpital est ouvert aux malades payants ; durant la période 1950-1985, nombreux programmes de construction d'hôpitaux sont menés, tandis que la réforme hospita-

lo-universitaire (1958) étend les missions de l'hôpital (prévention, diagnostic, réadaptation fonctionnelle) et crée le temps plein hospitalier.

Les soins de ville augmentent également du fait de l'augmentation du nombre de professionnels de santé (x3).

La part des médicaments diminue malgré une augmentation de leur volume car leur prix augmente moins que ceux des CSBM.

Après 1980, le rythme de croissance de la CSBM s'est atténué, du fait de la mise en place d'une régulation des dépenses de santé.

Ce sont les coûts des soins hospitaliers qui réduisent le plus leur progression via les plans de financement de la SS puis les lois de financement de la SS (LFSS) dont le but est de réduire les dépenses d'assurance maladie :

- ☒ En 1986, l'exonération du ticket modérateur est limité aux seules ALD.

- ☒ A partir de 1997, des objectifs nationaux de progressions des dépenses de santé sont fixés (ONDAM).

- ☒ A partir de 2005, mise en place de mesures d'économies successives (participations forfaitaires, franchises, parcours de soins, remboursements de médicaments).

Au niveau des hôpitaux, la dépense ralentit entre 1985 et 2005 du fait de l'instauration graduelle de la dotation globale en 1984 (voir MAG 5, le financement des hôpitaux).

La part des soins de ville augmente et plus particulièrement la part des auxiliaires médicaux.

La part des médicament augmente jusqu'en 2001 (innovations) puis diminue (baisse des prix, génériques).

ÉVOLUTION DE LA PART DES CSBM FINANCÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE [9]

Entre 1950 et 1980, il existe une généralisation progressive de l'assurance maladie, permettant de financer la demande de soins, qui couvre de plus en plus les ménages (exploitants agricoles et indépendants en 1961 et 1966 ; élargissement à tous les résidents en 1978).

La part de la CSBM prise en charge par la sécurité sociale augmente progressivement, jusqu'à un maximum de 80 % en 1980, tandis que la part des ménages et de l'État passe respectivement de 31 % à 12 % et de 12 % à 3 %. L'augmentation du niveau de vie diminue le nombre de bénéficiaires de l'aide médicale gratuite. Le développement des organismes complémentaires a débuté à partir de 1970.

Entre 1980 et 2015 la part des dépenses prises en charge par la sécurité sociale va diminuer.

Une série de mesures prises durant cette période :

- ☒ La diminution du financement de l'Assurance maladie.
- ☒ La progression des dépassements d'honoraires.
- ☒ L'augmentation des niveaux de participation des assurés aux dépenses entraîne une augmentation de la part des ménages et de l'État dans les dépenses de santé, notamment pour les soins de ville et les médicaments.

Depuis 1990, la part des CSBM pris en charge par la sécurité sociale est stable, autour de 77 %.

Tandis que la part des personnes en ALD augmente (vieillesse de la population, maladies chroniques), ainsi que les soins hospitaliers, la part de la prise en charge des soins de ville (expansion des dépassements d'honoraires) diminue.

Durant les dernières années, les soins les mieux remboursés se développent plus que ceux qui le sont moins.

Entre 1960 et 1980, la part de la population couverte par une complémentaire passe de 31 % à 69 %.

Entre 1980 et 1990, les complémentaires ne concernent plus uniquement les salariés des grandes entreprises et les hauts revenus mais progressivement toute la population.

En 2000, la mise en place de la CMUC puis de l'ACS fait entrer les ménages les plus modestes dans cette population. Ainsi, la part de population couverte par une complémentaire passe de 83 % en 1994 à 95 % en 2012.

Entre 1990 et 2015, la part des organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurance, instituts de prévoyance) dans la

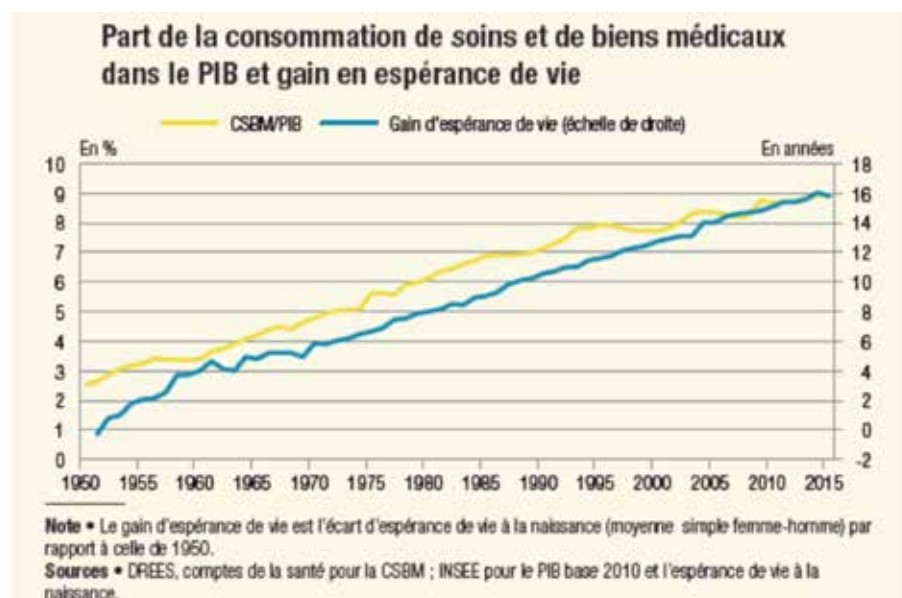
CBSM a progressivement augmenté, notamment sur les biens médicaux et les soins de ville (ce qui explique que les populations précaires en consomment peu). Elle ne prenait en charge que 10 % des dépenses en 1990 et 13 % en 2010.

La répartition entre assurance maladie obligatoire (AMO) et complémentaire (AMC) se fait entre soins lourds (hospitaliers et ALD) et autres. Depuis 1990, la part des AMC est stable pour les soins de ville (12 %), a diminué pour les médicaments et a augmenté pour les transports et autres biens médicaux.

La croissance de la CSBM est moindre que celle du PIB du fait de la diminution du prix des médicaments, diminution qui compense la dynamique des prix des soins de ville et des soins hospitaliers.

Tout ça... pour quoi ?

La croissance de la CSBM s'est accompagnée d'une augmentation de l'espérance de vie (cf. graphique [9] ci-contre) : entre 1950 et 2015, la population française a gagné 16 ans d'espérance de vie.





FRAUDE SOCIALE [10]

Fraude : « Une irrégularité ou une omission commise de manière intentionnelle au détriment des finances publiques ».

Selon une enquête effectuée par le comité national de lutte contre les fraudes [11], la fraude perçue comme la plus grave par la population est la perception indûe de prestations sociales (93 %) alors que la fraude fiscale n'est perçue comme inacceptable que par 78 % de la population et le travail illégal par 61 à 69 % de la population.

Fraude sociale constatée 2015 : 1000 millions d'euros dont :

- ☒ **51 % : fraude aux cotisations sociales : (URSAFF) travail illégal principalement dans le BTP.**
- ☒ **49 % : fraude aux prestations sociales : dont 23 % l'assurance maladie.**
- ☒ Les fraudes à l'assurance maladie sont dans 2/3 des cas l'œuvre essentiellement les professionnels de santé (actes médicaux fictifs), et les établissements de santé (faux codages T2A).
- ☒ Les assurés représentent donc 7 % de la fraude sociale essentiellement par usurpation

d'identité ou non déclaration de changement de situation.

- ☒ Parmi les assurés la fraude aux prestations de la précarité (CMU, CMUc, ACS, AME) représentent < 1 % pour l'AME ? [12].

La fraude aux prestations sociales invoquée par les politiques et la population n'est que minoritairement le fait des assurés et encore plus minoritairement celui des assurés en situation de précarité.

Fraude fiscale redressée 2015 : 21 195 millions d'euros (x 20 fraude sociale).

Evasion fiscale : 60 à 80.000 millions (x 60 à 80 la fraude sociale).

REFERENCES (les références indiquées entre parenthèses sont les références sous lesquelles apparaissent les documents téléchargeables sur le site de l'INPH)

- [1] (IB 1) Déclaration universelle des droits de l'homme - http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/frm.pdf
- [2] (IB 2) Constitution de l'OMS - http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf
- [3] (IB 3) Présentation de la PUMA - <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/securite-sociale/article/la-mise-en-place-de-la-protection-universelle-maladie-puma-au-1er-janvier-2016>
- [4] (IB 4) Plafonds de la CMU.
- [5] (IB 5) Aide médicale d'état - <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>
- [6] (IB 6) DREES CPS 2015 édition 2017 - <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cps.pdf>
- [7] (IIB7) Comptes combinés branche maladie 2015, direction déléguée des finances et de la comptabilité.
- [8] (III 1) Rapport academie de médecine juin 2017-09-08 ; annexes 1 et 2 voir III interview
- [9] (IB 11) Les dépenses de santé depuis 1950 DREES juillet 2017 N° 1017 <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1017.pdf>
- [10] (IB 9) CNLF, comite national de lutte contre la fraude 09/2016.
https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/dnlf/dossier_de_presse_cnlf_2016_pdf.pdf
- [11] (IB 10) CNLF : enquête auprès des ménages sur la fraude et la perception des risques 2016.
- [12] (IB 8) IGAS 2010-M-065-03 : analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'état.



Dispositif concerné	Conditions sociales	Conditions juridiques	Prise en charge
Affiliation SS régime général	Sur conditions d'emploi rémunéré	Réside en France de façon stable et régulière (résider en France depuis au moins 3 mois à l'ouverture des droits puis au moins 6 mois par an).	Prestations identiques pour tous = répartition (on cotise en fonction de ses moyens on bénéficie en fonction de ses besoins). Le % de prise en charge est différent suivant le type de prestation : mais pour les actes médicaux il est généralement de 70 %.
Mutuelle complémentaire	Choix personnel en fonction des ressources		Prestations % cotisations = capitalisation Complète la prise en charge par la SS Prise en charge fonction du montant de la cotisation
PUMA a remplacé la CMU, couverture maladie universelle le 01/01/2016	« Toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de sa vie. C'est la protection universelle maladie, prévue par l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 ». Sans démarche particulière à accomplir. Ou revenu < plafond CMU soit 1 Pers : < 727 euros/mois		Idem Assurance maladie
	Revenu > plafond CMU		Idem Assurance maladie
CMUc CMU complémentaire	Sur conditions de ressources : 1 pers : < 727/mois		Comme une complémentaire : prend en charge la part de remboursement non prise en charge par la sécurité sociale ticket modérateur (dans la limite des tarifs de responsabilité, sans dépassement d'honoraires), forfait journalier à hauteur de 100% des tarifs maximum fixés par l'assurance maladie ; pour les hospitalisations, prise en charge du forfait journalier sans limitation de durée, certains frais supp (prothèses dentaires, optique,) les forfaits sont pris en charge. Elle permet d'accéder directement au tiers payant.
ACS Aide à la complémentaire santé	- Si dépassent le plafond CMU - Mais < 981 euros/mois		1/3 payant intégral si ont souscrit à une mutuelle conventionnée
AME aide médicale d'état	Protection médicale aux étrangers qui ne peuvent être affiliés à la SS, disposant de ressources < à un certain seuil (idem CMU complémentaire).	- Résident en France depuis > 3 mois - Sans titre de séjour - Renouvelé tous les ans	Prend en charge moins que la CMU complémentaire ; - hospitalisation avec prise en charge du forfait journalier en cas d' urgences uniquement - consultations en ville - examens complémentaires pas d'optique, pas de dentaire
Étrangers sans AME	Résidant < 3 mois ou sans AME (non accordée ou non demandée).		Consultations uniquement en PASS couverture limitée aux besoins urgents et vitaux pour les soins dispensés exclusivement dans les établissements de santé.

(1) Rapport précarité pauvreté santé, Académie Nationale de Médecine 2017 (voir interview de Alfred Spira page 43 et ref IIIA sur le site INPH)

Financement	Commentaires	% de recours
Cotisations % salaire	Prestations de la CPAM : assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accidents de travail ou maladies professionnelles, etc. Le niveau de prise en charge et de remboursement par l'AMO est variable selon le type de soins concernés. Il n'est de 100 % que dans le cas des Affections de Longue Durée et de certains soins particulièrement coûteux. Il est en moyenne de 73 %, et de 50 % environ pour les soins ambulatoires. ⁽¹⁾	100% automatique lors de l'embauche
Cotisations % versements	Une assurance complémentaire peut être acquise auprès d'organismes dédiés : mutuelles, organismes de prévoyance, assureurs privés. Le coût de ces assurances complémentaires peut être partiellement ou totalement pris en charge par l'employeur (accord national interprofessionnel 2013). Il varie de quelques dizaines à quelques centaines d'euros par mois, selon le niveau de couverture fourni. ⁽¹⁾	Selon les revenus
<p>Ne cotisent pas à la ss</p> <p>Pris en charge par le fond cmu</p> <p>Revenu de solidarité active (RSA), géré au niveau des départements.</p>		
Cotisations subsidiaires calculées à partir de la déclaration de revenus		
Convention avec l'État qui les paye pour le service rendu.	<p>À choisir dans liste des mutuelles ayant adhéré au dispositif CMU.</p> <p>Manière pour les mutuelles d'ouvrir de nouvelles parts de marché ?</p> <p>Le reste à vivre est faible après paiement aidé de la cotisation ; le tiers payant est irrégulièrement utilisé, sa généralisation n'est pas achevée ; le niveau du panier de soins est insuffisant</p>	« 60 % et 72 % » pour la CMUc en 2015, et « entre 28% et 41% » seulement pour l'ACS ⁽¹⁾ .
Convention avec l'État qui les paye pour le service rendu.	<p>La SS leur donne un chèque :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mais inférieur à la cotisation . - Complémentaire à choisir dans la liste donnée -mais ce ne sont pas les mutuelles les moins chères. - Les cotisations augmentent avec l'âge. - Si on ne prend pas la complémentaire sur la liste chèque perdu. - Les organismes complémentaires se positionnent sur parts de marché de la santé ? 	
Géré et financé par la CNAM et l'État	<ul style="list-style-type: none"> - Accordée par départements. - Variable entre départements. - Décision relève de l'assurance maladie par délégation du préfet. 	80 % ? (9)
<p>(Financée par les MIG PASS)</p> <p>Géré dans le cadre de la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016.</p> <p>Dans les zones de grande précarité : MIG précarité qui prend en charge les impayés</p>	Les soins sont imputés sur le dispositifs « soins urgents » mais au préalable les établissements de santé doivent déposer une demande d'AME	?





CHRONIQUE
D'HÔPITAL

ETRE PH EN PASS : REVENIR À L'ESSENTIEL

Comment est née la PASS de Calais ? [1] [2] [3]

☒ Au début on appelait les migrants les Kosovars (et certains calaisiens les appellent encore ainsi) car ils fuyaient la guerre des balkans (97-99). L'hôpital a été inclus d'emblée dans leur prise en charge médicale car les premiers réfugiés étaient à 50 mètres de l'hôpital et l'hôpital est le seul endroit ouvert H24 .

☒ De 1999 à 2002 : le camp de Sangatte a été créé, tenu par la Croix Rouge, c'est là que nous avons commencé à intervenir. Les internes en médecine d'urgence s'y rendaient sur leur temps libre mais ils étaient rémunérés par l'hôpital.

☒ Puis, à la fermeture de Sangatte (2002), il n'y avait plus rien pour accueillir les réfugiés et on pensait que les migrants allaient partir et disparaître. Mais en fait, ils étaient toujours



Dr Mohamed El Mouden
Chef de service PASS de Calais
PH urgentiste

Le Dr Mohamed El Mouden est PH en médecine d'urgence, il travaille dans le domaine de la précarité depuis le caps de Sangatte géré par la Croix Rouge puis une antenne précarité aux urgences de calais et enfin dans la PASS du CH de Calais ouverte en 2006 au centre ville Rue coubertin à 3 km de l'hopital.

là et ils venaient aux urgences alors on a ouvert un bureau médical pour les consultations rapides dédiées aux patients sans droits, au sein des urgences de l'hôpital puis une PASS dédiée (avec personnel dédié) en 2006 Rue Coubertin au centre ville : l'hôpital met alors à disposition 0,8 ETP de médecin. [4]

Les consultations étaient assurées par des médecins généralistes et des médecins hospitaliers. Le personnel hospitalier intervenant à la PASS était exclusivement affecté à la PASS (il ne prenait pas en charge en même temps d'autres patients des urgences). Concernant les médecins, nous faisons des vacations sur notre temps libre, de 13h30 à 17h30 (NDLR : ces horaires sont calqués sur ceux des réfugiés qui passent la nuit à essayer de « passer » en Angleterre et dorment le matin [5] ; et ce tous les jours, sauf WE et JF : nous étions deux : un médecin urgentiste (moi) et un médecin généraliste qui travaillait à temps partiel en psychiatrie.

☒ En 2015/2016, lors de l'afflux massif de réfugiés, le nombre de consultations a considérablement augmenté : nous sommes passés de 15 patients/après-midi à 60 ! : l'hôpital a alors ajouté un ETP assistant, puis fin septembre 2015 un médecin TP supplémentaire.

☒ En octobre 2015 : une PASS supplémentaire a été créée dans la « jungle » : la PASS Jules Ferry ; cette PASS œuvrait au sein d'un centre d'accueil qui assurait la distribution des repas, l'accès aux douches, et qui offrait un lieu avec accès aux soins d'abord en nursing puis en soins proprement dits. Cette PASS avait une très forte activité : 140 malades /jour ; y travaillaient 2 médecins-assistants, 2 infirmières, 1 interprète, 1 psychologue. Entre les deux PASS (jungle et hôpital) nous pouvions arriver jusqu'à 160/consultations jours.

Cette PASS hors hôpital a été fermée lors du démantèlement du camp de Calais en octobre 2016.

☒ Aujourd'hui : seule la PASS de l'hôpital fonctionne ; nous assurons environ 35 à 40 consultations/jour (le nombre de consultations est en augmentation aujourd'hui).

Histoire brève de l'accueil des réfugiés en Calaisie

1998-1999 : Les premiers réfugiés arrivent à Calais, ils fuient la guerre du Kosovo, ils sont environ 200 ; après l'intervention de certains Calaisiens et de l'abbé Pierre : un centre d'accueil pour les migrants a existé de 1999 à 2002.

1999-2002 : Camp de Sangatte : il fut créé en septembre 1999 par la préfecture de Calais qui réquisitionne un hangar de 25000 m2 (Eurotunnel) pour loger 200 personnes (bungalows dortoirs et tentes) qui campaient dans les jardins publics. Il est géré par la Croix-Rouge. Conçu comme centre d'accueil provisoire pour migrants clandestins, avec une capacité de 800 personnes, ce camp se pérenise ; les personnes accueillies sont kurdes-irakiennes, iranniennes, afghanistanes-. Entre 1999 et 2002 : 68 000 migrants accueillis ; les conditions de vie sont insalubres, non sécurisées pour les vulnérables, il y a des morts lors de bagarres mais aussi lors des tentatives de passages par le tunnel.

2002 : Fermeture du camp de Sangatte
En 2002, Nicolas Sarkozy, ministre de l'Intérieur, ferme le camp avec un accord entre la France et la GB : 2/3 des réfugiés seront accueillis en GB, 1/3 demanderont l'asile en France ; au moment de sa fermeture il y avait 2000 personnes dans le camp...

2002 à 2015 : Les migrants continuent d'arriver (kurdes) ; Les migrants restent car ils veulent passer en GB. Progressivement s'installe la « jungle » inspiré de « JANGAL » : forêt en persan et patchoun car les migrants s'installent dans la forêt autour des installations portuaires. Seules restent sur place des associations.

la « jungle » est démantelée à plusieurs reprises et toujours se recrée :

- ☒ En avril 2009, les campements sauvages sont rasés au bulldozer et les forces de l'ordre procèdent à des arrestations ; mais en juin 2009, il y a à nouveau 800 habitants dans la jungle ;
- ☒ En septembre 2009, nouvelle évacuation de 700 migrants ;
- ☒ En 2014, des campements de 550 migrants sont évacués (épidémie de gale).

Le 2 septembre 2014, face à une nouvelle vague de migrants, B. Cazeneuve, ministre de l'Intérieur, instaure le centre

d'accueil Jules Ferry ; le centre Jules Ferry dit d'accueil de jour assure aux personnes migrantes de 9h30 à 18h00 un accès aux soins de première nécessité : (se laver, manger, consultations médicales et soignantes, informations juridiques et sociales) ; le centre accueille 2400 personnes par jour ; il met à l'abri jour et nuit 400 femmes et enfants en situation de vulnérabilité.

En été 2015 : Crise migratoire : selon Frontex, 340 000 personnes sont arrivées en 7 mois dans l'union européenne ; les associations dénoncent un défaut d'anticipation.

En octobre 2015, le gouvernement annonce un plan pour accélérer la répartition des migrants pour désengorger la jungle.

En janvier 2016 : Ouverture d'un camp humanitaire avec 125 conteneurs ; capacité officielle 1500 personnes ; mais en fait, lors de son ouverture, la jungle compte officiellement 4000 migrants, officieusement on dénombre jusqu'à 6000 clandestins.

☒ Associée à une politique d'éloignement de la ville (plan Cazeneuve) encourageant les départs volontaires et les demandes d'asile en France.

Octobre 2016 : évacuation de la jungle (6486 migrants) dirigés par bus vers 450 centre d'accueil et d'orientation (CAO* après avoir été enregistrés par l'office de l'immigration et de l'intégration ; les mineurs isolés étrangers (MIE) sont envoyés dans des centres d'accueil provisoire (CAP) dans le camp et l'Angleterre étudie les dossiers au cas par cas ; si les migrants ne sont pas d'accord, ils sont placés dans des centres de rétention administrative (CRA) pour être expulsés mais beaucoup restent dans la nature.

☒ Mais les migrants reviennent toujours à Calais car ce qu'ils veulent c'est passer en GB ; mais la GB n'accepte pas les MIE : sur les 1943 MIE envoyés en CAOMIE, seuls 468 sont acceptés par l'Angleterre.

En mars 2017, il y a environ 300 à 400 migrants à Calais ; la maire de Calais interdit la distribution de repas et des douches. Les associations sur place ont déposé un recours. Recours gagné.

* CAO = Centre d'accueil et d'orientation centre où les migrants peuvent faire leurs demandes d'asile pour obtenir le statut de réfugié et donc un titre de séjour.

Quels sont les patients reçus dans la PASS de Calais ? [6]

Nous recevons les précaires, ceux qui ne peuvent avoir accès aux soins d'une autre manière.

Chez nous, à Calais, la particularité est que nous recevons 80 % de migrants ; c'est l'histoire locale qui veut cela : tous les patients migrants passent par l'hôpital. La part des précaires est très

faible : 20 % : il s'agit de patients qui n'ont pas de couverture sociale (Cf. *Un pas de côté : dispositifs d'accès aux soins page 10*), ou qui sortent de prison, ou des SDF qui dorment dehors.

Nous faisons beaucoup de communication en direction de ces populations et de ceux qui sont

confrontés à leur prise en charge afin de dire que la PASS c'est pour tous les précaires : nous déposons des flyers dans les locaux des associations, l'hôpital en envoi dans les cabinets des médecins généralistes.

Travailler en PASS, cela consiste en quoi concrètement ?

En tant que médecin urgentiste, le choix de travailler en PASS, qui peut apparaître décalé au premier abord, est en fait en parfaite cohérence : la précarité est une médecine d'urgence, tout urgentiste reçoit une formation de la précarité ; et de travailler en PASS fut un choix personnel, basé sur le volontariat.

D'un point de vue médical, il s'agit de faire face aux pathologies de la précarité (gale, fractures, rhumes, troubles digestifs, ...) tout en sachant que nous n'assurons qu'une activité de consultation ; lorsqu'il s'avère que la pathologie est plus grave, les patients sont hospitalisés dans l'hôpital même.

Au début, il s'agissait de consultations sans suivi possible car les frontières étaient ouvertes, les migrants bougeaient beaucoup et leur priorité était de passer ; mais

à présent, très peu d'entre eux passent, et nous avons un suivi de chroniques (toutes proportions gardées : la chronicité à la PASS, c'est 6 mois).

En outre, la médecine pratiquée en PASS offre de nombreux points d'intérêt. Il s'agit d'une médecine polyvalente, les côtés humain et social y sont très présents. Je dirais qu'il s'agit d'une pratique médico-sociale.

Ajoutons à cela que chaque patient est différent, de par sa pathologie bien sûr, mais aussi de par son histoire et son parcours. Nous travaillons toujours avec un interprète, qui est un ancien migrant ayant obtenu l'asile. Il était enseignant dans son pays et nous avons la chance qu'il parle arabe, farsi, afghan et anglais, soient 90 % des langues utilisées par les migrants.

Enfin, travailler en PASS c'est travailler dans un contexte humain très particulier.

Comme pour toute pratique médicale, il y a des jours plus difficiles que d'autres, car il existe des tensions comme ailleurs, mais ici les patients sont très reconnaissants et le respect vis-à-vis du soignant est une réalité. Nous y gagnons beaucoup en sens. L'esprit d'équipe y est très fort ; toutes les personnes qui sont là le sont par choix. Quand la PASS Jules Ferry a été fermée, les soignants qui y étaient affectés ont été relocalisés dans des équipes de l'hôpital « standard ». Cela fut très difficile pour eux, d'abord parce que l'équipe si soudée fut détruite et ensuite parce qu'ils n'ont pas retrouvé la même ambiance dans leurs nouvelles équipes. Il a fallu beaucoup de réunions et de débriefings pour les accompagner dans ce changement.



Comme pour toute pratique médicale, il y a des jours plus difficiles que d'autres, car il existe des tensions comme ailleurs, mais ici les patients sont très reconnaissants et le respect vis-à-vis du soignant est une réalité.

Qu'est-ce qu'une PASS ?

[8] Une PASS est un dispositif créé par l'article L.6112.6 du CSP :

- ☒ Adapté aux personnes en situation de précarité, qui vise à :
 - > Leur faciliter l'accès au système de santé.
 - > Les aider dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

[8] une PASS doit :

- ☒ Offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun.
- ☒ Ces soins peuvent ne pas être soumis à facturation pour les patients pour lesquels il apparaît au moment de la réalisation des actes qu'ils ne pourront pas bénéficier d'une couverture sociale.
- ☒ La PASS doit agir à l'intérieur et à l'extérieur de celui-ci pour faciliter le repérage et la prise en charge de ces patients et construire un partenariat institutionnel élargi.

[8] Le patient bénéficiaire de la PASS est un patient qui a besoin de soins externes et qui ne peut y accéder :

- ☒ En raison de l'absence d'une couverture sociale ou de son incomplétude.
- ☒ Pour d'autres raisons d'ordre social : patient désocialisé, ayant des difficultés à s'orienter, devant être accompagné dans son parcours de soins.

[8] Le profil des personnes en situation précaire a évolué en raison de la législation (mise en place de la CMU et de la CMUC) comme en raison de l'émergence de nouvelles problématiques sociales. Certains publics que leurs ressources situent au-dessus du seuil de perception de la CMU et qui ne bénéficient pas d'un contrat d'assurance complémentaire satisfaisant, préfèrent, par crainte d'un restant à charge trop important, s'adresser à la PASS pour obtenir des soins. D'autres publics, porteurs de lourdes difficultés, personnes migrantes fortement marginalisées, ou populations ROMs, arrivent en grand nombre dans certaines permanences.

[4] Il incombe aux établissements de santé la mission de service public de contribuer à la lutte contre l'exclusion sociale en relation :

- ☒ Avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine.
- ☒ Ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la

lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux » (articles L.6112-1, 7° et L.6112-2 du CSP).

Il leur appartient aussi de garantir « l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent » de veiller « à la continuité de ces soins, en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement. À cette fin, ils orientent les patients sortants ne disposant pas de telles conditions d'existence vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation ».

[4] Pour réussir sa mission, une permanence d'accès aux soins de santé doit être en mesure de créer des partenariats forts tant au sein de l'hôpital qu'avec les acteurs sociaux, le tissu associatif, les réseaux de santé, la médecine de ville, les cabinets dentaires.

Autres PASS

[8] ...Une spécialisation thématique (des PASS) s'est opérée à la fin de l'année 2009, conduisant à la mise en place de PASS spécialisée en soins psychiatriques, soins bucco-dentaires et de PASS à vocation régionale.

Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)^{(a)(b)}

Chez les personnes en situation de précarité, l'exclusion révèle des troubles psychiatriques sous-jacents qui vont se décompenser.

Ces équipes, dont le cadre d'action est fixé par la circulaire du 23 novembre 2005 :

- ☒ Interviennent à l'extérieur des établissements, au plus près des lieux de vie des personnes défavorisées et des acteurs sociaux qui les suivent.
- ☒ Elles peuvent ainsi accompagner ces personnes dans leurs parcours de soins mais également former et conseiller les acteurs sociaux pour leur permettre de mieux appréhender les troubles psychiques ou les situations de détresse sociale.

Ces équipes ont permis d'observer le fonctionnement de près de 120 EMPP en France métropolitaine et en Outre-Mer. Une grande partie a été créée entre 2007 et 2010 et est, en majorité attachée à un établissement de santé. Dans la plupart des cas, l'équipe est composée d'au moins un infirmier (93 %) et/ou d'un psychiatre (90 %) et/ou d'un psychologue (78 %). Le plus fréquemment, ce sont les psychiatres qui coordonnent l'équipe dont le fonctionnement fait l'objet

d'une formalisation dans les projets médicaux des établissements

Les EMPP sont réparties dans toutes les régions françaises : en moyenne, leur aire d'intervention couvre des territoires d'environ 350 000 habitants. Les régions caractérisées par des indicateurs de précarité particulièrement élevés – Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Midi-Pyrénées, Bretagne – ont mis en place de 4 à 8 équipes. En Ile-de-France, plus d'une douzaine d'équipes fonctionnent.

Concernant la zone d'intervention des EMPP, un peu plus de la moitié est localisée dans des territoires urbains, 40 % exercent sur des territoires mixtes (urbain et rural). Les équipes interviennent majoritairement hors des locaux. Ce dispositif est financé dans le cadre de la DAF Psychiatrie. Une procédure d'actualisation et d'amélioration des connaissances de fonctionnement de ces équipes est en cours, de même que des réflexions sont menées sur leur partenariat avec les services d'urgence hospitaliers et les PASS à vocation psychiatrique.

Les PASS ambulatoires^(a) sont des dispositifs d'accueil médical et social et d'orientation vers le droit commun, destinés aux personnes en situation d'exclusion au sein du système de santé ambulatoire. Cette possibilité de recourir, de façon complémentaire, à des structures de ville, a été envisagée notamment par l'ARS Ile-de-France. Celle-ci a ainsi lancé une expérimentation de PASS ambulatoires, dispositifs de coordination de premier recours complétant les PASS hospitalières et fonctionnant par des engagements conventionnels entre les opérateurs du système de santé et avec les partenaires locaux (services municipaux et départementaux, Caisses d'Assurance Maladie, services hospitaliers de proximité...). L'objectif de l'expérimentation étant de tester un nouveau mode de dispositif PASS, extra-hospitalier, porté par une collectivité locales ou un réseau de santé.

Ces PASS Ambulatoires ont vocation d'assurer l'accès à des consultations de médecine générale, à des soins infirmiers, à la délivrance de médicaments, aux soins de prévention (vaccination, dépistage...)..., et à permettre l'orientation, si nécessaire, vers des services d'analyse biologique, d'imagerie médicale, voire des consultations de spécialité. Six dispositifs de PASS ambulatoires sont actifs à ce jour en Ile-de-France.

(a) L'évolution des modes de financement des établissements de santé Une nouvelle échelle de Valeur D' Olivier VERAN page 123)

(b) <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite/article/precarite-acces-aux-soins#s-Les-equipes-mobiles-psychiatrie-precarite-EMPP-tournees-vers-nbsp>

De quoi vit la PASS ?

La PASS est financée par les missions d'intérêt général (MIG)[3] :

La PASS bénéficie aussi de l'impulsion portée par les CLS (NDLR : contrats locaux de santé, signées entre l'ARS et les collectivités territoriales dans le but notamment de faciliter les parcours de soins [7].

En effet, on sait à présent que la population de patients pris en charge par la PASS consulte tardivement pour des maladies graves ; et donc a une perte de chance qui se traduit en une augmentation de la morbidité et de la mortalité (cf. Dossier).

Mais ce financement ne couvre que les activités de consultations ; or, comme nous l'avons évoqué plus haut, il arrive qu'une hospitalisation soit nécessaire et dans ce cas de figure, il n'y a pas de financement spécifique. Ici, à la PASS de Calais, il n'y a jamais eu de problème, ni de la part de la direction, ni de la part de l'ARS qui a toujours soutenu la PASS. Le médecin est souverain dans son exercice, il n'y a pas à demander d'autori-

sation avant que les patients de la PASS soient hospitalisés ; le DH n'a jamais évoqué de problème de budget dans ces situations ni vis-à-vis de la pharmacie de la PASS.

A la PASS de l'hôpital de Calais, c'est simple : les médecins soignent et c'est à la direction de trouver les moyens de soigner. Depuis 1999, 3 DH de sont succédés (NDLR : seulement !), la ligne a toujours été la même.

Néanmoins, il y aurait des choses à améliorer : l'activité des PASS est chronophage, malgré tous ces efforts, les budgets ne sont pas pour autant adaptés. Il faut, comme à Calais, les considérer comme des services à part entière, avec leur budget propre. La PASS est un dispositif qui devait être transitoire mais est devenu un service à part entière avec sa spécificité, son expertise médico-sociale qui doit prendre en charge toutes les précarités mais aussi suppléer le manque de médecins généralistes (baisse de la démographie médicale).

De votre point de vue, quel est l'apport d'une PASS à l'accès aux soins ?

La PASS est une bonne réponse au droit fondamental de chacun à bénéficier de soins. Elle supplée aussi le manque de médecins traitants.

Les PASS ont pleinement leur place dans l'accès aux soins au sein du territoire. Elles permettent une prise en charge globale, tant médicale que sociale ; c'est un espace où le relationnel est très important, où la dimension humaine a une grande place.

Nous travaillons en lien avec l'extérieur de l'hôpital, puisque la population reçue dans la PASS est accompagnée par des associations

comme le Secours Catholique, Salam, Médecins du Monde, MSF, l'auberge des migrants mais bien sûr aussi par des médecins généralistes.

Nous travaillons également en lien étroit avec les autres services de l'hôpital où nous sommes connus et reconnus. En fait, nous avons une activité transversale (assistante sociale, interprète) qui bénéficie aux autres services de l'hôpital.

Chaque année, un COPIL PASS se réunit avec un représentant par structure impliquée dans la prise en charge intra et extra hospitalière

Financement des PASS

[8] Relèvent du financement par la MIG PASS :

- ☑ Les activités de facilitation de l'accès aux soins.
- ☑ De prise en charge et d'accompagnement.
- ☑ Hors hospitalisation et consultations facturables, de patients en situation de précarité.
- ☑ Sont intégrées également dans le financement le pilotage, la coordination et l'évaluation de ces permanences.

Le budget de la PASS couvert par la MIG correspondante doit donc intégrer :

- ☑ Les frais de personnel.
- ☑ Ainsi que tous les frais liés à l'activité de la PASS, comme notamment les dépenses pharmaceutiques, les frais d'examens médicaux, les prestations d'interprétariat, des frais de transport dans une PASS mobile.

Le montant minimal requis pour une PASS généraliste s'établit à 50.000 euros (soit 100 patients minimum pris en charge).

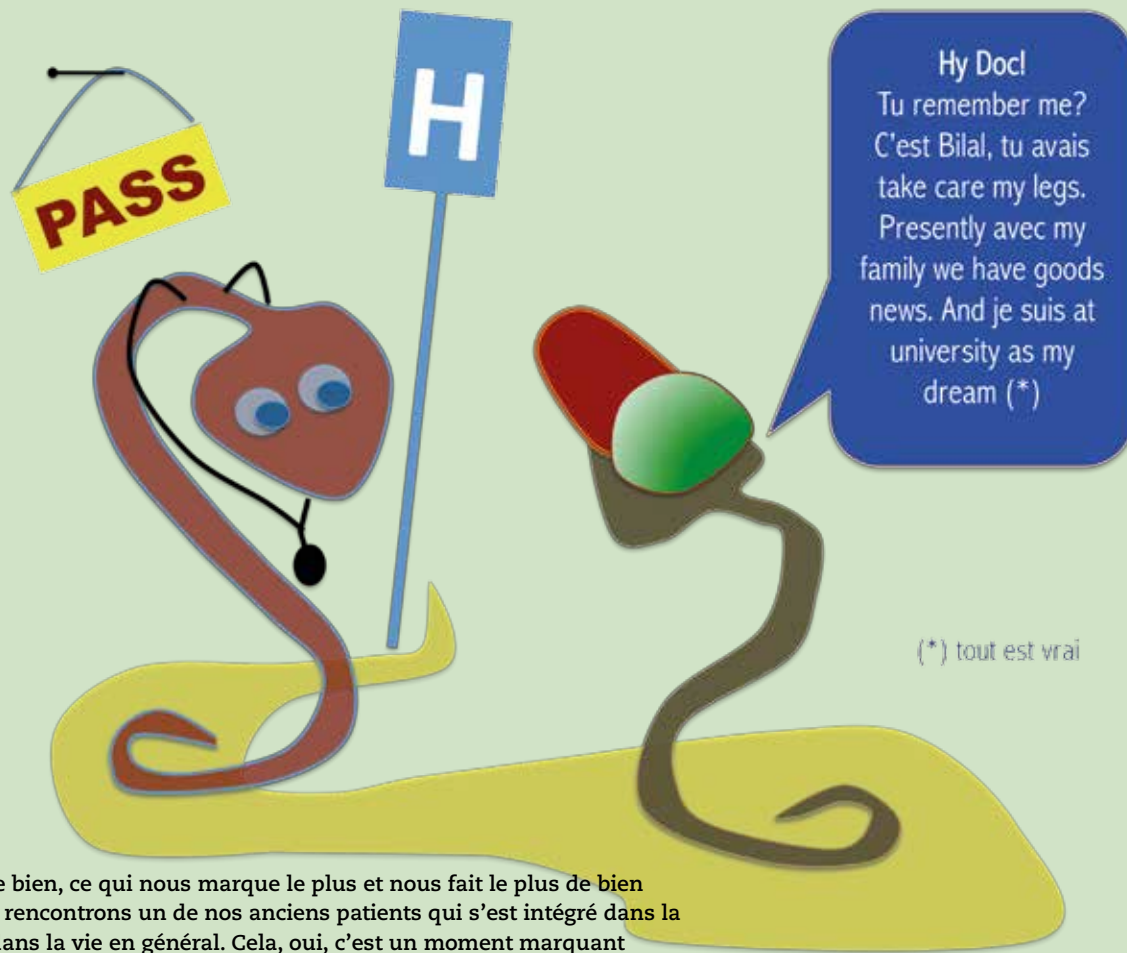
[8] Il convient de distinguer :

- ☑ La dotation MIG PASS ;
- ☑ De la dotation MIG précarité, qui selon le guide MIGAC « sert à financer les surcoûts structurels et organisationnels générés par la présence, dans une proportion plus forte que la moyenne, de patients précaires au sein de la population prise en charge dans l'établissement de santé. **Il s'agit majoritairement de frais de personnels dédiés et de factures impayées** ».

des patients reçus par la PASS. Il y a ainsi autour de la table la PASS bien sûr, l'ARS, les associations locales, la CPAM, la municipalité, la coordination PASS Pas-de-Calais.

Nous y discutons notamment du rendu de l'activité et du fonctionnement.

Au-delà de l'accès aux soins, la PASS est lieu de brassage entre deux populations qu'elle rapproche ainsi (précaires et migrants) ; en ce sens, elle est un lieu de cohésion sociale alors que le contexte actuel est souvent au rejet et à la rupture.



Mais si je cherche bien, ce qui nous marque le plus et nous fait le plus de bien c'est quand nous rencontrons un de nos anciens patients qui s'est intégré dans la vie de la ville et dans la vie en général. Cela, oui, c'est un moment marquant

(*) tout est vrai

En conclusion : Pourriez-vous nous rapporter un souvenir marquant ?

Il y en a beaucoup !

Par exemple, quand nos collègues de la PASS de Dunkerque ou d'autres PASS de France viennent nous visiter ou nous appellent cela fait plaisir à nos

équipes car c'est notre expérience qui est reconnue par ces gestes.

Mais si je cherche bien, ce qui nous marque le plus et nous fait le plus de bien c'est quand nous rencontrons un de nos anciens

patients qui s'est intégré dans la vie de la ville et dans la vie en général.

Cela, oui, c'est un moment marquant.

RÉFÉRENCES (les références indiquées entre parenthèses sont les références sous lesquelles apparaissent les documents téléchargeables sur le site de l'INPH)

- [1] (IIA 1) Le défenseur des droits jacques TOUBON Exilés et droits fondamentaux : la situation sur le territoire de Calais Octobre 2015.
- [2] (IIA 2) CNCDH 7 juillet 2016 avis de suivi sur la situation des migrants à Calais et dans le Calaisis .
- [3] (IIA 3) CNCDH CP situation des migrants à calais en 2015 et 2016 : un même constat : toujours des milliers de migrants aux droits bafoués.
- [4] (IIA 4) Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et de la vie associative, mai 2008.
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/organiser_une_pass-2.pdf
- [5] (IIA 5) MAG N°8 : Prendre soin dans un camp de réfugiés
- [6] (IIA 6) Principaux motifs de recours de soins des populations migrantes des sites de Calais et Grande-Synthe
- [7] (IIA 7) Ministère solidarite et santé octobre 2012. Plaquette CLS.
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_territoire_sante_-_plaquette_-_contrats_locaux_sante.pdf



L'ACCÈS AUX SOINS À L'HÔPITAL DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

LES CONSTATS DE MÉDECINS DU MONDE



Delphine Fanget
Chargée de mission
Médecins du Monde



Les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) constituent un dispositif créé par la loi du 29 juillet 1998, « visant à faciliter l'accès [des personnes en situation de précarité] au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits ». L'organisation, le fonctionnement et les missions des Pass ont été depuis précisées par plusieurs circulaires, la dernière datant de juin 2013 [8].

En 2010, MdM avait réalisé un premier état des lieux du fonctionnement des Pass dans les villes où l'association était présente. Sept ans après, l'association renouvelle cet état des lieux et rapporte ainsi les observations de ses équipes sur l'accès aux soins à l'hôpital dans 23 villes.

Si depuis 2010, les équipes de MdM constatent des améliorations dans le fonctionnement des dispositifs Pass, avec notamment une augmentation des ressources humaines dédiées au cours des dernières années, en temps d'assistant social, d'infirmier ou même de médecin, de nombreuses difficultés persistent cependant. Le non recours à l'interprétariat reste fréquent. Les activités « hors les murs » semblent se développer, mais ces activités sont sou-

vent trop ponctuelles (intervention dans un bidonville, dans un centre d'accueil et d'orientation (CAO)).

Près de la moitié de nos équipes observent que les hôpitaux avec dispositif PASS connaissent une saturation de l'accès à ces consultations, avec des délais de rendez-vous parfois très longs et par conséquent de nombreuses personnes refusées chaque jour.

Ainsi près d'un quart des équipes de MdM estiment que les hôpitaux refusent 'souvent à très souvent' des patients concernés par la Pass.

L'enjeu de la capacité d'accueil des Pass est centrale. L'amélioration des moyens alloués reste ainsi fragile et insuffisante, et on peut se demander si le dispositif tel qu'il est conçu peut en lui-même faire face aux besoins d'accès aux droits et aux soins

Ainsi près d'un quart des équipes de MdM estiment que les hôpitaux refusent 'souvent à très souvent' des patients concernés par la Pass.

des populations en précarité à l'hôpital. Dans 9 villes les équipes de MdM ont constaté un impact en octobre 2016 du démantèlement du bidonville de Calais sur le fonctionnement

des Pass, avec une augmentation de la fréquentation de ces Pass, un allongement de la durée d'obtention des rendez-vous, de nombreux patients revenant à MdM...

ES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ EN FRANCE : ONDE DANS 23 VILLES EN FRANCE

De plus, l'accueil de tous les publics par les dispositifs Pass est loin d'être systématique :

les personnes sans droits potentiels (nombreuses y compris en raison des mauvaises pratiques des caisses d'assurance maladie) ne sont pas toujours accueillies.

L'accès au plateau technique est régulièrement différé pour ces patients dans l'attente de l'ouverture de leurs droits.

L'enjeu de la prise en charge des personnes en précarité à l'hôpital se situe au-delà du fonctionnement des Pass elles-mêmes.

L'accès des personnes à un accompagnement social au sein de l'hôpital pour l'ouverture des droits est très aléatoire. Ainsi les équipes de MdM voient régulièrement des patients pris en charge par des services des urgences ou sortant d'hospitalisation avec des factures impossibles à honorer, ou avec des ordonnances alors même qu'ils n'ont pas de droits ouverts.

Parfois encore, le bureau des entrées joue un rôle de véritable « filtre » administratif, sans même orienter les patients vers

le service social ou demandant un paiement des soins préalable (demande de « caution préalable »). Toutes ces pratiques favorisent les reports ou les renoncements aux soins.

Enfin, il n'est pas rare que les équipes de MdM voient des patients reporter leurs soins alors qu'ils pourraient relèver des soins urgents et vitaux. Ce constat met en évidence une interprétation souvent restrictive des « soins urgents et vitaux » par les médecins hospitaliers, interprétés uniquement sous l'angle de l'urgence vitale, et non de « l'absence de soins qui entraînerait une altération grave et durable de l'état de santé » (ex : perte de la vue...) tel qu'il est prévu dans les textes [5].

Face à ces constats, MdM appelle à poursuivre et à consolider l'ouverture des Pass en France généralistes mais aussi pédiatriques, psychiatriques et dentaires, notamment dans les villes où les indicateurs de précarité sont élevés, ainsi que de Pass mobiles, dispositif de proximité pour repérer et aller au-devant des individus les plus éloignés des structures de soins.

MdM rappelle, avec l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE)[9] :

- ☒ Que le dispositif doit proposer un accueil et des soins inconditionnels, pour toute personne démunie financièrement, possédant une couverture médicale incomplète ou sans droits aussi longtemps que nécessaire selon la situation médicale ;
- ☒ L'approche doit y être pluridisciplinaire, incluant le recours à des interprètes professionnels pour les personnes non francophones et l'accompagnement dans les démarches nécessaires à la reconnaissance des droits.
- ☒ Les décisions d'hospitalisation, de choix de stratégies diagnostiques et thérapeutiques doivent se fonder sur des critères médicaux et non socio-administratifs ou économiques.
- ☒ Les soins délivrés doivent être gratuits aux points d'accès (c'est-à-dire sans facturation à l'utilisateur), avec ou sans ouverture de droits effective au jour des soins.
- ☒ En amont, l'accès aux droits doit être facilité notamment par le respect des textes par les caisses d'assurance maladie et un meilleur accompagnement de leur part des personnes en précarité pour l'ouverture de leurs droits.

RÉFÉRENCES (les références indiquées entre parenthèses sont les références sous lesquelles apparaissent les documents téléchargeables sur le site de l'INPH)

[8] (IIA 8) circulaire DGOS /R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) - http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/06/cir_37144.pdf

[9] (IIA 9) : Dispositif PASS : Recommandations ODSE le 23 décembre 2013.



DOSSIER



ACCÈS AUX SOINS : DE QUOI S'AGIT-IL ?

“ La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité ”.[1]

“ Puisque la haine, la sottise, le délire ont des effets durables, je ne voyais pas pourquoi la lucidité, la justice, la bienveillance n’auraient pas les leurs. ” Mémoires d’Hadrien (1951) de Marguerite Yourcenar

QUAND NOUS CONVOQUONS LE SUJET DE L'ACCÈS AUX SOINS, À QUOI NOUS RÉFÉRONS-NOUS ?

S'agit-il de l'accès aux soins eux-mêmes au sens de l'accès pour tous (avec la double dimension territoriale et sociale), ou/et pour toutes les maladies (avec la problématique de l'accessibilité aux traitements en général et aux médicaments en particulier ?), ou/et quel que soit le pronostic de guérison ou de durée de vie (maladies chroniques, soins palliatifs et de fin de vie, handicap, grand âge).

Mais il pourrait également s'agir des moyens alloués à l'accès aux soins.

Sont-ils réservés aux seuls salariés et leurs ayant droits et financés par les cotisations (vision bismarkienne) ou sont-ils universels donc ouverts à tous et financés par l'impôt ? (vision beveridgienne) ; d'un côté une offre de soins large, mais avec un restant à charge élevé, de l'autre une offre de soins restreinte mais sans ticket modérateur. [2]

Et dans les deux cas, une potentielle médecine à deux vitesses du fait de la superposition au système par répartition du service public, d'un système assurantiel des mutuelles complémentaires prenant en charge les dépassements dans la situation bismarkienne et élargissant l'offre de soins dans la configuration bevedgerienne.

Et finalement, si la question de l'accès aux soins était celle de sa finalité ?

Pourquoi une société se préoccupe-t-elle (ou pas) de l'accès aux soins de sa population ? Pour préserver la production et la richesse commune ou pour enrichir une minorité influente sur le pouvoir en place (par ex. le lob-

by des commerçants du soin ?). Par conviction et au nom du devoir de bien-être vis-à-vis de la population ou pour préserver la paix sociale ?

Sauf états totalitaires sanglants ou états utopiques... inexistantes, certainement pour un peu de chacune des raisons énoncées.

Ce qui fera la différence, cela sera le poids relatif accordé à chacune de ces raisons dans chacune des étapes de la construction de l'accès aux soins.

Et cet arbitrage a un nom : le choix politique.

Revenons aux deux modèles de protection sociale [2] évoqués précédemment : Bismark voulait construire un état industriel et pour cela avait choisi de protéger la santé de ceux qui le rendaient possible : les ouvriers. Sans travail (et donc sans cotisations) pas d'accès aux soins. Beveridge quand à lui voulait un état de démocratie et de bien-être mais pensait que cette protection était le devoir de l'État. Donc accès aux soins pour tous mais hautement réglementé par l'État.

Notre système de santé, issu de la vision purement bismarkienne du conseil national de la résistance est à présent « néobeveridgien » avec un financement où la part des cotisations diminue et celle de l'impôt augmente (Cf. Un pas de côté) et un contrôle des dépenses notamment hospitalières qui est passé du paiement des prestations a posteriori à un budget imposé a priori (ONDAM).

Le corollaire de cette évolution est double. D'une part une exclusion progressive des usagers de sa gouvernance au bénéfice d'un pouvoir décisionnaire centralisé. Et d'autre part, au nom de la réduction de la dépense de l'État, une part toujours plus grande des mutuelles complémentaires dans l'accès aux soins.

Est-ce un bien ? est-ce un mal ? la question n'est pas là.

Ce qui doit nous préoccuper, nous médecins hospitaliers, acteurs et donc garants du service public d'accès aux soins, est la question de la réalité (ou pas) de cette offre de soin publique et de son adéquation avec les valeurs socles du service public (continuité, adaptabilité, accessibilité et « meilleur coût »). L'accès aux soins n'est ni une option, ni un confort, et encore moins un luxe réservé à ceux d'entre nous qui pourraient l'acheter.



L'ACCÈS AUX SOINS PEUT SE DÉCLINER SELON LE PARAMÈTRE GÉOGRAPHIQUE

Quand la DGOS¹ annonce 353 000 professionnels médicaux dont 218 300 médecins et 2 694 établissements de santé dont 947 hôpitaux publics, le sénat² répond « des écarts de densité entre départements vont de 1 à 2 pour la médecine générale et de 1 à 7 pour les infirmiers ».

« En France, le temps d'accès aux soins est globalement satisfaisant : 95 % de la population française a accès à des soins de proximité en moins de quinze minutes. Concernant les soins hospitaliers courants, 95 % de la population française peut y accéder en moins de 45 minutes, les trois quarts en moins de 25 minutes. Cependant, des inégalités d'accès persistent tant pour les spécialités les plus courantes que les plus rares. Les régions rurales, à faible densité de population, cumulent l'éloignement des soins de proximité et de la plupart des soins spécialisés. Depuis 1990, la distance moyenne d'accès aux soins a diminué pour certains spécialistes, notamment les urologues, mais a augmenté pour d'autres, en particulier les pédiatres » [3].

Plusieurs paramètres jouent sur l'accès spatial aux soins [3] : la densité de l'offre, sa disponibilité (Accessibilité potentielle localisée (APL)³ et la nature du besoin.

Une faible accessibilité de l'offre de soins engendre des déplacements des patients (ils préfèrent se déplacer qu'attendre) notamment en soins ambulatoires. Une faible accessibilité est également associée à un moindre recours et à une diminution de la possibilité de choisir son médecin. Enfin, le type de spécialité recherché influe sur la distance parcourue, les spécialités de l'urgence (notamment l'obstétrique) engendrant des déplacements de plus courte durée, tandis que celles requérant un équipement spécifique demandent

un temps de déplacement plus long (l'ophtalmologie versus la pneumologie). Dans les territoires les moins équipés, les patients se déplacent plus souvent dans les territoires voisins [4]. Les régions rurales, à faible densité de population, cumulent l'éloignement des soins de proximité et celui de la plupart des soins spécialisés.

Ces caractéristiques spatiales renvoient à une forme d'inégalité sociale d'accès aux soins, sous-tendue par des contingences péculnières (coût du trajet) physiques (degré de mobilité), contingences qui aboutissent au renoncement aux soins non urgents et à une altération de la relation médecin malade par perte du libre choix.



1. Les chiffres clés de l'offre de soins <http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/organisation/directions/article/dgos-direction-generale-de-l-offre-de-soins> - s-Les-chiffres-cles-de-l-offre-de-soins
2. <https://www.senat.fr/notice-rapport/2016/r16-686-notice.html>
3. Cet indicateur local, calculé au niveau de chaque commune, tient compte de l'offre de soins et de la demande de la commune considérée, mais également de celles des communes environnantes (3) <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/564-pratiques-spatiales-d-acces-aux-soins.pdf>

L'ACCÈS AUX SOINS PEUT SE DÉCLINER SELON LE PARAMÈTRE ÉCONOMIQUE voire politique car se pose alors la question de la liberté de positionnement de l'état entre pressions économiques et devoir social.



Accès au médicament en France un équilibre fragile

Dr Patrick Leglise
Président du SYNPREFH

Nous ne pouvons pas aborder le problème de l'accès aux soins sans évoquer la question de l'accès aux médicaments. L'augmentation récente des ruptures de disponibilité, l'inflation des prix des nouveaux traitements innovants protégés par brevet et la potentielle diminution de la part de financement par l'Assurance maladie peuvent mettre en péril l'équilibre du dispositif français qui permet encore un accès à une bonne prise en charge médicamenteuses.

Cet accès au médicament, quasi universel, le restera-t-il ? L'exemple des médicaments contre l'hépatite C montre que l'universalité n'est plus garantie face à la politique de prix anormalement élevés pratiquée par l'industrie pharmaceutique.

En effet, en 2014, en établissant un accès rationné aux traitements contre le VHC, l'État a pris délibérément la décision de ne pas traiter certaines personnes vivant avec le VHC au risque de voir se dégrader leur santé et de voir progresser de nouvelles contaminations. Cette situation relève d'un véritable scandale sanitaire surtout quand parallèlement l'industrie pharmaceutique obtient un retour sur investissement en un an en vendant leurs médicaments « miracles » de 400 à 700 fois leur coût de fabrication dans les pays « riches » réputés solvables et 9 à 14 fois dans les pays « pauvres », donc beaucoup moins solvables. La fixation des prix des médicaments innovants doit absolument revenir à un fonctionnement rationnel ne dépendant pas uniquement d'un modèle « *take the money and run* » correspondant à obtenir un maximum de bénéfices en un minimum temps en profitant de la solvabilité des États et ceci sous couvert d'études « médico-économiques ».

Au-delà du bénéfice sanitaire et des éventuelles économies générées pour notre système de santé dont il faut nécessairement tenir compte, il faudra revenir à un modèle plus classique qui a déjà fait ses preuves tenant compte des coûts de recherche, de développement, de production, de commercialisation et de suivi en vie réelle. En revanche, la solidarité internationale doit être préservée mais en indexant les prix sur le niveau de vie des populations plutôt que sur la solvabilité des États, par exemple la différence de niveau vie entre l'Inde et la France est d'un rapport de 1 à 10 et non pas de 1 à 50 ou 80... Par ailleurs l'État français serait plus crédible dans ses négociations avec l'industrie pharmaceutique s'il utilisait automatiquement son droit de « licence d'office » en cas de non respect de règles précises de fixation de prix qu'il aurait établies.

La recrudescence des ruptures d'approvisionnement en médicaments depuis ces dix dernières années est un autre sujet d'inquiétude pour l'accès au médicament. Le conseil de l'Ordre des pharmaciens, via le Dossier Pharmaceutique « Rupture », a enregistré en moyenne depuis deux ans près de mille déclarations de rupture par mois. Ainsi, nous pouvons constater actuellement sur le site web de l'ANSM qu'il y a 62 spécialités pharmaceutiques, soit en tension d'approvisionnement, soit en risque de rupture ou soit en rupture totale. Cela concerne notamment des antibiotiques de traitement de première intention comme oxacilline, cloxacilline, pipéracilline-tazobactam, cefotaxime, ... pour lesquels nous avons encore des alternatives, mais pour combien de temps, car toute rupture de médicaments risque de mettre en

tension d'approvisionnement son alternative thérapeutique. Pire encore, cela concerne aussi des médicaments sans alternative comme certains vaccins contre l'hépatite B, l'hépatite A ou anti-pneumococques. Pour gérer la tension d'approvisionnement du vaccin contre l'hépatite B, comme pour certains médicaments onéreux, l'État français a été contraint de rationner l'accès en priorisant les personnes à vacciner. Les causes de ces ruptures d'approvisionnement sont multiples : l'augmentation de la demande d'un médicament, la pénurie de matière première nécessaire à sa fabrication, les défauts de qualité, la modification du procédé de fabrication, la limitation des stocks et la gestion en « flux tendu », un dysfonctionnement dans le circuit de distribution, ... Comme pour l'alimentation, la question de la relocalisation de la production pharmaceutique se pose. Un médicament parcourt des milliers de kilomètres avant d'arriver au patient. Par exemple, 80 % des principes actifs sont aujourd'hui fabriqués hors d'Europe (principalement en Chine). La complexité croissante des circuits de fabrication ont certainement une part non négligeable dans le risque de rupture d'approvisionnement.

Chaque année, les gouvernements successifs essaient de maintenir un accès universel au médicament, qu'il soit innovant ou indispensable. On peut citer quelques dispositifs mis en place : le système des ATU, l'inscription sur la liste en sus pour les produits hospitaliers innovants coûteux, un budget spécifique anti-VHC, assurance complémentaire obligatoire pour tous les salariés...

Notre système de santé a garanti jusqu'à présent un accès au médicament en France avec un remboursement quasiment à 100 % des médicaments par un tiers payant généralisé aussi bien dans les pharmacies de ville qu'hospitalières.

Dans un contexte de phénomènes mondialisés, sauver l'accès universel au médicament en France est un défi majeur pour les prochains gouvernements.

A CÔTÉ DE CES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS QUE NOUS POUVONS DÉSIGNER COMME STRUCTURELLES, EXISTE UNE GRANDE CAUSE CONJONCTURELLE : LA PRÉCARITÉ.

Cette problématique est abordée dans la [partie III \(interview\)](#). Elle justifie des dispositifs d'accès aux soins spécifiques développés dans la partie « Un pas de côté » et « Chroniques d'hôpital ».

Depuis 2008 (à la faveur de la crise financière qui a jetté durablement tant d'hommes, femmes et enfants dans la vulnérabilité, la précarité et la pauvreté)⁴ [5], depuis 2015 (à la faveur de flots migratoires sans précédents qui ont jetté durablement tant d'hommes, femmes et enfants dans la vulnérabilité, la précarité et la pauvreté), il existe en France tout un peuple d'invisibles qui vit et souffre, pour le moment sans bruit, pour le moment dans un monde parallèle au nôtre.

Ils sont plus malades que le reste de la population [6], « jusqu'à deux fois plus pour la dépression et le diabète », sont plus exposés aux facteurs de risque « comme le tabac (x1,6) et l'obésité (x1,7) » [6] « des prévalences des pathologies liées à la nutrition particulièrement élevées (obésité, hypertension artérielle (HTA), diabète, certains déficits vitaminiques) » [7]. **Mais ils se soignent moins** « en revanche,



alors qu'ils déclarent souffrir d'avantage de maladies de l'oreille et des dents, ils invoquent moins que les autres ces motifs de recours » [6].

Ils ne bénéficient ni de dépistage, ni de prévention⁵.

Parmi eux, trois populations émergent, encore plus vulnérables, avec des pathologies encore plus lourdes, physiques et psychiques : les femmes [8], les mineurs isolés étrangers [9] [10] et les exilés, qu'ils soient migrants ou réfugiés [11].

Il n'est pas étonnant dans ce contexte d'observer des troubles psychiques graves (16 %), du type syndrome post-traumatique, ou des tableaux dépressifs (22 %) [12].

L'accès aux soins n'est pas que le problème des étrangers : dans une enquête publiée en 2016 [13], il apparaît que « 36 % des français ont des problèmes au moment de payer des actes médicaux mal remboursés par la Sécurité sociale, 64 % chez les foyers les plus modestes. Disposer d'une mutuelle santé est financièrement compliqué pour 53 % des ménages modestes, et 48 % d'entre eux n'ont pas les moyens de se procurer une alimentation saine. »⁶.

Le défaut d'accès aux soins est multifactoriel : financier bien sûr mais également non recours soit du fait de la complexité des démarches, soit du fait de l'ignorance.

4. « Les évolutions des indicateurs du tableau de bord montrent en 2009 une quasi stabilité du taux de pauvreté ancré dans le temps à 11,8%, alors que la tendance était à la baisse depuis 2007, et une augmentation du taux de pauvreté relatif au seuil de 60 % du revenu médian (954 € en 2009) qui s'établit à 13,5 % de la population française métropolitaine. Le profil des personnes pauvres s'est toutefois peu modifié sur la période récente le taux de pauvreté relatif (calculé au seuil à 60 %) reste plus élevé pour les familles monoparentales, les personnes isolées, les familles nombreuses et les personnes immigrées alors que le risque de pauvreté décroît de façon générale avec l'âge. ».

5. Parmi les plus précaires : la mortalité et la morbidité sont augmentées, Le taux de couverture vaccinale est inférieur parmi les enfants issus de familles pauvres, la participation aux dépistages des cancers dépend de facteurs socio-économiques, les campagnes de prévention sont d'autant moins efficaces que le niveau de revenus est bas. L'accès aux soins et à la prévention de certains sous-groupes de la population est particulièrement difficile : personnes vivant à la rue ou en grande précarité, personnes hébergées à l'hôtel par le Samu social (115), prisonniers, gens du voyage, migrants... (voir Dossier : rapport précarité pauvreté santé académie nationale de médecine).

6. « Les personnes précaires ont en permanence de nombreux choix à faire, essayant au mieux de parer aux urgences quotidiennes (se loger, se nourrir, se vêtir, assurer les besoins de base pour elles-mêmes et leurs familles...). Pour elles, la santé se situe dans un espace secondaire, ce qui peut engendrer un cercle vicieux : la dégradation de la santé concourt à la dégradation socio-économique, qui aggrave l'état sanitaire. » (voir Dossier : rapport précarité pauvreté santé académie nationale de médecine).

A CE NIVEAU APPARAÎT UNE AUTRE DIMENSION DE L'ACCÈS AUX SOINS : L'ACCÈS AUX DROITS

L'état social propose, mais ne met pas à disposition. Loin s'en faut si nous nous basons sur les modalités d'accueil décrites dans une CPAM. Car les méthodes de gouvernance qui se sont implantées à l'hôpital se sont également implantées dans les autres administrations publiques : gestion intitulée management, communication nommée information, deshumanisation proclamée efficience.

Mais dans ce contexte qui n'est ni plus ni moins qu'une entrave à l'accès aux droits (cf. *Médecins du Monde* : PASS page 24) il y va de la vie de la personne, au sens premier.



Accès aux droits... oui mais pas trop !

Pascal Martin

Sociologue (Docteur sans poste, membre associé au CSE-CESP, a enseigné à Paris 8 et Paris 13)

Il a travaillé dans une caisse d'assurance maladie, en a gravi les échelons puis échoue au moment d'accéder à une fonction d'agent de direction ; après cet échec, qui, chez ce syndicaliste, résonne comme un acte manqué¹, il embrasse alors des études de sociologie. Il soutiendra une thèse « *Les métamorphoses de l'Etat*

social. *La réforme managériale de l'assurance maladie et le nouveau gouvernement des pauvres* » en résonance avec le conflit intérieur que les évolutions managériales de l'assurance maladie avaient fait naître en lui. Ses travaux s'inscrivent dans une forme d'ethnographie de l'Etat social ; ils s'appuient sur une enquête

de terrain réalisée entre 2001 et 2008² dans une caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), située dans un département de la région parisienne fortement touché par la précarité. Aujourd'hui, il nous donne son éclairage sur les modalités d'accueil des usagers précaires en quête de (leurs) droits.

A- Pour situer le contexte, il faut se remémorer quelques fondamentaux

1. Initiée durant les années 30 (réservée alors aux salariés et leur famille), l'assurance maladie (fondée sur le modèle des assurances sociales mises en œuvre en Allemagne à la fin du XIX^e siècle), avec la création de la Sécurité sociale en 1945, tend vers une inclusion progressive de l'ensemble de la population jusqu'en 1980 [2] (cf. Un pas de côté : les dispositifs d'accès aux soins). L'assurance maladie ainsi construite permet à chacun de se faire soigner selon ses besoins, quel que soit son âge et ses ressources, à partir des cotisations des salariés (constitutives du salaire indirect) : « chacun cotise selon ses moyens et bénéficie selon ses besoins ».
2. Arrivent les années 70 et le chômage de masse qui n'a jamais cessé depuis : on assiste alors à une situation d'effritement de la société salariale et de l'Etat social (Castel, 1995) qui amène des mesures de contrôle des dépenses de l'assurance maladie et le renforcement d'une politique sociale libérale. Au sein des caisses d'assurance maladie, cette évolution s'est incarnée dans une conversion managériale, qui a transformé l'organisation du travail, le contenu des formations et les interrelations aux guichets (agents/usagers).
3. En 2000, la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) est présentée comme répondant à la réalisation pleine et entière du projet porté en 1945 par le conseil national de la résistance : il s'agit d'étendre à l'ensemble de la population une couverture maladie (notamment les populations précaires non couvertes par un régime de Sécurité sociale). Mais, en fait, elle réactive la logique assistantielle car la prise en charge est attribuée sous condition de ressources et non plus en fonction des besoins. Ainsi les statut social et valeur économique de l'individu sont prépondérants.

1. Pour l'admission à la formation, le sujet de l'épreuve écrite de protection sociale portait sur la mise en œuvre de la Couverture maladie universelle (CMU) et, en vue d'une nouvelle inscription pour suivre la préparation au concours, le sujet était : *le système de retraite par répartition est-il toujours viable ou faut-il lui préférer le système par capitalisation ?*

2. NDLR : Cette enquête s'est donc déroulée avant la mise en place de la PUMA (01/01/2016) ; elle concerne essentiellement de la CMU complémentaire (CMUc) et de l'Aide médicale Etat (AME), système d'accès aux soins qui requiert de faire une demande sous conditions de ressources, de séjour stable et régulier en France. Depuis l'installation de la PUMA, la CMUc et l'AME demeurent, le nouveau dispositif se substitue à la CMU (de base) et vise à remédier aux situations de rupture de droit ou à garantir la continuité des droits afin d'éviter des changements de régime pénalisant les assurés sociaux. (cf. Un pas de côté, systèmes d'accès aux soins).

B- Venons-en aux faits

La conversion managériale de la caisse d'assurance maladie s'est notamment traduite par la mise en place d'une formation dispensée aux agents de la caisse par un consultant extérieur qui ambitionne de « changer la culture d'entreprise ». Ce formateur avait été recruté à l'issue de l'ouverture d'un marché public en vue de : « proposer une nouvelle organisation dans le but d'améliorer la qualité de l'accueil des usagers » ; il fut recruté sur la base d'une réponse intitulée « la gestion de la file d'attente des clients ». Le prestataire ainsi sélectionné va former uniquement les équipes travaillant à l'accueil.

La nouvelle organisation s'appuie sur deux éléments : un logiciel informatique et le chronométrage de la durée de l'entretien au guichet entre agent et usager. Elle détermine en outre 3 niveaux d'accueil des « clients » :

☒ Le pré-accueil pour lequel l'agent dispose de 3 mn/usager qui sont dédiées :

- En premier au TRI entre les assurés sociaux (qui cotisent et ont des droits ouverts à l'Assurance maladie ; ils vont bénéficier des conditions de traitement les plus favorables) et les non assurés (ceux qui ne cotisent pas ; ils devront revenir après avoir obtenu une date de rendez-vous).
- Au traitement des « clients » sans problème difficile.

☒ Un deuxième niveau d'accueil pour lequel l'agent dispose de 20 mn/usager. Dans ce cadre, les usagers sont reçus le jour même de leur passage au pré-accueil ; ces 20 mn sont dédiées :

- Au traitement des dossiers complexes de la population des assurés sociaux (*ex* : arrêt de travail en cours et problème de règlement).
- Aux questions posées par la population en voie de désaffiliation du fait de la perte d'emploi et/ou de la qualité d'assuré social³.

☒ Le troisième niveau où l'utilisateur n'est reçu que sur RV et quoiqu'il en soit pas le jour de son passage au pré-accueil.

- Il lui est expliqué que le RV ne peut avoir lieu le jour même car il faut un délai pour préparer le dossier et donc que c'est dans son intérêt.
- Les usagers concernés par ce niveau sont les personnes qui ont le plus besoin d'un traitement rapide : essentiellement la CMUC ou l'AME.
- C'est le niveau où la part d'arbitraire dans le traitement de la demande est la plus forte. En effet, la demande était initialement basée sur le déclaratif mais cela fut supprimé assez vite ; dès 2002 on assiste à un renforcement des conditions d'examen⁴, avec l'entrée en pratique d'un véritable pouvoir discrétionnaire.

C- Si nous analysons de plus près ces faits [2]

☒ Pourquoi ne pas traiter les demandes des usagers CMUC ou AME dès le pré-accueil s'ils disposent des documents requis ?

- Remplir et vérifier tous les documents dans les 3 mn imparties au pré-accueil est impossible⁵.

☒ En quoi le report du RV de 3^{ème} niveau est-il délétère pour l'utilisateur puisque de fait il permet à l'agent

de disposer de temps pour traiter son dossier ?

☒ Avant toute chose, la logique du RV ne tient absolument pas compte de la situation d'urgence dans laquelle peut se trouver l'utilisateur. Nous savons que les populations les plus précaires attendent le dernier moment pour consulter un médecin. Ils sont donc souvent dans une situation où l'accès aux soins doit

s'effectuer rapidement, leur imposer une attente plus longue que les autres usagers peut sérieusement compromettre leur état de santé. Leur demander d'anticiper ou de prévoir à l'avance ce type de problème n'est vraiment pas très responsable si l'on réfléchit en termes de santé publique. Si l'on adopte une logique gestionnaire, il en va alors tout autrement...

3. Actuellement la désaffiliation est effective après 1 an de maintien de droit qui débute à la perte de la qualité d'assuré social, autrement dit, à partir de la fin de la dernière activité ou de l'indemnisation chômage. Toutefois entre 1988 et 2003, la durée du maintien de droit était fixée à 4 ans. Avec le temps, les conditions d'accès aux prestations se sont dégradées. L'instauration de la PUMA a permis aux personnes ayant épuisé leur droit - et leur maintien de droit - de rester affilié au régime général sans avoir à sortir de ce régime pour intégrer le dispositif CMU.

4. Exemple, une personne qui réside en France et qui déclare avoir 0 euros de ressources se voit refuser l'accès à la CMU complémentaire. L'institution considère qu'elle doit recevoir des aides extérieures (partant du principe que l'on ne peut pas vivre avec 0 euros !) et/ou ne déclare pas le niveau « réel » de ses ressources. Il s'instaure alors des interrogatoires bureaucratiques pour évaluer les aides extérieures éventuelles ; ces procédés sont très dépendants de l'agent que l'utilisateur a face à lui : il peut demander des documents non indispensables.

5. Vérifier si la personne n'est pas en maintien de droits, si elle ne peut pas bénéficier des droits d'une autre personne avec laquelle elle vit...



☒ Par ailleurs, les entorses observées au niveau des usages du logiciel qui mesure l'activité d'accueil, ont également été commises au niveau de l'appréciation et/ou la reconnaissance de la date de la demande initiale. D'un point de vue gestionnaire et légal, la réponse doit être apportée dans un délai de deux mois maximum à compter de cette date ; pour améliorer les chiffres, on assiste à des contournements des règles pour masquer la réalité des faits. Par exemple, si l'on change la date d'étude du droit pour réduire artificiellement le délai de traitement cela risque de décaler la période de référence et pour le coup de modifier la liste pièces nécessaires pour l'instruction du dossier. En effet, la période de référence pour l'étude des droits correspond aux 12 mois précédents la date de la demande. Si l'on reporte la date de demande initiale (par exemple, du 10/09 au 10/10), on maquille les chiffres en réduisant le délai de traitement d'un mois. Cependant, dans cette hypothèse, qui satisfait des raisons gestionnaires, le traitement de la demande intervient un mois après le dépôt du dossier à l'accueil et la période de référence des 12 mois (précédant la date de la demande) se décale.

☒ Exemple, l'utilisateur a déposé son dossier le 10 septembre 2017. La période de référence est alors de septembre 2016 à août 2017. Si l'on retient après coup comme date de dépôt le 10 octobre, la période de référence change : c'est désormais d'octobre 2016 à septembre 2017. L'agent qui traite le dossier va alors réclamer de nouveaux justificatifs. Cela permet de comprendre pourquoi des usagers racontent que leur dossier a été retourné après plus d'un mois pour réclamer de nouvelles pièces...

Or, compte tenu que le délai moyen dans l'organisme enquêté excède souvent la période de deux mois (en moyenne deux à trois mois pour le traitement de ces dossiers), il y a un intérêt, bien sûr purement gestionnaire, à retenir comme date de dépôt une date qui permet d'annoncer aux

instances des délais de traitement qui sont « dans les clous » (dans les deux mois impartis).

- Il arrive donc qu'à la date de traitement du dossier, les documents, qui étaient valides en se référant à la date d'enregistrement initial, soient invalides du fait de la durée de traitement.
- Il existe certes un accusé de réception de la demande à l'accueil indiquant la date à laquelle la demande a été faite, mais la consigne a été donnée de ne pas délivrer ce document donc on peut en changer la date d'enregistrement⁶.

Cette longue digression plutôt technique permet de mieux comprendre comment ce qui peut être tout d'abord perçu (par les usagers) comme des erreurs commises par les agents ayant traités la demande à l'accueil (ce qui accroît l'idée que les agents de la Sécurité travaillent n'importe comment !) constitue une ruse managériale pour maquiller les délais réels de traitement de ces usagers en abusant du fait qu'ils sont complètement dépendants et livrés en pâture à une logique gestionnaire et à des « experts faussaires » qui privilégient des « performances » déguisées au détriment des besoins sans fard des usagers les plus précaires.

- En outre, dans certains cas, des dossiers ont même été jusqu'à disparaître purement et simplement (sans doute passés aux oubliettes !) pour éviter d'être démasqués après avoir largement dépassé les délais ? Toujours est-il que les usagers ont dû refaire leur demande...

☒ **En réalité tout ce dispositif est subordonné à l'évaluation du pôle accueil**

- Qui mesure l'activité de l'accueil.
- Dont la qualité est évaluée sur deux indicateurs étroitement corrélés : traiter 80 % des dossiers en moins de 3 mn, ce qui suppose au maximum 20 % de dossiers traités au deuxième niveau (en 20mn). En effet, lorsque le centre dépasse les 20 % de deuxième niveau cela met mathématiquement

Pour améliorer les chiffres, on assiste à des contournements des règles pour masquer la réalité des faits...

ment en péril les 80 % au pré-accueil ; donc les responsables du pôle accueil ont l'œil rivé sur le logiciel.

- Pour l'agent, ayant atteint les 3 mn il n'y a que deux alternatives, s'il ne veut pas les dépasser : soit il éteint le logiciel (et c'est à partir de là seulement que certains agents déclarent se sentir vraiment à l'écoute de l'utilisateur) soit il transfère la personne au deuxième niveau sans avoir répondu à sa demande.

☒ Ces objectifs chiffrés font partie d'un programme national d'objectifs.

- Qui sont ensuite déclinés à chaque niveau depuis le directeur général jusqu'à l'agent.
- Les agents sont évalués sur la base des chiffres qu'ils ont réalisés : la qualité est donc réduite au chiffre.

Dans cette logique, il vaut mieux faire se déplacer 5 fois l'utilisateur et le garder 3 mn à chaque fois, quitte à ne pas résoudre son problème, plutôt que de le garder plus longtemps, mais une seule fois, et résoudre son problème.

Clairement, le but n'est plus de résoudre le problème de l'utilisateur mais de faire du chiffre au détriment de l'individu. Cela constitue une bonne illustration de « la gouvernance par les nombres » analysée par Alain SUPLOT (Suplot, 2015).

6. il s'agit clairement d'une entorse à la réglementation

Au-delà, que disent ces faits d'un point de vue sociologique ?

1. D'abord, que depuis la mise en œuvre de la CMU, il existe, au sein de l'Assurance maladie, une distinction entre deux pôles de prestations sociales : celui des assurances sociales qui demeure accessible aux cotisants et celui de l'assistance pour les plus précaires qui ne cotisent pas. Nous considérons que la CMU relève essentiellement de la logique assistantielle au motif que la couverture gratuite est attribuée uniquement sous condition de ressource (conditions d'attribution que Lord Beveridge – concepteur d'un modèle universel de protection sociale en Angleterre dans les années 1940 – jugeait indignes).
2. Ensuite, qu'au nom de l'injonction économique (faire des économies pour assainir le fonctionnement de l'institution,) ce sont les plus vulnérables qui sont le plus lésés : c'est la politique du bouc émissaire. Cela est si puissamment ancré que ce système tolère des fraudes de la part d'employeurs qui ne paient pas leurs cotisations et, dans le même temps, pénalise des usagers vulnérables souvent sans moyens de recours.
3. Enfin, il nous faut souligner la perversion du sens des mots employés adossée à cette nouvelle « gouvernance ».
 - ☒ Là où l'on parle d'amélioration de l'accueil, les cas d'urgence sont souvent ceux qui sont traités le plus tardivement et le plus lentement.
 - ☒ La CMU est un dispositif d'assistance qui donne l'occasion aux agents d'accueil d'incarner l'État face à des « assistés » (nous employons ce terme – avec des guillemets – pour souligner le fait, d'une part, que ces individus relèvent d'une logique d'assistance et, d'autre part, qu'il sont souvent (re)présentés comme tels dans certains discours politico-médiatiques, lesquels produisent des effets qui n'épargnent pas les agents de l'institution). Et ce d'autant plus que ces agents sont encouragés par certaines instances à suspecter ces « assistés » d'abuser du système de protection sociale.

☒ Tout en poursuivant son extension à l'intérieur de l'institution, la logique managériale déployée par l'Assurance maladie, institution clé de l'État social, tend à externaliser l'accueil des assistés en enrôlant des structures partenaires (associations, structures sanitaires et sociales).

Somme toute, cette belle idée qui était celle de l'ouverture de la couverture maladie à tous se retrouve dans les actes être un processus bien huilé d'exclusion, marginalisation et stigmatisation sur la seule base du statut de personne « productive » ou pas – voire « légitime » ou pas.

En effet, tous ces éléments s'inscrivent dans une logique commune de rentabilité qui a profondément modifié les valeurs fondatrices de l'institution : le curseur des valeurs s'est notamment déplacé du qualitatif vers le quantitatif et simultanément au nom de la « gouvernance » se sont mis en place les rouages permettant cette transformation :

- **Le terme « nouvelle gouvernance » est apparu en 2002 dans l'Assurance maladie, accompagné d'un système d'évaluation qui substitue le quantitatif au qualitatif (nous avons vu plus haut les conditions de production de ces chiffres !).**
- Cette politique gestionnaire a abouti à la transformation des prises des décisions : au sein de la sécurité sociale, la démocratie sociale (conseil d'administration composé en majorité de représentants salariés qui décidaient du budget, conformément à la définition selon laquelle « ceux qui s'en occupent sont ceux qui en bénéficient ») est défaite. En effet, l'approbation des dépenses a été transférée au parlement via le vote de la loi de finances de la Sécurité sociale et de l'ONDAM⁷.
- Le conseil d'administration de la sécurité sociale, de décisionnaire, est devenu une chambre d'enregistrement⁸.



7. NDLR : et avec l'augmentation de la part de la CSG dans le financement de la sécurité sociale au détriment de celle des cotisations, la présence même des salariés au sein du CA sera remise en cause.
 8. NDLR : chers confrères, cela ne vous évoque-t-il rien ?



E- Les enseignements et réflexions tirés de cette étude

☒ *En termes de conditions d'accueil des populations vulnérables, la priorité est de repenser les conditions de travail des agents - et les objectifs qu'on leur assigne - car les agents bientraités par l'institution seront d'autant plus bientraités pour les usagers. Il faut donc recruter massivement dans les organismes afin de permettre aux agents de disposer du temps nécessaire à effectivement aider l'utilisateur⁹ ; il faut également redonner sens au travail des agents en abandonnant la politique actuelle de déstructuration des services.*

En termes de démocratie sociale, il faut bien sûr revoir et mieux répartir les prises de décision en accordant plus

de poids aux salariés dans l'organisation du service et renforcer les possibilités d'intervention des syndicats et des représentants des usagers.

Les indicateurs des institutions ne sont pas le reflet de l'activité mais (au mieux) de la productivité ; il existe un décalage flagrant entre « la carte et le territoire » (Supiot, 2015) c'est-à-dire entre le dit et la réalité. D'ailleurs, même si l'institution remplit les objectifs avancés, ils seront réévalués l'année suivante, il s'agit donc d'une course en avant non pas vers l'équilibre mais vers toujours plus de productivité.

Enfin, il est important de souligner que le recul ou l'effritement de l'Etat social n'est pas synonyme d'un désengagement de l'Etat mais plutôt une réorientation de son action et un engagement de plus en plus fort dans une logique gestionnaire qui tourne le dos aux besoins des agents de l'institution comme de ses usagers.

REFERENCES

- [1] Martin P. (2011). « Gestion de la file d'attente et invisibilisation des précaires. Mensonge institutionnalisé dans une caisse d'assurance maladie ». Actes de la recherche en sciences sociales, n° 189, p. 34-41.
- [2] Martin P. (2016). « De la conversion managériale à la dualisation de l'assurance maladie », in Politiques sociales en mutation : quelles opportunités et quels risques pour l'État social ? Sous la direction de Anne Fretel, Anne Bory, Sylvie Célérier et Florence Jany-Catrice, Presses Universitaires de Louvain, 2016.
- Martin P. (2016). Les métamorphoses de l'assurance maladie. Conversion managériale et nouveau gouvernement des pauvres, collection le Sens social, Presses Universitaire de Rennes.
- Castel R. (1995). Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat, Fayard.
- Supiot A. (2015). La gouvernance par les nombres, Fayard.

9. NDLR Cf MAG 6 « Financement de l'hôpital le prix humain » Francis GINSBOURGER « Evaluer l'effectivité du service rendu, c'est produire des connaissances qui ne permettent pas seulement de rendre compte du bas vers le haut, mais, à tous les niveaux, de se rendre compte des attentes et des besoins. La prise en compte de telles indications passe par une profonde refonte des modalités de fonctionnement des institutions publiques. Il nous faut passer d'un fonctionnement coordonné (chacun à sa place exécute les ordres de la hiérarchie) à un fonctionnement coopératif (les rôles s'entre-définissent en situation et au cas par cas). L'utilisateur n'est plus le réceptacle d'une offre prédéfinie, il faut le rendre co-prescripteur et permettre aux agents qui coopèrent au quotidien de réfléchir à leurs pratiques en fonction d'un « public » qui se redéfinit constamment. »

OÙ SE SITUE L'HÔPITAL DANS L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ ?

L'hôpital prend en charge 77 % des soins hospitaliers, et 100 % des soins aux précaires.

L'hôpital participe par les PASS (cf. *Chroniques d'hôpital* page 18), mais au-delà des consultations de ces dernières, des hospitalisations peuvent être nécessaires, dont on sait qu'elles sont plus longues car les pathologies sont plus graves. Ces patients insolvable génèrent des impayés pour l'hôpital. Pourtant, à l'ère du 100 % T2A, il existe une T2A « précarité » qui est loin de couvrir à 100 % les frais de soins.



Les impayés de l'hôpital

Erica Mancel

Praticien hospitalier

Centre Hospitalier Territorial de Nouvelle Calédonie (CHT)

Après interview d'Isabelle Jouet, chef du service des finances, Centre Hospitalier Territorial de Nouvelle Calédonie

Les restes à recouvrer sont un fardeau pour les hôpitaux ; pour le CHT de Nouvelle Calédonie en 2016 92 millions d'euros, dont 3,3 millions pour les intéressés : les patients de l'hôpital partis sans payer leur facture. Ce handicap financier grève de façon importante les possibilités d'investissement et de fonctionnement de l'hôpital.

Il est difficile de trouver la cause du non-paiement des patients (négligence, difficultés financières et d'accès aux soins, etc.) car le recouvrement est fait par le Trésor Public, et ces causes ne sont pas répertoriées.

Dans une prise en charge des soins d'hospitalisation, si les patients ont une couverture CAFAT (équivalent de la Sécurité Sociale), 30 % restent à leur charge s'ils n'ont pas de mutuelle, ainsi que le forfait journalier ; et s'ils sont couverts par l'aide médicale (pour les personnes sans revenus, équivalent de la CAMU) ou par la CAFAT en longue maladie, tout est alors pris en charge par cette caisse.

En fait le problème vient souvent d'une rupture de cotisation à la caisse d'assurance maladie, pour des patients qui ne font pas non plus les démarches pour bénéficier de l'aide médicale, malgré l'aide qui peut leur être apportée par les assistantes sociales de l'hôpital pendant leur séjour. A l'origine de cette imprévoyance : les patients en longue

maladie qui ne comprennent pas que cette prise en charge ne s'applique pas à toutes les maladies et qui laissent traîner la situation, les touristes qui ne vérifient pas avant de changer de pays s'ils sont couverts par leur caisse ou par une assurance, la misère sociale et intellectuelle et son lot de comportements de marginalisation sociale, l'absence de solvabilité source de désinvestissement, l'absence d'information portant à croire que la santé est gratuite sans entrevoir la cherté des coûts d'hospitalisation, l'absence de prise de conscience de sa place de citoyen à part entière qui emmène à l'attente passive que les démarches soient faites par l'autre, en l'occurrence l'hôpital.

Il convient par ailleurs de préciser que les dettes sur les patients calédoniens hospitalisés sans aucune couverture sociale ou sans mutuelle complémentaire sont en forte augmentation depuis trois ans avec un taux de non-recouvrement de plus de 80 %.

Pour les consultations, le reste à recouvrer vient en majeure partie du fait que notre hôpital ne peut offrir le tiers payant, avec une accumulation de petites sommes, encore plus difficiles à recouvrer.

Les relances du Trésor Public sont pourtant devenues très actives : commandement de payer, saisie sur

salaires et sur compte bancaire par opposition administrative, huissiers. Cette politique dynamique (qui peut être ressentie comme agressive) de recouvrement amènera sans doute un changement des mentalités, dans un pays où la couverture sociale est très étendue, en théorie sans laissés pour compte. Les médias reprennent aussi sans cesse au sujet de la Nouvelle Calédonie, de la métropole et au niveau international, que la santé a un coût, et que seule la maîtrise de ces coûts peut pérenniser à long terme la qualité et la sécurité des soins. La balle est dans le camp de tous les citoyens... pour peu qu'eux-mêmes se sentent reconnus comme tels.





Prise en charge de la précarité : la T2A m'a tuée

Didier Castiel

Économiste de la santé, Enseignant
Chercheur, Université Paris Nord 13

Membre du CEPN : Centre d'Économie de Paris Nord, laboratoire de recherche CNRS – UMR 7234 dont l'axe santé traite entre autres de l'« évaluation économique des actions et programmes de santé » et des questions de financement de l'hôpital sous l'angle de la précarité ».

Son thème de recherche personnel est « la précarité et sa prise en charge à l'hôpital : comment continuer à accueillir tous alors que le budget est de plus en plus contraint ».

Les patients précaires génèrent des frais supplémentaires d'hospitalisation d'une part du fait de leurs conditions de vie qui engendrent des pathologies plus graves et d'autre part du fait d'un recours aux soins plus tardifs. Ces deux aspects se conjuguent, requérant ainsi des hospitalisations plus longues^{1,2}.

1) Il existe plusieurs outils financiers d'accès aux soins pour les patients précaires (Cf. Un pas de côté accès aux soins page 10) mais aucun d'entre eux ne permet de répondre aux besoins spécifiques de la précarité :

La CMU (couverture maladie universelle), rebaptisée en 2016 PUMA (protection universelle maladie) permet l'accès aux soins d'hospitalisation et de ville pour tous ceux qui exercent une activité professionnelle en France, ou qui résident en France de façon stable et régulière. Mais cependant, elle ne tient pas compte des besoins spécifiques liés à la précarité lors des hospitalisations, c'est-à-dire que la part complémentaire ou encore le forfait hospitalier journalier, voire les franchises médicales et les participations forfaitaires restent à la charge du bénéficiaire des soins.

Les complémentaires santé CMUc et ACS (aides à la complémentaire santé) sont attribuées en fonction des res-

sources et pas des besoins spécifiques ou particuliers. Elles permettent une couverture complémentaire à condition que la personne ait opté pour une mutuelle présélectionnée par la CPAM (choix parmi 30 propositions uniquement) ; et ces mutuelles privées, conventionnées avec la CNAM, sont souvent les plus chères (le patient précaire doit donc supporter une partie importante du montant de la prime annuelle, puisque le chèque délivré par la CPAM pour le compte du bénéficiaire est d'un montant maximal d'un peu plus de 500 euros par an, alors que les cotisations mensuelles des bénéficiaires peuvent être d'au moins 120 euros par mois pour une couverture complémentaire de base, montant dépendant principalement de l'âge du bénéficiaire). De surcroît, ces mutuelles ne sont pas les plus intéressantes en termes de couverture, ce qui aboutit à un renoncement qui s'ajoute au non-recours³.

Or, les personnes sans complémentaire santé sont celles qui déclarent le plus souvent avoir renoncé à des soins (53 %). Le taux de renoncement à au moins un soin pour des raisons financières est de 25 %. Ce taux passe à 39 % pour les personnes les plus pauvres et à 13 % pour les plus aisés (rapport ESP 2017). Ces divers dispositifs « jettent dans les bras » de l'hôpital une popu-

lation précaire exclue des consultations de ville du fait du restant à charge important lié à l'expansion des honoraires libres.

Enfin, il existe des dispositifs complémentaires d'accueil des patients à l'hôpital tels que prévus par l'article 76 de la loi du 29 juillet 1998 (Loi n°98-857) : les PASS (Permanences d'accès aux soins de santé) pour tous ceux qui n'ont aucune couverture maladie. Cependant, elles n'assurent que des consultations médico-sociales pour les personnes en grande précarité, sans se préoccuper des éventuelles hospitalisations qui pourraient être nécessaires en aval (Cf. *Chroniques d'hôpital : PH en PASS page 18*).

2) La T2A impacte ces dispositifs et participe à la limitation de l'accès aux soins des patients précaires.

☒ Les PASS ont remplacé les consultations de précarité. Celles-ci ont disparu lors de l'instauration de la T2A, tout simplement parce que la T2A ne prévoit pas de financement pour la précarité. Or, les consultations de précarité existaient dans tous les hôpitaux, tandis que les PASS ne sont implantées que dans les hôpitaux volontaires ou désignées par l'ARS pour l'être. De fait, le maillage d'accès aux soins de la précarité est moindre.

☒ Actuellement, il existe un glissement très fort vers l'hospitalisation de jour puis vers la prise en charge ambulatoire au détriment de l'hospitalisation classique, ce qui permet de diminuer puis supprimer les frais hôteliers et de ne garder du malade que les actes techniques, T2A compatibles. Aussi, hors du cadre hospitalier (en l'occurrence des PASS), les patients précaires sont donc

1. En France, une étude a montré qu'à GHM identiques, les patients précaires avaient une durée de séjour globalement supérieure de 2,52 jours par rapport aux patients non-précaires, ce qui était associé à un surcoût pour les hôpitaux de 33% (Mathy et al. 2000).

2. Les résultats mettent en évidence un allongement des durées de séjour pour des patients précaires (+16 %), et en particulier pour des patients isolés socialement (+17 %), c'est-à-dire ayant des besoins d'assistance ou de soins d'hygiène, et pour des patients mal logés (+17 %). Un faible revenu n'influence pas à lui seul la durée de séjour. En revanche, un faible revenu associé à de mauvaises conditions de logement augmente significativement la durée de séjour (+24 %). (2) (le panorama des ETS 2010)

3. « Le bénéfice d'une assurance maladie complémentaire, en complétant les remboursements de la Sécurité sociale, permet de limiter les restes à charge et favorise l'accès aux soins. C'est pourquoi les pouvoirs publics ont mis en place la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) puis l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) pour permettre aux plus modestes de bénéficier d'une couverture complémentaire. En 2014, le taux de recours à la CMU-C était estimé entre 64 % et 77 % et celui de l'ACS (personnes ayant demandé l'attestation-chèque) entre 30 % et 43 % » rapport ESP 2017.

confrontés au paiement à l'acte pour des consultations de ville (ce qui leur est rendu difficile voire impossible du fait de leur non solvabilité.

3) Au sein de l'hôpital la T2A ignore la précarité

La T2A lisse et homogénéise les besoins et donc elle ne tient pas compte des spécificités de chacun⁴. Il existe bien des items de codage précarité mais pas pour tous les GHM : il s'agit d'un correctif précarité (somme forfaitaire allouée) qui est utilisé :

☒ Sur des critères laissés à l'appréciation du médecin codeur, donc mal codée car il n'existe pas de base de critères d'évaluation ou d'appréciation objective de la précarité, seule la perception subjective du médecin codeur au regard de la situation sociale du patient entre en ligne de compte, comme par exemple, la perception de minima sociaux ou encore d'être sans abri.

☒ Ne s'appliquant qu'à certaines pathologies ou encore certaines dimensions de la pathologie. Par exemple : tous les actes réalisés en hospitalisation ambulatoire (hospitalisation inférieure à la journée) ne donnent pas lieu à financement supplémentaire quelles que soient les conditions socio-économiques intrinsèques du patient. Il n'est donc pas possible de garder le patient plus longtemps, même si ses conditions sociales justifieraient un séjour plus long. De même, plus la pathologie est grave, plus la possibilité d'une dotation supplémentaire s'amenuise, voire disparaît (cf. exemple ci-dessous).

☒ La dotation est insignifiante, de l'ordre de 100 à 200 euros : elle ne couvre évidemment pas les frais d'hospitalisation supplémentaires et incite ainsi l'hôpital à ne pas recevoir les précaires ; par exemple, au hasard dans la base de données de la tarification T2A : le GHM « Entorses, luxations et dislocations du bras et de l'avant-bras » est représenté par 4 niveaux de gravité (GHM 08M211 à 08M214), engendrant un coût de plus en plus élevé pour chaque niveau, comme en témoigne le tableau suivant :

GHM Entorses, luxations...	Tarif du séjour (€)	Dotation par journée supplémentaire (€)
08M211- Niveau 1	832,50	0
08M212- Niveau 2	2491,60	88,07
08M213- Niveau 3	3548,51	236,56
08M214- Niveau 4	5856,56	0

Source : tarif GHS publics, 2013

On constate cependant sur cet exemple que pour les cas les plus graves, nécessitant plus de moyens financiers entre autres, la dotation supplémentaire disparaît, alors même que les cas les plus graves se retrouvent le plus souvent parmi les patients précaires... Cherchez l'erreur !! Cette logique se retrouve à titre général pour tous les GHM : plus le niveau de gravité est important, plus la dotation par journée supplémentaire tend vers zéro !

☒ L'ARS a toujours la possibilité de décider de donner une enveloppe supplémentaire (MIGAC-précarité) si elle estime que l'intérêt général sur la territoire requiert de prendre en charge la précarité⁵.

☒ Il s'agit d'une dotation directeur dépendant puisque le directeur de l'établissement doit être demandeur de la MIGAC-précarité auprès de l'ARS dont il dépend. L'accueil des patients précaires est donc un choix volontaire de l'établissement, sachant que si ce choix est fait, alors les dotations supplémentaires seront forcément limitées.

Aujourd'hui la T2A finance 100 % de l'activité hospitalière, mais en réalité elle ne couvre que 30 % de l'activité effectivement réalisée à l'hôpital : quid des 70 % restants ?

Quand il n'existe pas de prise en charge, il faut trouver des ressources ailleurs, qui passent par des procédures de codage autres. La T2A, parce qu'elle est actuellement le pilier inamovible du financement de l'hôpital, est de fait un frein fondamental à l'innovation et à l'adaptation.

Par ailleurs, elle procède d'une atteinte à l'égalité d'accès aux soins car elle génère de facto une exclusion liée à la pathologie mais aussi au malade : en l'absence de codage, la prise en charge peut être abandonnée.

Enfin, elle engendre de mauvais codages en ce sens qu'ils ne reflètent pas la réalité du terrain et de fait altère la qualité des données de santé publique.

En résumé : concernant la prise en charge de la précarité (et pas que) la T2A ne règle rien : au contraire elle crée encore plus d'éloignement aux soins du fait de sa focalisation sur l'acte technique.

Il est urgent d'y adjoindre le concept de handicap social (voir infra "Il y a forcément quelque chose à faire").

REFERENCES

Circulaire N°DGOS/R5/2013/57 du 19 février 2013 relative au guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général/p 249 - http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/04/cir_36777.pdf
 Les patients en situation de précarité accueillis en court séjour restent-ils plus longtemps à l'hôpital ? Le panorama des établissements de santé - 2010 DREES p 29 ; <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/etabsante2010-4.pdf>
 L'impact de la prise en charge des patients en situation de précarité sur les hospitalisations de court séjour mission PMSI/CTIP, Caryn MATHY, Max BENSADON - Décembre 1999.
http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2009/05/rapport-prec_dec_1999.pdf
 Rapport ESP 2017 page 60 Indicateurs d'accès aux soins.
http://inv.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf
 La T2A, Une standardisation de type industriel, mais non dénuée d'effets pervers. D.CASTIEL (diaporamma)

4. Tous les soins ne sont pas standards : la T2A occulte la majorité des soins et ne peut répondre aux besoins de la population. (la T2A Une standardisation de type industriel, mais non dénuée d'effets pervers. D.CASTIEL)
 5. Les MIGAC précarité sont attribuées en tenant compte de la proportion de patients reçus par l'établissement bénéficiant d'une prestation Couverture maladie universelle (CMU) (PUMA à présent) , Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou Aide médicale d'état (AME). Cependant, seuls les établissements accueillant plus de 10,5% de patients bénéficiaires de l'une de ces prestations (13,5% des établissements MCO en 2010) peuvent en bénéficier. La dotation MIG précarité sert à financer les surcoûts structurels et organisationnels générés par la présence, dans une proportion plus forte que la moyenne, de patients précaires (francophones ou non francophones) au sein de la population prise en charge dans l'établissement de santé. Il s'agit majoritairement de frais de personnel dédié (y compris interprètes/médiateurs éventuels) et de factures impayées (1) (La prise en charge spécifique des patients en situation de précarité.)



IL Y A FORCÉMENT QUELQUE CHOSE À FAIRE...

Créer, c'est aussi donner une forme à son destin.

Albert Camus, Le Mythe de Sisyphe

« Elles soulignent l'extrême fragilité sociale de certaines populations migrantes vivant dans les camps et dans la rue, mais aussi l'action exemplaire menée par des structures publiques (les PASS, le Samusocial...) et des associations humanitaires (le Comede, Médecins du Monde, Médecins Sans Frontières, la Croix-Rouge...) pour soigner, ouvrir les droits des migrants à la santé et trouver des réponses à des situations sociales dramatiques. » [12].

Le Conseil National de l'Ordre des médecins s'est penché sur l'accès aux soins dans le territoire [21], sa « proposition » : la création et la répartition des maisons pluridisciplinaires de santé sur les territoires ».

S'agissant de l'accès aux droits, Médecins du Monde [22] [23] suivis en cela par l'Académie Nationale de Médecine (Cf III) préconise l'intégration de l'AME au régime général de la sécurité sociale, afin que l'universalité de la prise en charge de santé soit enfin achevée : rappelons que l'AME

n'ouvre pas droit aux mêmes prestations que la PUMA (notamment l'AME ne rembourse pas les frais de prévention ou de traitement des enfants ou adolescents handicapés).

Une autre des préconisations est la diminution de la part des complémentaires dont l'expansion éloigne les assurés précaires de possibilités de remboursement financièrement acceptables.

Dans le même ordre d'idée, la généralisation du tiers payant peut représenter une avancée importante pour ces patients peu ou pas solvables).

D'un point de vue structurel, la 100 % T2A apparaît de plus en plus comme un miroir déformant de l'activité hospitalière, transformant les réunions de CME en exposés de chiffres (écrits petit) énoncés par une directeur(trice) des finances au bord du suicide. Alors la précarité...

Dans son rapport portant sur « l'évolution des systèmes de financement des établissements de santé » [24], le député O. VERAN souligne la nécessité de réfléchir à une meilleure prise en charge de la précarité et réfléchit à définir des « profils sociaux » des établissements avec analyse rétrospective des prises en charge des patients précaires. **A contrario, Didier Castiel propose une estimation a priori du surcoût lié à la précarité grâce une T2A social-isable [25].**

Quelles que soient nos convictions politiques, en tant que médecins, il est de notre devoir de veiller à la bonne prise en charge sanitaire de chaque individu et en tant que médecins du service public, de contribuer ainsi à la santé globale de la population.



Vers une T2A social-isable (et social lisible)

Didier Castiel

Économiste de la santé, Enseignant
Chercheur, Université Paris Nord 13

Le concept de handicap social retrace le désavantage social, qui peut d'ailleurs n'être qu'une situation temporaire et non pas un stigmate porté à vie, comme peut l'être le handicap physique ou mental. Il n'y a pas nécessairement analogie entre ces trois handicaps.

1) Nous avons construit un modèle (travail initié dès 1995) d'allocation de ressources basé sur un score de précarité. Celui-ci permet d'identifier et de repérer les besoins **de la population précaire** et donc d'identifier le besoin en ressources supplémentaires pour la prise en charge de leur santé et/ou de leur condition sociale.

La faisabilité et la pertinence du score de précarité ont été testées sur un CHU parisien et sur un certain nombre d'hôpitaux des UGECAM¹ (hôpitaux gérés directement par la CNAM). Le modèle a été informatisé et dès lors, le score de précarité peut être calculé dès l'admission du patient à l'hôpital.

En pratique, les besoins spécifiques (en l'occurrence une durée d'hospitalisation plus grande) sont calculés et connus dès le début de l'hospitalisation, ce qui permet de demander un financement supplémentaire basé sur une réalité et non plus sur un forfait.

2) En 2005, nous avons mené un travail au sein d'un établissement public de santé en couplant un questionnaire de handicap social au programme de médicalisation du système d'information (PMSI)[1]. Le but était de connaître les handicaps sociaux de la population prise en charge et leurs répercussions éventuelles (allongement de la durée moyenne de séjour [DMS], journées d'hospitalisation mobilisées). Dans notre étude, un handicap social (de moyen à très sérieux) a été identifié dans les 2/3 de la population prise en charge. D'un point de vue médical, cette population n'était pas plus malade et ne consommait pas plus de médicaments. En revanche, la durée d'hospitalisation était augmentée de 1 jour en moyenne. Il existe donc une répercussion réelle du handicap social sur le fonctionnement de l'hôpital avec un surcoût ignoré de la T2A.

Depuis bientôt 50 ans, de nombreuses études ont montré que l'augmentation des inégalités sociales était à l'origine de l'aggravation des inégalités de santé. Reconnaître les situations de handicap social permettrait aux établissements d'anticiper sur le surcoût lié au supplément de besoins dans cette population (aux pathologies graves et souvent multiples).

3) En 2008 [2], nous avons répété l'étude². Nous avons alors montré que le questionnaire de handicap social permet d'identifier :

- ☒ Les variations de situations dans le temps et certainement dans l'espace.
- ☒ Les changements de facteurs qui influent dans le temps dans la constitution du handicap social.

Par ailleurs, nous avons pu confirmer que les patients les moins handicapés sociaux sont plus favorisés en considération de leur état de santé. Et enfin, cette étude nous a démontré que la tendance globale à la réduction de la durée d'hospitalisation s'applique également à la population relevant du handicap social dont la durée moyenne de séjour se rapproche de celle de la population générale : preuve s'il en est du formatage de la prise en charge des patients au détriment de toute prise en compte de spécificité fut-elle sociale.

4) Ce modèle a été proposé à l'époque au Ministre de la Santé concerné qui a répondu que la CMU était là pour ça, c'est-à-dire pour répondre à la précarité. Et bien non, la CMU n'est pas là pour cela car la protection médicale universelle rembourse des soins mais ne tient pas compte des besoins de financement supplémentaires.

1. Organismes de droit privé à but non lucratif, les UGECAM gèrent les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) de l'Assurance Maladie qui oriente, organise et développe leurs activités en cohérence avec les besoins de son territoire de santé. Le GROUPE UGECAM compte 225 établissements sanitaires et médico-sociaux. Il est expert dans des domaines pointus : grands brûlés, obésité infantile, traumatismes crâniens et orthopédiques, pathologies médullaires, amputations. Avec plus d'1 milliard de CA, il est le premier opérateur privé à but non lucratif.

2. Les marqueurs d'une situation de précarité ou de défaveur dans notre société sont le revenu, l'environnement social (conditions de vie, de travail, soutien social), le statut social et les marqueurs socio-démographiques (lieu de résidence, genre, etc.), ces données ont été associées aux durées moyennes de séjour (DMS), groupes homogènes de malades et de séjours (GHM, GHS) et les actes réalisés pour chacun ont ainsi été recueillis (PMSI).

La T2A a démontré son inaptitude à mettre en adéquation l'activité de soins prodiguée et celle qui est comptabilisée. Par le biais du handicap social, elle démontre également l'étendue du désengagement social de l'hôpital.

5) Il faut asseoir le financement sur les besoins du patient tant médicaux que sociaux, ce qui suppose de disposer de critères d'identification de patients, et notamment de critères objectifs de repérage de la précarité. La médecine n'est pas formatable. Le soin n'est pas que technique, il est aussi social et ce d'autant plus qu'il s'agit de soins hospitaliers.

Il faut donc envisager des structures de continuité du soin non technique en lien avec ou au sein de l'hôpital, permettant de répondre à ce double



besoin médical et social. Aujourd'hui, on ne peut plus se permettre de faire de l'hébergement social dans un lit médicalisé ; on doit les dissocier budgétairement mais pas forcément géographiquement : comment socialiser le GHS ?

Mais transformer un lit médicalisé en lit d'hébergement requiert de disposer de critères objectifs d'aide au médecin pour identifier les besoins du patient : c'est là que se situe la fonction du questionnaire de handicap social.

RÉFÉRENCES

- [1] D. Castiel, P.-H. Bréchat, C. Segouin, M.-C. Grenouilleau, D. Bertrand, «Hôpitaux publics, T2A et handicap social», Gestions hospitalières n° 457, juin/juillet 2006, pp. 241-45.
- [2] D. Castiel, P.-H. Bréchat, R. Rymer, M.-C. Grenouilleau, « Handicap social et hôpitaux publics : Il est temps de penser à un GHS « social-isable » » - Gestions Hospitalières - 1 septembre 2008, n° 478 PP. 452-456.

Soigner tout le monde bénéficie à tous. Le premier à avoir amené cette notion est certainement Arrow dans un article de 1963 [26]. Il propose qu'un bon état de santé général pour une population est bon en soit pour la collectivité dans son ensemble et le surcoût ainsi engendré suppose une amélioration du bien-être collectif de tous et des économies à terme : prévenir le tabagisme ou lutter contre, permet de ne pas avoir à soigner les cancers qu'il induit et les individus en meilleure santé sont donc plus productifs et la nation s'enrichit. La santé est un bénéfice pour l'individu (plus grand bien être individuel) mais également un investissement au bénéfice de tous (plus de richesse produite). Et ce d'autant plus que la richesse produite est de l'humanité.

Alors ? Bismark, Beveridge... ou Arrow ?

REFERENCES (les références indiquées entre parenthèses sont les références sous lesquelles apparaissent les documents téléchargeables sur le site de l'INPH)

- [1] « Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948 ».
- [2] Philippe MOSSE Bismark et Beveridge : des prototypes aux archetypes ; revue : Après-demain N°42 avril 2017 « L'accès aux soins »
- [3] Pratiques spatiales d'accès aux soins les rapports de l'IRDES n° 564 Octobre 2016
<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/564-pratiques-spatiales-d-acces-aux-soins.pdf>
- [4] Les disparités territoriales d'accès aux soins hospitaliers : comparaison de deux spécialités DREES N° 794 mars 2012. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er794.pdf>
- [5] (IIB 5 1) rapport du gouvernement sur la pauvreté en France Décembre 2012 http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-pauvrete_gouvernement-decembre2012.pdf
- [5] (IIB 5 2) Rapport au parlement suivi de l'objectif de baisse d'un tiers de la pauvreté en cinq ans octobre 2011.
http://www.ville.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_pauvrete_octobre_2011.pdf
- [6] (IIB 6) Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population ; résultats des enquêtes ESPS 2006_2008. DREES N° 793 - Mars 2012.
- [7] (IIB 7) Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire NUTRITION – PRÉCARITÉ Etude Abena 2011-2012 et évolutions depuis 2004-2005, Mars 2013 INPES - http://inpes.santepubliquefrance.fr/etudes/pdf/2013_abena2-rapport.pdf
- [8] (IIB 8) La santé et l'accès aux soins : Une urgence pour les femmes en situation de précarité. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. Rapport n°2017-05-29-SAN-O27 publié le 29 mai 2017
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/174000550.pdf>
- [9] (IIB 9) La migration traumatique, une pathologie du lien : Souffrance psychique et souffrance corporelle chez les mineurs isolés étrangers. Diplôme d'Université. Souffrance individuelle, psychopathologie et lien social Présenté par : SILVESTRO-TEISSONNIERE Christel universite de Rouen 2010-2011.
http://www.horslarue.org/files/Mmoire_Christel_Silvestro-Teissonniere-1.pdf
- [10] (IIB 10) MINEURS ISOLÉS ETRANGERS: L'ESSENTIEL SUR L'ACCUEIL ET LA PRISE EN CHARGE EN FRANCE France terre d'asile <http://www.france-terre-asile.org/actualites/100-zoom-sur/8138-mineurs-isoles-etrangees-essentiel.html>
- [11] (IIB 11) Migrants/étrangers en situation précaire, guide pratique pour les professionnels comité pour la santé des exilés, COMEDE inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1663.pdf
- [12] (IIB 12) la santé et l'accès aux soins des migrants : un enjeu de santé publique // Migrants health and access to care: A public health challenge Bulletin épidémiologique hebdomadaire BEH 19-20 | 5 septembre 2017 | 371.
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/pdf/2017_19-20.pdf
- [13] (IIB 13) Sondage Ipsos-SPF 2016 Santé sacrifiée, symptôme de la pauvreté Convergence septembre octobre 2016.
http://www.spf75.org/sites/default/files/les_francais_et_la_sante_sondage_ipsos-spf_2016.pdf
- [14] (IIB 14) Martin P. (2011). « Gestion de la file d'attente et invisibilisation des précaires. Mensonge institutionnalisé dans une caisse d'assurance maladie ». Actes de la recherche en sciences sociales, n° 189, p. 34-41.
- [15] (IIB 15) Martin P. (2016). « De la conversion managériale à la dualisation de l'assurance maladie », in Politiques sociales en mutation : quelles opportunités et quels risques pour l'État social ? Sous la direction de Anne Fretel, Anne Bory, Sylvie Céliérier et Florence Jany-Catrice, Presses Universitaires de Louvain, 2016.
- [16] (IIB 16) Circulaire N° DGOS/R5/2013/57 du 19 février 2013 relative au guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général - http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/04/cir_36777.pdf
- [17] (IIB 17) Le panorama des établissements de santé édition 2010 <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/etabsante2010-4.pdf>
- [18] (IIB 18) L'impact de la prise en charge des patients en situation de précarité sur les hospitalisations de court séjour, Mission PMSI/CTIP Caryn MATHY, Max BENSADON - Décembre 1999.
http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2009/05/rapport-prec_dec_1999.pdf
- [19] (IIB 19) L'état de santé de la population en France RAPPORT 2017 <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
- [20] (IIB 20) T2A Une standardisation de type industriel, mais non dénuée d'effets pervers Didier CASTIEL (CEPN – Université Paris Nord 13)
- [21] (IIB 21) CNOM améliorer l'offre de soins : initiatives réussies dans les territoires. Décembre 2016.
<https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2039>
- [22] (IIB 22) Liberté égalité santé Plaidoyer pour un système de santé solidaire Médecins du Monde.
<http://www.medecinsdumonde.org/fr/direct/liberte-egalite-sante>
- [23] (IIB 23) argumentaire pour l'intégration de l'AME dans la sécurité sociale mars 2017 Médecins du monde.
- [24] (IIB 24) D. Castiel, P.-H. Bréchat, R. Rymer, M.-C. Grenouilleau, « Handicap social et hôpitaux publics : Il est temps de penser à un GHS «social-isable» » - Gestions Hospitalières - 1 Septembre 2008, n° 478 PP. 452-456.
- [25] (IIB 25) uncertainly and the Welfare economics of medical care Kenneth J Arrow The american economic review Volume 53 Issue 5 (dec 1963) 941-973.



INTERVIEW

ALFRED SPIRA



Source : legeneraliste.fr / © GARO/PHANIE

Médecin, Académicien, Humain

Alfred Spira (MD, PhD) est professeur honoraire de Santé Publique et d'Épidémiologie à la Faculté de Médecine de l'Université Paris Sud, membre de l'Académie nationale de Médecine. Chef de service à l'hôpital de Bicêtre, il a dirigé une unité de recherche de l'Inserm et l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP). Il a participé à de nombreuses instances scientifiques nationales et internationales. Il est, depuis janvier 2014, médecin bénévole du Secours populaire français et au Samusocial de Paris. Il défend une position pluridisciplinaire et politique de la santé publique, où chaque discipline apporte son regard critique et dialogue avec les autres, tout en gardant ses spécificités théoriques et méthodologiques.

Il contribue à la prise en considération de la santé dans la dynamique sociale par de nombreuses interventions : articles dans la grande presse, émissions radio (Science culture) et télé (Journal de la santé), organisation de débats publics (les Jeudis de la santé avec Inserm, Institut Pasteur et Libération)

L'académie Nationale de Médecine a publié en juin 2017 un rapport intitulé « Précarité, pauvreté, santé » qui fut approuvé par une large majorité de ses membres.

Ce rapport [1], structuré en 5 parties (état des lieux, dispositifs existants, pistes de réflexion, recommandations) se termine notamment par ces mots :

« Les personnes précaires et pauvres présentent des caractéristiques spécifiques qui justifient qu'au-delà des dispositifs socio sanitaires de droit commun et de l'important budget qui leur est consacré, elles bénéficient d'une attention particulière du point de vue médical et préventif ».

Alfred Spira est le rapporteur de ce travail. C'est lui que nous interrogeons aujourd'hui pour Le MAG.

A Monsieur Spira, cher confrère, comment est né ce rapport ?

J'ai une double appartenance : en premier lieu, en tant que médecin, à l'Académie nationale de Médecine, en deuxième lieu, en tant que bénévole, à des organismes en grande proximité avec les personnes en situation de précarité : le Samu Social de Paris et le Secours Populaire. Le médecin que je suis se trouve ainsi confronté à la réalité de situations médicalement et humainement insupportables.

J'entends par là l'absence totale d'accès au système de santé, le refus de soins par

des confrères vis à vis de personnes bénéficiant de la CMU, même si cette situation va vers l'amélioration du fait de la possibilité de signaler ces refus au Défenseur des droits. Le CNCOM s'est d'ailleurs saisi de cette question et y travaille (NDLR : « L'Ordre des médecins, ayant appris que des médecins affichaient, sur des sites de prise de rendez-vous en ligne, leur refus de prendre en charge des patients tributaires de la CMU-C et de l'AME, tient à affirmer qu'un tel comportement est absolument inacceptable, tant sur le plan déontologique que moral »[2].



A contrario, j'entends aussi par « situations insupportables » les attitudes de renoncement aux soins de plus en plus fréquentes et de plus en plus délétères pour les personnes concernées...

Si le renoncement touchait auparavant l'accès aux lunettes et aux soins dentaires (des renoncements qui n'en sont pas moins préjudiciables car ils altèrent les possibilités d'intégration sociale et la qualité de vie), il englobe à présent les consultations chez le médecin spécialiste et même chez le généraliste. Environ 25 % à 30 % des personnes résidant en France retardent ou renoncent aux soins car ils n'en ont pas les moyens financiers. La santé n'est clairement pas au cœur des préoccupations des plus pauvres.

Concernant l'attribution de la CMUc l'automatisation et de l'aide complémentaire d'état, rappelons que le non recours aux dispositifs existants est très important, et ce pour des raisons complexes : **ne comprennent pas, ne s'en préoc-**

cupent pas, se retrouvent dans une situation bouleversante avec une diminution brutale de leurs revenus du fait du chômage et un refus de se voir pauvre.

Les participations forfaitaires et les franchises médicales qui frappent durement les personnes les plus pauvres et malades, celles souffrant d'affections de longue durée, et qui représentent environ 1,5 milliards d'euros par an, devraient être progressivement supprimées. L'accès aux médecins généralistes et spécialistes sans dépassements d'honoraires devrait être rendu possible pour tout le monde sur tout le territoire national. Dans ce cadre là, l'application du 1/3 payant généralisé serait d'une grande aide

Enfin, ma position de médecin bénévole me donne à observer qu'en France, il existe véritablement des exclus de la santé (NDLR : « Français ou non, (en France) 5 millions de personnes sont exclues de la santé et ne doivent plus l'être », Dr Françoise Sivignon, Présidente de Médecins

du Monde) [3]. Et cela aussi est insupportable. Outre les deux raisons évoquées en amont, il faut en souligner 3 autres :

- ☒ D'abord l'exclusion passive, par défaut d'accès aux droits : parmi les ayants droits potentiels, 2/3 des personnes n'ont pas recours à l'aide complémentaire santé, 1/3 n'ont pas recours à la CMUc. Pourquoi ? Parce que dans le fonctionnement de notre système de santé, l'accès aux droits au soin nécessite un cheminement d'une complexité, d'une étrangeté, et d'une opacité qui découragent (cf. Dossier « accès aux soins »).
- ☒ Exclusion par omission, au regard des actions de prévention (vaccinations, dépistages, information) qui n'atteignent les populations précaires que rarement voire pas du tout.

☒ Exclusion active, instrumentalisée, des Mineurs Etrangers Isolés de leurs droits fondamentaux par « utilisation » de la santé via le si décrié âge osseux.

Or, il se trouve que les membres de l'Académie Nationale de Médecine sont très sensibles à l'état de santé des migrants et réfugiés et plus généralement des personnes pauvres ; un Colloque « Précarité, pauvreté et san-

té » avait déjà été organisé par l'académie de Médecine en collaboration avec le Secours Populaire Français le 07/10/2015. Il y a donc eu conjonction entre l'initiative d'un groupe de personnes qui se sont saisies du dossier de

la santé et la précarité et le soutien de l'ensemble des membres de l'académie. Le rapport de travail que nous avons présenté à été approuvé à 63 %.

La conclusion de ce rapport « Des efforts particuliers doivent être développées pour préserver la santé des populations les plus vulnérables » amène à des recommandations dont il nous semble que nous pouvons les résumer ainsi :

1) Optimiser ce qui est existant (notamment par la coordination des acteurs sociaux et de la santé impliqués dans la prise en charge des populations précaires).

2) Créer une véritable condition d'accès aux soins et à la prévention (la mesure phare étant la fusion des dispositifs existants -CMUc, ACS, AME- et l'automatisme de leur attribution).

3) Reconnaître la spécificité de ces populations :

Tant sociale (La précarité peut être la conséquence de nombreuses situations médicales (maladies chroniques, handicaps, troubles psychiatriques, personnes vulnérables et isolées), médico-sociales (déficits fonctionnels, dépendances liées à l'âge) et socio-économiques (exclusion sociale quelle qu'en soit la cause : perte de revenus, chômage, migration, familles monoparentales). Chez les migrants ou les populations déplacées, l'entrée en précarité est plus ou moins accentuée par leur culture, leurs difficultés d'usage de la langue française et leurs origines).

Que sanitaire (Parmi les plus précaires, le risque de dépression est multiplié par 2,4, celui

de maladies métaboliques par 2,9, de maladie cardio-vasculaire par 1,4).

Et leur accorder une attention humaine particulière (« la vulnérabilité, l'inquiétude et la perte de dignité de ces personnes qui basculent dans la précarité »).

Le risque de mortalité dépend très fortement du niveau absolu de ressources des individus, mais aussi largement de l'environnement social et économique ; les inégalités sociales de santé ne sont pas entièrement expliquées par l'effet de l'éducation et des conditions de travail. Pour les enfants, les conséquences de la précarité des parents sont nombreuses.

L'accès aux soins et à la prévention est une priorité ; bien entendu, la fusion des dispositifs existants et l'automatisme d'attribution aura un coût mais elle sera source d'économies car elle diminuera le retard au diagnostic et augmentera les chances de guérison. En fait, ce qui est une véritable dépense supplémentaire dans l'immédiat est à moyen et long terme bénéfique pour les individus et la communauté en termes de santé publique.

La situation telle qu'elle existe aujourd'hui n'est ni satisfaisante pour les individus ni viable pour la communauté : par exemple,

nous ne disposons d'aucune information sur la couverture vaccinale des personnes arrivant en France dès lors qu'ils ne sont pas demandeurs d'asile. Or, les demandeurs d'asile ne représentent environ que 70 000 / 200 000 personnes arrivant en France chaque année et parmi eux, seuls 10 à 15 000 obtiennent une réponse positive à leur demande. Toutes les autres personnes ne bénéficient d'aucune surveillance médicale, et parmi elles il y a de nombreux enfants non scolarisés qui échappent totalement à la prévention et au suivi.

Médicalement, sans AME, ils n'ont accès qu'aux associations et aux PASS ; mais ne vont pas volontiers aux PASS car craignent qu'on ne leur demande leurs papiers, ce qui n'est en réalité pas le cas. Je me souviens d'une dame logée dans un hôtel du SAMU social à 200 mètres de l'hôpital Saint Antoine à Paris. Cette personne était dépressive et suspecte tuberculose pulmonaire. Néanmoins, elle ne voulait se rendre au PASS car elle craignait d'être dénoncée.

C'est dans ce contexte que l'AME systématique prend tout son sens : pas de démarches, pas d'obstacle lié à la barrière de culture, de langue ou tout simplement au vécu antérieur.



Cependant, je pense qu'il faut mettre une condition de durée de séjour car ces dispositifs ne doivent pas s'enclencher pour les personnes de passage. On aborde alors le problème de l'homogénéisation de fonctionnement de l'accès aux systèmes

de santé au niveau européen. Les personnes migrantes peuvent séjourner dans différents pays, une meilleure communication devrait faciliter leur suivi médical.

Mais pour que ce soit automatique, il faut d'abord les identifier : les demandeurs d'asile sont

visibles, repérés, mais tous les autres sont invisibles : comment les identifier ?

Il faut œuvrer afin de les aider à se faire connaître auprès des services compétents, en particulier la Sécurité sociale.

Quel serait votre message aux médecins hospitaliers ?

A l'Académie de Médecine, nous défendons une médecine humaniste. Alors mon message serait : « Restons humains quelles que soient les contraintes budgétaires ».

J'ai en mémoire une réunion de pôle avec la Direction des finances de mon hôpital sur le sujet des frais médicaux impayés ; cette réunion se tenait en hiver, dehors il faisait froid et il avait neigé. Le directeur des finances

posait la question : mais comment éviter les impayés ? c'est alors qu'une aide soignante présente à la réunion a pris la parole : « La semaine dernière un SDF est mort devant la porte de l'hôpital ; personne ne travaille pour cela ». C'est cela la question.

Lutter contre toutes les inégalités, mettre en œuvre la solidarité, doter la puissance publique de moyens efficaces sont les objectifs d'une démocratie sanitaire souhaitable.

Protéger la santé, c'est-à-dire le bien-être de chacun est non seulement l'honneur et le devoir d'une nation, c'est aussi garantir sa richesse par la protection du bonheur d'être en bonne santé, par la préservation de la capacité de chacun à travailler et par le développement de services et de productions que la santé représente.



Références (les références indiquées entre parenthèses sont les références sous lesquelles apparaissent les documents téléchargeables sur le site de l'INPH)

- [1] (III 1) Académie nationale de médecine, juin 2017 : Rapport précarité, pauvreté, santé, <http://www.academie-medicine.fr/wp-content/uploads/2017/06/rapport-Pr%C3%A9carit%C3%A9-pauvret%C3%A9-et-sant%C3%A9-version-21-juin-2017-apr%C3%A9s-vote.pdf>
- [2] (III 2) Communiqué du 02/02/2017 : Refus de soins : l'Ordre va porter plainte contre les médecins annonçant leur refus de prendre en charge des patients tributaires de la CMU-C et de l'AME
- [3] (III 3) CP 22/06/2017 MdM : INTEGRATION DE L'AIDE MEDICALE D'ETAT (AME) AU SYSTEME GENERAL Médecins du Monde se félicite des propositions de l'Académie nationale de médecine. <http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/france/2017/06/30/vers-un-acces-effectif-aux-soins-pour-tous>



Ce que le rapport dit...

Dr Alexandre ORGIBET

Psychiatre, PH à temps partiel

Président du SYNPPAR (Syndicat des PHs à temps partiels / www.synppar.com)
VP INPH



Le 20 juin 2017 l'Académie de médecine a adopté le texte du rapport intitulé « Précarité, pauvreté et santé » et dont le rapporteur était le Pr Spira. En voici les grandes lignes :

La précarité est l'incapacité des individus à jouir de leurs droits fondamentaux, en particulier dans le domaine de la santé. Pauvreté et précarité sont intimement liées. Il y a en France environ 9 millions de personnes vivant au-dessous du seuil de pauvreté, dont 3 millions d'enfants, 140 000 personnes vivant à la rue (les « SDF ») dont environ 32 % ont une ou plusieurs pathologies psychiatriques. La France accueille chaque année 200 000 migrants.

Parmi les plus précaires, la mortalité et la morbidité sont augmentées. La pauvreté et la précarité entraînent une moins bonne vaccination des enfants, des adultes en plus grande surcharge pondérale et qui consomment plus d'alcool et de tabac, et un risque accru de dépression et du risque suicidaire ; la participation aux dépistages des cancers sont plus faibles et les campagnes de prévention sont d'autant moins efficaces que le niveau de revenus est bas. L'accès aux soins et à la prévention d'une partie de la population est difficile, en particulier les personnes vivant à la rue, les personnes hébergées à l'hôtel par le Samu social (115), les gens du voyage (dont l'espérance de vie est diminuée de 10 ans), les migrants...

De très nombreux dispositifs sanitaires et sociaux ont été développés à destination des populations précaires : Aide médicale d'Etat, Couverture maladie universelle com-

plémentaire, Aide complémentaire santé, Equipes mobiles psychiatrie précarité, Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), Programmes d'accès à la prévention et aux soins gérés par la Agences régionales de santé, etc. De nombreuses associations humanitaires sont actives dans le champ de la santé et malgré le déploiement de moyens importants, la situation sanitaire des personnes précaires reste préoccupante.

De nouvelles initiatives doivent être encouragées pour que la santé ne reste pas une préoccupation secondaire pour les pauvres et les précaires, et pour favoriser la prévention. Des efforts particuliers doivent concerner les populations les plus vulnérables : chômeurs, personnes âgées, femmes enceintes et enfants, familles monoparentales, exclus sociaux, en facilitant l'accès aux mesures déjà existantes (en effet beaucoup de personnes en situation de précarité ne touchent pas les aides ou ne connaissent pas les dispositifs existants auxquelles elles auraient droit faute d'informations), en les coordonnant de façon efficace, et en développant de nouveaux moyens facilitant l'accès à la santé.

Des mesures appropriées sont recommandées concernant la coordination des actions dans ce domaine, la facilitation de l'accès aux droits, le recours à des technologies facilitatrices, le déploiement ciblé des richesses de notre système de santé. L'intégration de ces spécificités contribuera à faire de la santé un droit pour tous et à ce qu'il existe moins de personnes exclues de la santé.

CE QUE LE SYNPPAR EN DIT...

Il est extrêmement important et salutaire que pour un problème aussi grave, une institution aussi respectée que l'Académie de Médecine ait publié ce rapport.

Outre le fait que celui-ci dresse un état des lieux très préoccupant du lien existant entre pauvreté, précarité et le très important sur-risque de morbi-mortalité qui en découle ; nous pouvons, nous soignants, qui sommes confrontés au quotidien à ces situations dramatiques, nous interroger.

Comment dans la 5^{ème} puissance économique mondiale, avec des dépenses sociales classées parmi les plus importantes du monde et qui se chiffrent en centaines de milliards d'euros chaque années, et alors que, lorsque qu'il l'a fallu dans d'autres situations, certains gouvernements n'ont pas hésité à sortir des centaines de milliards dans un pays pourtant décrits comme en « faillite » ?

Comment dans la patrie de Pasteur des enfants ne peuvent plus avoir accès aux vaccins ou même bénéficier des soins les plus rudimentaires ?

Au-delà de son contenu propre, ce rapport pose la question d'une réforme visant une meilleure optimisation de notre système de santé et d'aides sociales qui à l'origine avait été mis en place pour tous et en particuliers pour les plus démunis et qui actuellement, de toute évidence, ne remplit plus son office comme il le devrait.

Les Annonces de Recrutement





MINISTÈRE DE LA JUSTICE

LE MINISTÈRE DE LA JUSTICE RECHERCHE

DES MEDECINS DE PREVENTION

Temps partiel : Ain • Allier • Aude • Cantal • Charente • Cher • Cotes D'Armor • Creuse • Deux Sèvres • Eure • Eure et Loir • Haute Loire • Indre • Loire • Maine et Loire • Morbihan • Moselle • Nièvre • Orne • Saône et Loire • Seine et Marne • Vendée • Vienne • Yonne.

Temps plein : Essonne • Fleury Mérogis • Paris • Rhône • Nord.

Diplôme : CES, DES en médecine du travail ou titres équivalents.

Envoyer CV à :

Docteur Nadine TRAN QUY - nadine.tranquy@justice.gouv.fr - Tél. : 01 70 22 90 11 - 06 70 61 16 16

Médecin coordonnateur national - Ministère de la Justice SG/3SP/SDRH/BASCT - 13, place Vendôme - 75042 Paris cedex 01




FRANCE

LA PSYCHIATRIE À VISAGE HUMAIN

INICEA RECRUTE



INICEA, un des principaux acteurs de la prise en charge en psychiatrie sur la France, recrute pour ses structures. Statut libéral ou salarié selon situation.

-  **PSYCHIATRE**
 hospitalisation complète adultes
 → Clinique de la Mare O Dans à Damps (27)
 → Clinique du Pays de Seine à Bois le Roi (77)
-  **2 PSYCHIATRES**
 hospitalisation complète (gérontopsychoatrie)
 → Clinique de Régennes à Appoigny (89)
-  **PSYCHIATRE**
 hospitalisation temps partiel adultes
 → Clinique Maylis à Narrosse (40)
 → Clinique des Vallées à Ville la Grand (74)
 → Hôpital de jour à Villefranche (69)
 → Hôpital de jour à Aubergenville (78)
 → Hôpital de jour à Mont de Marsan (40)
-  **PSYCHIATRE**
 hospitalisation temps partiel jeunes adultes
 → Hôpital de jour à Saint Avoild (57)
 → Hôpital de jour à Livry Gargan (93)
-  **PÉDOPSYCHIATRE**
 hospitalisation complète / temps partiel adolescents
 → Clinique des Vallées à Ville la Grand (74)
-  **PÉDOPSYCHIATRE / PSYCHIATRE**
 hospitalisation temps partiel adolescents
 → Hôpital de jour à Epinal (88)
-  **GÉNÉRALISTE**
 hospitalisation complète adultes
 → Clinique de la Mare O Dans à Damps (27)

Contact

Karine JALENQUES
Directrice des Opérations

M. 06 23 49 48 60
E. k.jalenques@inicea.fr
www.inicea.fr



INICEA



Offre d'emploi Médecin clinicien H/F

Poste à pourvoir immédiatement
CDI plein temps ou deux mi-temps
(CCN 51R)

Établissement

La Résidence Médicalisée Zemgor, disposant de 208 lits d'hébergement permanent avec PASA, UHR et UPPV, ainsi qu'un accueil de jour de 12 places et une plateforme de répit, vous accueille dans un cadre agréable et dans des locaux entièrement rénovés avec un projet dynamique, soutenu par une équipe pluridisciplinaire étoffée.

Adresser CV et lettre de motivation à :
m.daoudi@zemgor.com | 01.34.50.43.50



Poste

Le poste est à temps complet (35h/semaine du lundi au vendredi) ou deux temps partiel (17h30 par semaine). Les médecins présents se répartissent une permanence chaque samedi matin.

En collaboration avec les autres médecins, vous assurez la prise en charge clinique des résidents. Vous assurez également la mise en œuvre du projet de soins, l'évaluation de l'état de dépendance des résidents suivis (GIR), la tenue des dossiers médicaux, la relation avec les familles, ainsi que la participation aux projets institutionnels...

Vous réalisez l'évaluation initiale des patients, la définition du projet thérapeutique individuel et enfin leur suivi.

L'équipe médicale et paramédicale est pluridisciplinaire : médecin coordonnateur, médecins cliniciens, infirmière générale, infirmiers coordonnateurs, diététiciennes, psychomotriciens, éducateur sportif et physique, infirmier, aides soignants, accompagnants éducatifs et sociaux, psychologues, animateurs.



Établissement privé à but non lucratif situé dans le 12^{ème} arrondissement de Paris, l'hôpital Pierre Rouquès - les Bluets est entièrement dédié à la gynécologie-obstétrique, il regroupe :

- une maternité de type 1 qui réalise 3000 naissances par an
- une unité de planification familiale et d'IVG (1100 IVG par an), dans le cadre d'un GCS qui réunit les Bluets, l'hôpital Trousseau et la Ville de Paris
- une unité d'aide médicale à la procréation (1200 ponctions par an)
- une unité de chirurgie gynécologique
- un centre de santé



Nous recherchons un pédiatre (H/F) temps plein, 35 heures par semaine (possibilité de temps partiel).

Le pédiatre (H/F) assure dans la journée les urgences en salle de naissance, examine les nouveau-nés dans les services, participe à la formation du personnel, assure des consultations. Astreintes à domicile avec une présence sur place le samedi matin et le dimanche matin.

La maternité est adossée à l'hôpital Trousseau, en lien direct avec l'équipe de pédiatrie pour les situations les plus graves. Salaire selon CCN 51 FEHAP.

Contact : DRH - drh@bluets.org



Au cœur de votre santé

IMPORTANT CENTRE MEDICAL PARISIEN
RECHERCHE

- DERMATOLOGUE
- GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN
- RADIOLOGUE
- CARDIOLOGUE
- MEDECIN GENERALISTE



STATUT SALARIE
PAYE A L'ACTE

Pour postuler, vous pouvez contacter
georgette.guez@centre-medical-europe.com
au 01 42 81 93 33 - 01 48 74 27 41



Le Centre Hospitalier Les Murets
Psychiatrie adultes, Addictologie et Gériatrie

Recrute



ILE-DE-FRANCE

▶ 1 Médecin du Travail temps plein

Mission générale :

Suivi individuel des agents de l'hôpital pour éviter toute altération de la santé du fait du travail avec le concours de l'infirmière et de la psychologue du service de santé au travail.

Missions spécifiques :

- › Conseil sur la prévention des risques professionnels et les conditions de travail.
- › Surveillance de l'état de santé des agents en fonction des risques d'exposition.
- › Accompagnement des reclassements.

Contact :

S. HUGUENARD - DRH
01 45 93 71 24
severine.huguenard@ch-les-murets.fr



▶ 1 Médecin Généraliste temps partiel

Mission générale :

Activité de médecine générale auprès des patients adultes hospitalisés en psychiatrie, en unités de soins et en consultations, en collaboration avec les équipes pluri-professionnelles.

Missions spécifiques :

- › Actions de prévention, de sensibilisation et dépistage.
- › Collaboration avec les médecins généralistes de ville.
- › Participation à la garde somatique selon besoin.

Contact :

Mme le Dr LE BRAS - Chef de Pôle
06 84 42 04 19
catherine.lebras@ch-les-murets.fr

C.H. Les Murets - 17, avenue du Général Leclerc - 94510 LA QUEUE-EN-BRIE



Le Groupement Hospitalier Eaubonne-Montmorency recrute des médecins pour son SAU Pour compléter un effectif cible de 25



Le Groupement Hospitalier Eaubonne-Montmorency, établissement de référence du sud Val d'Oise, est situé au cœur de la vallée de Montmorency et à seulement 14 km de Paris.



La ville d'Eaubonne concilie dynamisme économique, richesse culturelle et patrimoine architectural, tout cela à proximité de Paris, pour offrir un cadre de vie et de travail agréable.

On y accède aisément, par la route (A15 et A115) ou par le train. Il vous faudra 30 minutes pour atteindre la porte de Clichy ou de Saint Ouen et 25 minutes pour rejoindre Cergy-Pontoise.

Eaubonne est à la confluence de trois axes ferroviaires, à 30 minutes des Invalides par le RER C, 20 minutes de la gare du Nord et 25 minutes de la gare Saint-Lazare.



L'établissement, dont l'activité augmente depuis plusieurs années, dispose de 1070 lits et places répartis sur de nombreuses spécialités médicales et chirurgicales, d'une maternité de niveau IIB avec plus de 3000 naissances par an, d'un pôle de gériatrie et d'un pôle de psychiatrie. Les services d'urgences prennent en charge plus de 80 000 passages par an dont 54 000 aux urgences adultes.

Pour renforcer son équipe médicale, l'établissement recrute **des praticiens hospitaliers, praticiens contractuels ou praticiens attachés**, au sein de son service d'accueil des urgences adultes. Urgentistes polyvalents titulaires CAMU ou en cours, ou expérimentés urgences générales ; possibilités pour médecins spécialisés en traumatologie.

Le service des urgences adulte accueille des adultes dans la filière médicale et psychiatrique et des adultes et enfants dans la filière traumatologique (36% de son activité).

Le service dispose de locaux spacieux et récents avec : 4 places en SAUV - 18 box d'examen couché - Cellule de mise en sécurité avec la présence de psychiatre 24h/24 - Salle de plâtre - Salle de suture - Bureau de consultation circuit court à l'accueil.

L'UHCD comporte 18 chambres avec sanitaires. Equipement matériel approprié avec échographe, centrale de surveillance scope...

Le service compte un effectif cible sénior de 25 ETP (hors psy) et 7 postes d'interne de médecine générale. Mise en place de la réforme du temps posté en 39h en cours pour 2017.

3,5 lignes de gardes séniors + 1 ligne junior.

Gestion en temps continu, horaires en 10h ; 14h ; 24h ; 16h.

Internat accessible aux médecins, ou self, ou 2 cafétérias en gestion privée.

Le plateau technique hospitalier est riche (USIC 8 lits avec cardiologie H24, coronarographie H24, réanimation 10 lits + soins continus 8 lits dont 3 pulmonaires, permanence endoscopique digestive, chirurgie viscérale et orthopédique, 2 scanners dont un dédié urgences H24, 2 IRM avec astreinte IRM nocturne, biologie sur place, transmission d'image pour neurochirurgie...).

Présence d'un SMUR comportant 2 UMH avec postes partagés entre SAU et SMUR. Une activité SMUR est possible dans le cadre de postes partagés.



Prendre contact avec

Chef de pôle - le Dr E. Jacques au 01 34 06 67 63 ou 64 60 - DRH - valerie.chapelle@ch-simoneveil.fr



DÉPARTEMENT DE L'INDRE

Direction de la Prévention et du Développement Social (DPDS)

Maison départementale de la solidarité

Centre Colbert - Bâtiment E - 4 rue Eugène Rolland - BP 601

36020 CHÂTEAUROUX CÉDEX

Tél. : 02 54 08 38 09 / Fax : 02 54 08 38 98 / Courriel : dpds-direction@indre.fr

Médecins, professionnels de santé, le Département de l'Indre facilite votre **installation** !

L'Indre, un territoire accueillant et dynamique à 2 heures de Paris.

- 8 structures sanitaires (dont le Centre Hospitalier de Châteauroux)
- 9 structures médico-sociales (dont le Centre Départemental Gériatrique de l'Indre)
- 18 Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP)

Vous êtes médecin généraliste ou spécialiste ?

Le Département de l'Indre attribue une aide financière de 15 000 euros aux médecins s'installant en libéral pour la première fois sur le territoire. Cet avantage est également appliqué aux dentistes.

Vous êtes étudiant en 3^{ème} cycle en médecine ?

Une aide de 600€/mois pour la durée du cycle vous sera allouée si vous vous engagez à vous installer dans le département durant 5 ans.

Vous êtes interne en médecine générale ?

Le Département de l'Indre met à votre disposition des solutions de logement en colocation à moindre coût et vous accompagne de façon personnalisée pendant la durée de votre stage. De plus, si vous réalisez votre stage auprès d'un praticien libéral du département, vous bénéficierez d'une aide forfaitaire de 400€.



www.indre.fr/sante
www.senior36.fr

Dammarie situé dans l'agglomération chartraine

recherche **un médecin spécialisé**
(ophtalmologue, dermatologue, gynécologue...)

L'installation sera dans un bâtiment rénové et libre fin septembre 2017

Notre site internet ville-dammarie.com

Contact :

Madame Lhermitte - 02 37 26 01 11 - dammarie.mairie@wanadoo.fr



SELLES SAINT DENIS VOUS ACCUEILLE

Vous êtes médecin généraliste et vous souhaitez vous installer en zone rurale dans un village solognot typique et accueillant.

La municipalité de Selles Saint Denis (41) est tout à fait prête à vous accueillir dans **un cabinet médical tout neuf** et équipé.

Informations pratiques :

- Cabinet médical 40 m² dans le même bâtiment que le cabinet des deux infirmières + salle d'attente + parties communes, WC privé, WC patients, en centre bourg au milieu des commerces.
- Conditions d'exercice : village de 1300 habitants entouré de plusieurs villages (2 2000 habitants). Possibilité d'intégrer une plateforme santé type PAIS avec 3 autres médecins. Présence d'un médecin généraliste en fin de carrière dans l'un des villages à 2,5 km. Pharmacie à 2,5 km. Hôpital à Romorantin. Présence sur la commune d'un EHPAD 75 lits.

Situation géographique :

Entre Saïbris et Romorantin 41. Desservi par deux autoroutes A 85 et A 71. A % d'heure d'ORLEANS, 1h de BLOIS, 1h1/4 de TOURS et 2h de PARIS.

Gare SNCF à Selles Saint Denis.

Vie locale : Commerces : boulangerie, boucherie charcuterie, épicerie, restaurants, bar tabac, garagiste, associations sportives, culturelles, vie sociale et artisans différents corps de métiers.

CONTACTS : Mairie - 02 54 96 22 23 - mssd-pierre.maurice@orange.fr - www.sellesaintdenis.com



LES HÔPITAUX DE CHARTRES (28)
3^{ème} établissement de la Région Centre - 45mn de PARIS

Urgent



Les Hôpitaux de Chartres



RECRUTENT UN MEDECIN DE SANTE AU TRAVAIL temps plein en CDI

Pour tous renseignements s'adresser à :
Madame le Directeur du Personnel et du
Développement Social - Tél. : 02 37 30 30 01

Adresser candidatures et CV à :
Madame le Directeur du Personnel et du Développement Social
DPDS - BP 28018 - 30407 CHARTRES CEDEX

La fiche de poste sera consultable sur le site www.ch-chartres.fr
rubrique offres d'emplois



Filieris
la santé en action



FILIERIS
Direction Régionale du Nord
13 rue du 14 juillet
62333 LENS Cedex

Filieris Nord-Pas-de-Calais (organisme privé à mission de service public accessible à tous) est un groupe de santé proposant une offre de soins diversifiée : centres de santé, établissement de santé (soins de suite et de réadaptation, médecine gériatrique) et établissements médico-sociaux.

Filieris Nord-Pas-de-Calais recrute

• DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES EN CENTRES DE SANTÉ (H/F)

(Auchel, Barlin, Bruay-la-Buissière, Lapugnoy, Liévin, Noeux-les-Mines, Sallaumines, Condé-sur-Escaut, Guesnain...)
Postes en salariat, temps plein ou temps partiel, mise à disposition possible, travail en équipe pluridisciplinaire & rémunération attractive selon l'activité.

• DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES-GÉRIATRES EN SSR/EHPAD (H/F)

Candidature à adresser à patricia.ribaucourt@filieris.fr



CENTRE HOSPITALIER
DE VALENCIENNES

LE CENTRE HOSPITALIER DE VALENCIENNES (59)

3^{ème} établissement hospitalier public des Hauts-de-France

Capacité de 2000 lits dont 900 MCO, 300 Psychiatrie, 110 SSR, 480 EHPAD et foyers logements

114 000 admissions - 95 771 urgences - 326 000 consultations et soins externes - 29 400 interventions chirurgicales
46 751 patients externes reçus en imagerie médicale - Plateaux techniques de pointe (salles de coronarographie, angioplastie, rythmologie, radiologie vasculaire, salle hybride, 3 scanners 64 barrettes, 3 IRM 1,5 Tesla, 1 IRM 3 Tesla, 2 TEP-TDM)

recherche afin de compléter son offre médicale :

1 GÉNÉRALISTE

dans le service de médecine polyvalente
temps plein, tous statuts

Contact : **Docteur Nabil ELBEKI**

Chef du pôle Urgences, Anesthésie, Réanimation
06 32 37 33 37 - elbeki-n@ch-valenciennes.fr

1 ADDICTOLOGUE

temps partiel, tous statuts

Contact : **Docteur Xavier KYNDT**

Chef du pôle Santé Publique
06 32 61 59 35 - kyndt-x@ch-valenciennes.fr

1 ONCOLOGUE MÉDICAL

temps plein, tous statuts

Contact : **Docteur Antoine LEMAIRE**

Chef du pôle Cancérologie et spécialités médicales
06 32 21 69 00 - lemaire-a@ch-valenciennes.fr

1 IMAGEUR MÉDICAL

temps plein ou temps partiel, tous statuts

Contact : **Docteur Edouard PONCELET**

Chef du pôle Imagerie Médicale
06 30 47 40 07 - poncelet-e@ch-valenciennes.fr

1 CARDIOLOGUE temps plein ou temps partiel, tous statuts

avec spécialisation (angioplastie, rythmologie et insuffisance cardiaque)

Contact : **Docteur Jean-Louis BACRI**

Chef du pôle Spécialités Médicales
06 30 49 01 03 - chefdepole11@ch-valenciennes.fr

Centre Hospitalier de Valenciennes - Avenue Désandrouin - CS 50479 - 59322 VALENCIENNES Cedex

Direction des Ressources Médicales et de la Recherche Clinique (secrétariat) : 03 27 14 50 54

35 minutes de Lille - 1h30 de Paris - 1h30 de Bruxelles



**Site de Creil**

Boulevard Laennec - 60109 Creil Cedex

**Site de Senlis**

Avenue Paul Rougé - 60309 Senlis Cedex

RECHERCHE

• Un Praticien Hospitalier Temps Plein ou praticien contractuel, ou attaché au sein du service de Médecine Polyvalente pour le pôle Médecine site de Senlis

Le service dispose de 28 lits situés sur le site de Senlis, sachant qu'un service de médecine polyvalente existe également sur le site de Creil (30 lits). Pour le site de Senlis, la continuité des soins repose en permanence sur un minimum de 2 médecins, l'équipe complète étant composée de 3 médecins et d'internes ou stagiaires associés et sont localisés un SAU-SMUR, un service de cardiologie, une USC et un service d'oncologie. L'une des praticiennes du service est qualifiée en infectiologie.

Contacts :

- Directeur DAM : Fabrice LAURAIN (fabrice.laurain@ghpso.fr) - Tél. : 03.44.61.60.16
- Chef de pôle: Dr Renato DEMONTIS (renato.demontis@ghpso.fr) – Tél. : 03.44.61.60.95

Un Praticien Hospitalier Temps Plein ou praticien contractuel ou attaché spécialisé en Anesthésie Réanimation

Pour le pôle Urgences - Réanimation - Anesthésie - Douleur au sein du service Anesthésie

Activité variée sur les sites de Creil et de Senlis en :

Chirurgie digestive - Chirurgie orthopédique - chirurgie urologique - chirurgie gynécologique - chirurgie ORL

Une maternité sur les sites de Creil et de Senlis. Appareil écho ALR sur les 2 sites.

Contacts :

- Directeur DAM : Fabrice LAURAIN (fabrice.laurain@ghpso.fr) - Tél. : 03.44.61.60.16
- Chef de pôle : Brigitte MARTEL (brigitte.martel@ghpso.fr) – Tél. : 03.44.61.60.89



LE CENTRE HOSPITALIER DE VIRE (BASSE NORMANDIE)

45 min de Caen et de Granville - 2h00 de Paris en train direct

Centre hospitalier à taille humaine avec une capacité d'accueil répartie sur les services suivants :

- Urgences et SMUR
- CSG, SSR, USLD, HAD, SSIAD, EHPAD
- Médecines
- Psychiatrie adulte et Pédopsychiatrie

Dans le cadre de la consolidation de ses activités médicales recrute :

- **Gériatre**
- **Urgentiste**
- **Psychiatre**
- **Pédopsychiatre**
- **Médecin de médecine polyvalente**

Candidature à adresser à :

Docteur Fadi GHAZAL - Président de la CME
Tél. : 02 31 67 47 47 (secrétariat : poste 1586)
virecme@yahoo.com ou fadi.ghazal@ch-vire.fr

Statut de :

- Praticien Hospitalier
- Praticien Contractuel
- Praticien Attaché
- Praticien Attaché Associé



Mme Aurélie MOREL

Directrice Adjointe en charge des affaires médicales
Tél. : 02 31 67 47 06 (secrétariat) - aurélie.morel@ch-vire.fr



L'ETABLISSEMENT PUBLIC DEPARTEMENTAL

RECRUTE UN MEDECIN GENERALISTE OU GERIATRE A TEMPS PLEIN OU A TEMPS PARTIEL

Soit par voie de mutation ou sous contrat (Possibilité de titularisation sur place)



Vous exercerez au sein d'une équipe médicale avec un praticien temps plein et un médecin coordonnateur. Un secrétariat médical fonctionne en permanence. Plusieurs projets en développement (télémédecine, CPOM...). Horaires attractifs.

Possibilité de logement sur place et crèche à disposition – Proximité d'un parc zoologique, d'un parc d'attractions – Ecole primaire dans la commune, collège et gare à proximité – Rouen à 25 minutes et la mer à 45 minutes.

Renseignements auprès de Mme le Docteur LEGOUT
Médecin Coordonnateur :
Tél. : 02 32 93 80 34 - E-mail : blegout@epd-grugny.fr

Adresser lettre de candidature à : Monsieur LARCHEVEQUE Didier - Directeur
E.P.D. - 634, Rue André Martin - 76690 GRUGNY
Tél. : 02 32 93 80 01 - E-mail : direction@epd-grugny.fr - Site : www.epd-grugny.fr



LA FONDATION BON SAUVEUR DE LA MANCHE

Située sur la presqu'île du Cotentin, région touristique au cœur des paysages préservés du bocage normand, dans un cadre de vie privilégié à proximité de la mer et de Caen, la Fondation regroupe près d'une quinzaine d'établissements sanitaires et médico-sociaux œuvrant dans les domaines de la psychiatrie, de l'addictologie, du handicap, de l'insertion, de l'accueil des personnes âgées et de la formation. La Fondation comprend plus de 1600 salariés dont 70 médecins, dispose de 1 157 lits et places, dont 519 en médico-social. File active de près de 20 000 personnes, environ 240 000 actes par an.

RECRUTE DES PSYCHIATRES (H/F) DES PEDOPSYCHIATRES (H/F) DES MEDECINS GENERALISTES (H/F) UN MEDECIN CHEF DE POLE SOINS SOMATIQUES (H/F)

Postes en CDI temps plein (204 jours de travail/an) ou temps partiel basés à CHERBOURG, PICAUVILLE ou SAINT-LO selon les postes



REMUNERATION

- ◊ Rémunération incitative (base CCN 51 (FEHAP))
- ◊ Reprise d'ancienneté
- ◊ Prime d'embauche
- ◊ Prise en charge des frais de déménagement

AVANTAGES SOCIAUX

- ◊ Comité d'entreprise
- ◊ Self d'entreprise
- ◊ Mutuelle familiale
- ◊ Prévoyance
- ◊ Retraite complémentaire
- ◊ 32 jours de congés payés
- ◊ Développement professionnel continu



Renseignements :

M. Franck HASLEY - Directeur des Affaires Hospitalières - 02 33 77 77 78
Dr Michel DAVID - Président de la Commission Médicale d'Établissement - 02 33 77 77 78
Mme Claire BOUNIOL - Directrice des Ressources Humaines - 02 33 77 56 26

Candidatures à adresser :

Par voie postale à : Fondation Bon Sauveur de la Manche
Mme Claire BOUNIOL - Directrice des Ressources Humaines - 65, rue de Baltimore - 50 000 SAINT-LO
Par mail à : service.recrutement@fbs50.fr



Site Internet : www.fbs50.fr



OFFRE D'EMPLOI PRATICIEN HOSPITALIER (H/F) - CDD - MANCHE



EMPLOYEUR

Le Centre Hospitalier de Carentan Les Marais est un établissement public de santé, qui est pourvu d'un service de médecine polyvalente (24 lits, dont activité en Soins Palliatifs importante) et de Soins de Suite et Réadaptation (10 lits de SSR polyvalent et 20 lits de SSR Gériatrique).

Coordonnées :

Centre Hospitalier de Proximité
1, Avenue Qui Qu'en Grogne
50500 CARENTAN LES MARAIS

DESCRIPTION DU POSTE

Équipe médicale : Deux PH titulaires sur le secteur sanitaire (Médecine et SSR) et un PH contractuel (poste vacant au 2017/09/01). Deux PH sur le secteur EHPAD de 200 places, un titulaire et un contractuel qui participent aux astreintes, avec la participation de trois médecins généralistes libéraux de Carentan aux astreintes du Week-End, et un Pharmacien à mi-temps.
- Accès par la RN 13 à 4 voies et par le train. Horaires calqués sur les horaires SNCF.

PROFIL RECHERCHE : CONFIRMES

- Être thésé ou autorisé au remplacement
- Spécialiste en médecine générale
- +/- Capacités

TYPE DE CONTRAT

Contrat à Durée Déterminée à compter du 1^{er} Septembre 2017. (Renouvelable).
Conditions de rémunération : PH échelon 4/+ 10% + Astreintes téléphoniques de nuit et astreintes opérationnelles de Week-End (pas de garde présente).

TYPE DE CONTRAT

Contrat à Durée Déterminée à compter du 1^{er} Septembre 2017. (Renouvelable).
Conditions de rémunération : PH échelon 4/+ 10% + Astreintes téléphoniques de nuit et astreintes opérationnelles de Week-End (pas de garde présente).

CONTACT(S)

Docteur Yvon BAILLEUL, Président de la CME
Mail : yvon.bailleul@hopital-carentan.fr
Tel. : 02 33 42 50 14

Madame Laurence POSTEL, Directrice
Mail : direction@hopital-carentan.fr
Tel. : 02 33 42 50 51

MODALITES DE CANDIDATURE

Candidatures à adresser avant le 25 Août 2017, par courrier postal et/ou électronique à :
Docteur Yvon BAILLEUL - Président de la CME - yvon.bailleul@hopital-carentan.fr
OU Madame Laurence POSTEL - Directrice - direction@hopital-carentan.fr



Le Centre Hospitalier Intercommunal de Redon Carentoir est un établissement de proximité de taille moyenne (378 lits et places). Il dispose d'un service d'urgences, d'un SMUR, d'un plateau technique performant (imagerie médicale et bloc opératoire) et propose une offre de soins complète (filiale gériatrique, chirurgie orthopédique et viscérale, cardiologie, pneumologie, hépatologie-gastrologie, pédiatrie, gynécologie, psychiatrie, consultations spécialisées neurologiques, néphrologiques, urologiques, oncologiques).



Poste proposé

Cardiologue ou Médecin Généraliste à Orientation Cardiologique

CONTRAT(S) :

PH ou Praticien contractuel.
Temps plein (temps partiel envisageable)

LE POSTE

- Service de médecine polyvalente de 30 lits dont 15 lits en cardiologie
- Équipe médicale composée d'un pneumologue et d'un médecin généraliste

MISSIONS :

- Consultations externes et internes
- Explorations cardiologiques et Epreuves d'effort
- Participation aux astreintes de médecine

PROFIL DU CANDIDAT

- Être titulaire d'un diplôme de cardiologie ou de médecine spécialisée cardiologie
- Être inscrit à l'Ordre des médecins Français

Chirurgien Orthopédique

CONTRAT(S) :

PH ou Praticien contractuel
Temps plein (temps partiel envisageable)

MISSIONS :

- Chirurgie orthopédique générale, avec activité prothétique (hanche, genou...) importante consécutive au départ à la retraite d'un praticien à forte clientèle
- Chirurgie traumatologique avec recrutement de patients depuis les urgences

- Participation à l'astreinte
- Pas de concurrence du secteur privé à moins de 60 km
- Les "sur-spécialités" sont les bienvenues (chirurgie de la main, épaule, arthroscopie...)

PROFIL DU CANDIDAT

- Être titulaire d'un diplôme de chirurgien orthopédiste et traumatologie
- Être inscrit à l'Ordre des médecins Français

Personne à contacter : Renseignements et contact - Direction des Affaires Médicales - Mme Sonia LEMARIÉ - Tél : 02 99 71 79 53 - Email : secretariat.direction.2@ch-redon.fr



**Personnes
à contacter
Renseignements
et contact**

Direction des Affaires
Médicales
Mme Sonia LEMARIÉ
Tél. : 02 99 71 79 53
secretariat.direction.2@ch-redon.fr

Renseignements médicaux
Dr Denis VALLADEAU
Chef de Pôle Spécialités Chirurgicales
Tél. : 02 99 71 74 18
Email : denis.valladeau@ch-redon.fr

Renseignements médicaux
Dr Henri-Pierre BARON
Chef du Pôle Spécialités Médicales
Tél. : 02 99 71 71 85
Email : henri-pierre.baron@ch-redon.fr



Le Centre Hospitalier Intercommunal de Redon Carentoir est un établissement de proximité de taille moyenne (378 lits et places). Il dispose d'un service d'urgences, d'un SMUR, d'un plateau technique performant (imagerie médicale et bloc opératoire) et propose une offre de soins complète (filiale gériatrique, chirurgie orthopédique et viscérale, cardiologie, pneumologie, hépatologie-gastrologie, pédiatrie, gynécologie, psychiatrie, consultations spécialisées neurologiques, néphrologiques, urologiques, oncologiques).

La zone de recrutement de la patientèle représente 90 000 habitants.

**Poste proposé
Chirurgien Orthopédique**

Contrat(s)
PH ou Praticien contractuel. Temps plein (temps partiel envisageable).

- Missions**
- Chirurgie orthopédique générale, avec activité prothétique (hanche, genou...) importante consécutive au départ à la retraite d'un praticien à forte clientèle.
 - Chirurgie traumatologique avec recrutement de patients depuis les urgences.
 - Participation à l'astreinte.
 - Pas de concurrence du secteur privé à moins de 60 km.
 - Les "sur-spécialités" sont les bienvenues (chirurgie de la main, épaule, arthroscopie...).

Profil du candidat

- Etre titulaire d'un diplôme de chirurgien orthopédiste et traumatologie.
- Etre inscrit à l'Ordre des médecins Français.

Cardiologue ou Médecin Généraliste à Orientation Cardiologique

Contrat(s)
PH ou Praticien contractuel. Temps plein (temps partiel envisageable).

- Missions**
- Consultations externes et internes.
 - Explorations cardiologiques et Epreuves d'effort.
 - Participation aux astreintes de médecine.

Profil du candidat

- Etre titulaire d'un diplôme de cardiologie ou de médecine spécialisé cardiologie.
- Etre inscrit à l'Ordre des médecins Français.

Établissement du GHT Rance Émeraude
du territoire de santé n° 6
Hôpital de référence : CH de Saint-Malo
Partenariat avec le pôle de santé privé de Dinan
630 lits dont 208 en MCO (5 en UHTCD et 7 en USC),
65 en SSR et 357 en EHPAD

Recherche

URGENTISTES OU MEDECINS GENERALISTES

Création d'une nouvelle ligne de jour.
• 29 400 passages aux urgences.
• 760 SMUR en partenariat avec le CH de Saint Malo et le CHU de Rennes.
• Activités partagées entre le service de médecine d'urgence d'U.H.T.C.D. et le S.M.U.R.

Renseignements et contact :
Dr Fabrice OLLIVIER
Chef du Pôle Urgences-SMUR-USC-Bloc
Tél. : 02 96 85 70 94 - Email : fabrice.ollivier@ch-dinan.fr

GYNECOLOGUES

• 14 050 consultations.
• 44 275 journées d'hospitalisations.
• 713 naissances (Maternité à taille humaine de niveau 2a comprenant 16 lits).

Renseignements et contact :
Dr Mohamed KLOUCHE - Chef de Pôle Femme-Enfant
Tél. : 02 96 85 72 85 - poste 2616 - Email : ali.klouche@ch-dinan.fr

GASTRO-ENTEROLOGUE

• 19 460 consultations
• 67 900 journées d'hospitalisations (12 lits d'hospitalisation traditionnelle).
• Collaboration quotidienne avec le service de gastro-entérologie du CH de Saint-Malo.

Renseignements et contact :
Dr Marie GEDOUIN - Chef de Pôle Médecine
Tél. : 02 96 85 72 45 - Email : marie.gedouin@ch-dinan.fr

Candidatures à adresser à :
Madame la Directrice déléguée
Centre Hospitalier de Dinan
74, Rue Chateaubriand - BP 91056 - 22101 DINAN CEDEX
Tél. : 02 96 85 72 90
Fax : 02 96 85 72 91
Mail : direction@ch-dinan.fr





Plougrescant, village de bord de mer entre Paimpol et Perros-Guirec sur la Côte sauvage des Ajoncs réputé pour sa qualité de vie,

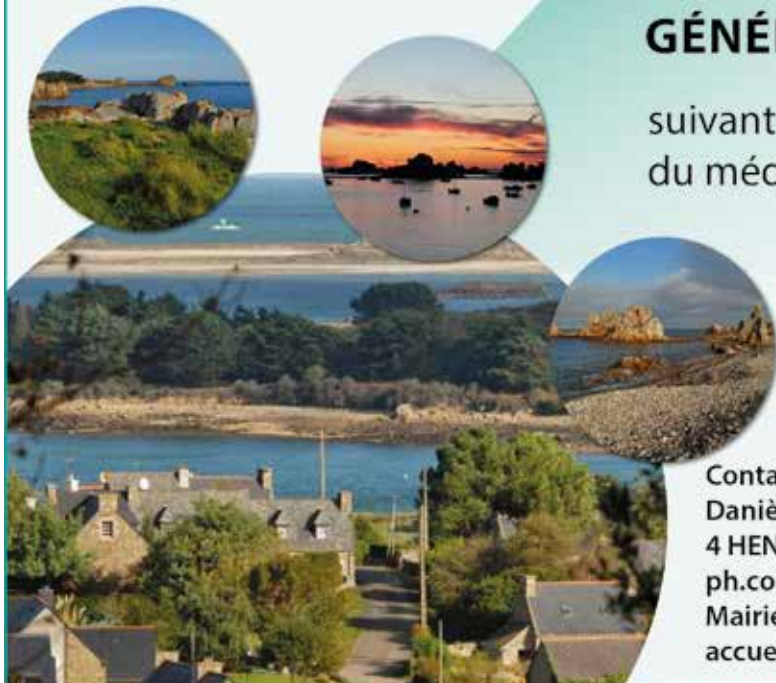
RECHERCHE UN OU DEUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES

suivant l'activité souhaitée suite au départ du médecin.

- › Infirmières, Pharmacie, taxi médical sur place.
- › Projet de maison médicale pluri-professionnelle en cours, kinésithérapeute en cours de recrutement.
- › Cabinet médical provisoire à disposition.

Contact :

Danièle Couchouron
4 HENT TY NEVEZ - 22820 PLOUGRESCANT
ph.couchouron@orange.fr - +33620256681
Mairie de Plougrescant
accueillmairie@plougrescant.fr - 02 96 92 51 18



Situé à 35 minutes d'Angers et Le Mans, 15 mn de La Flèche (réputée pour son lycée et sa qualité de vie) 1h15 de Paris en TGV
Le Pôle Santé Sarthe et Loir

RECRUTE

UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE POUR SSR POLYVALENT

En remplacement d'un PH GERIATRE TEMPS PLEIN au 1^{er} septembre, en collaboration avec un PH TEMPS PLEIN d'un service SSR POLYVALENT bien implanté dans la région, équipe jeune et dynamique, en charge de 24 à 30 patients pour une DMS de 30 jours en moyenne. Patients relevant d'une convalescence après épisode aigu médical ou chirurgical.

Equipe pluridisciplinaire (ergothérapeute, kinésithérapeute, diététicienne, assistante sociale, neuropsychologue, etc.).

SSR POLYVALENT travaillant en interdisciplinarité avec les autres services de l'établissement (cardiologie, pneumologie, chirurgie, etc.) et les consultations (mémoire, douleurs, urologie, neurologie, etc.).

Permanence des soins : astreinte opérationnelle un week-end sur 5 pour SSR et les EHPAD Sablé-sur-Sarthe et La Flèche.

Poste à pourvoir au 1^{er} septembre 2017

UN MÉDECIN POLYVALENT

En remplacement d'un praticien à temps partiel (80%) au 11 septembre 2017.

Service de 2 unités de 12 lits: 1 responsable de service spécialisé Diabétologie, 1 praticien temps plein et 1 temps partiel + 1 poste d'interne de médecine générale.

• Hospitalisation Médecine polyvalente.

• 2 lits Identifiés Soins Palliatifs.

• 1 pôle Médecine en lien avec 3 autres services de 2 Unités dont les spécialités Cardiologie, Gastro-entérologie, Médecine polyvalente et Pneumologie.

Activité hospitalière conventionnelle avec possibilité de développer des consultations sur l'hôpital de jour.

Permanence des soins : astreintes opérationnelles (1 week-end toutes les 6 semaines).

Poste à pourvoir au 11 septembre 2017

Inscription au Conseil de l'Ordre requise pour les 2 postes

Renseignements complémentaires :

Dr V. CHALAIN - Médecin du Service SSR - vchalain@pole-pssl.fr - 02 44 71 31 61

Dr C. BEDU - Chef de Pôle Médecine/SSR cbedu@pole-pssl.fr - 02 44 71 34 03

Merci d'envoyer CV et lettre de motivation à :

Mme Annie-Laure DESPREZ - DRHAM - stouchard@pole-pssl.fr - 02 44 71 30 41

Site du PSSL : <http://www.ch-polesantesarthealoire.fr/>



OFFRE D'EMPLOI MEDICAL
Fondation Georges Coulon reconnue

Centre Medical Georges coulon

La Fondation Georges COULON propose

1 poste de **médecine générale** à durée indéterminée à temps plein

sur son site du Grand-Lucé 72150 situé à 25 km du Mans, en sus d'une équipe de 7 médecins. (Possibilité de temps partiel et de cdd de 6 mois avant le cdi).

Activité SSR 132 lits, médecine gériatrique 8 lits.

Conditions de salaire selon la convention 51 (établissement FEHAP, PSPH).

Possibilité de logement dans l'environnement du centre.

Contact :

Docteur COUSTANCE - Président de CME - 02 43 74 72 00 - philippe.coustance@fondation-gcoulon.fr
ou Mme PELET Edwige - Adjoint de direction - 02 43 61 51 51 - edwige.pelet@fondation-gcoulon.fr



Bienvenue à CHARNY OREE DE PUISAYE

Vous êtes médecin généraliste et vous souhaitez vous installer ?

Un groupe de professionnels de santé vous accueille au sein d'une maison médicale neuve (bâtiment BBC), située sur la commune de Charny Orée de Puisaye (89).

Informations pratiques

- **Environnement professionnel** : Vous travaillerez aux côtés d'un médecin généraliste, d'infirmières, d'un dentiste, de masseurs-kinésithérapeutes, d'un orthophoniste et d'un pédicure-podologue.
- **Local** : Une surface totale de 200 m² est à partager avec le médecin déjà installé. Vous partagerez également une salle d'attente, un secrétariat, un WC public, un WC privé et un coin cuisine.
- **Conditions d'exercice** : Population du bassin de vie de Charny Orée de Puisaye : 7278 habitants environ.
- **Aides possibles** : Aides de la commune à l'installation, Contrat de Praticien Territorial de Médecine Générale, exonérations de charges possibles. Plus de renseignements sur la Plate-forme d'Appui aux Professionnels de Santé de Bourgogne Franche-Comté (PAPS) : www.bourgogne.paps.sante.fr
- **Autres informations** : Territoire ayant signé un Contrat Local de Santé.

X Paris



Charny est située :
à 1h40 de Paris - à 35 min d'Auxerre,
à 40 min de Sens - à 40 min de Montargis.



Charny Orée de Puisaye est une commune nouvelle du centre-est de la France, située dans le département de l'Yonne en région Bourgogne-Franche-Comté. Elle compte 5251 habitants et bénéficie d'un environnement naturel de qualité et d'un patrimoine préservé.

Santé / Social

Centre Hospitalier d'Auxerre (34 min), de Montargis (40 min) et de Sens (43 min), EHPAD, SSIAD, UNA, pharmacie.

Transports / Mobilité

Accès à l'autoroute A6 en 15 min, gare SNCF à 30 min (Joigny ou Saint-Julien-du-Sault).

Services publics

Maison Service au Public.

Petite enfance / Jeunesse

Crèche, Relais Assistants Maternels, écoles primaires, collège, centre de loisirs.

Sports et Loisirs

Clubs de sport, école de musique, pêche, diverses associations, piscine, cinémas aux environs.

Commerces

Supermarchés, boulangeries et autres commerces.

Contacts

Annaëlle Jarnier, Animatrice Santé
Pays de Puisaye-Forterre Val d'Yonne
03 86 74 19 54
contratlocaldesante.puisaye-forterre@orange.fr

Charny Orée de Puisaye
60 route de la Mothe
89120 CHARNY OREE DE PUISAYE - 03 86 63 71 34
ccop@ccop.fr



COMMUNE DU JURA DE 2500 HABITANTS AVEC UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE, ACCUEILLANTE ET DYNAMIQUE.

Avec un projet de maison de santé pluridisciplinaire (déjà 12 professionnels médicaux et paramédicaux).

Cadre de vie privilégié avec de nombreux commerces & services...

Médiathèque, maison de l'enfance, crèche, salle de spectacle, collège, lycée professionnel...

Conditions de logement préférentielles dans un site agréable à côté de la future maison de santé.

Idealement situé (à 30 min. de Lons-le-Saunier, de Bourg-en-Bresse et à 1h30 de Lyon, à 2h de Genève en voiture).

À proximité de plusieurs grands centres urbains (TGV, A39, Aéroport St-Exupéry)



LA COMMUNE DE SAINT-AMOUR RECHERCHE 2 MÉDECINS GÉNÉRALISTES (H/F) ET 1 KINÉSITHÉRAPEUTE (H/F) EN LIBÉRAL

- 1) Possibilité de bénéficier du contrat PTMG (Praticiens territoriaux de médecine générale) en vue de l'installation de jeunes médecins généralistes.
- 2) Cabinet médical provisoire aux normes à disposition en attendant la nouvelle maison de santé (livraison 2^e trimestre 2018).

Commune de Saint-Amour - 1, Place d'Armes - 39160 Saint-Amour - Tél. : 03 84 44 02 00 - Fax : 03 84 48 88 15
Courriel : mairie@saintamour39.fr - Web : www.saintamourjura.com - Facebook : Saint Amour Jura

Le CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE HAUTE-COMTE Recrute :

ANESTHÉSISTE-REANIMATEUR

(inscrit à l'Ordre des médecins) - Statut : (IPH - praticien contractuel -)
Il s'agit d'un poste pour "remplacement" ou d'un poste CDI.

L'Equipe d'Anesthésiste-réanimateurs composée de 8 praticiens fait fonctionner 6 blocs + 1 bloc identifié "césariennes"

Les lits de chirurgie concernent les spécialités suivantes :

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

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

CHIRURGIEN

Pour son service de Chirurgie Polyvalente un CHIRURGIEN en chirurgie viscérale et digestive.

Ce poste est à pourvoir rapidement, par un praticien hospitalier, un praticien contractuel.

Contrat(s) : PH temps plein

INSCRIPTION A L'ORDRE DES MEDECINS EXIGEE

Personne à contacter : Mr VOLLE, Directeur : tél. 03.81.38.53.01.
Secrétariat 03.81.38.53.01

Mme QUERRY Catherine - DRH Affaires médicales : 03 81 38 58 80
Email : c.querry@chi-hautecomte.fr



UNE PREMIÈRE
EN FRANCE

Dans le cadre de l'ouverture de son centre départemental de santé **en janvier 2018,**

LE DÉPARTEMENT DE SAÔNE-ET-LOIRE RECRUTE

30 MÉDECINS GÉNÉRALISTES SALARIÉS

- ➔ **Contrat** : CDD de 3 ans renouvelable (temps partiel et exercice mixte envisageable)
Possibilité de CDI à terme
- ➔ **Rémunération selon expérience,**
adossée à la grille de la fonction publique hospitalière
- ➔ **Temps de travail** : 35 heures annualisées
- ➔ **Mise à disposition d'un secrétariat médical**
et d'une équipe administrative
- ➔ **Localisation** : recrutements effectués pour les pôles de Mâcon,
Chalon-sur-Saône, Autun, Montceau-les-Mines et Digoïn

LA SAÔNE-ET-LOIRE :

- 40 mn de Lyon
- 1 h 20 de Paris
- 2 h de Genève
- 2 h 30 de Marseille

RENSEIGNEMENTS ET CANDIDATURES
centredesante@cg71.fr ou 03 85 39 55 79
www.centredesante71.fr

Un cadre de vie de qualité : Venez travailler dans la ville de Georges Brassens, à proximité de la plage de la Corniche et du Mont Saint Clair et à 30 minutes de Montpellier



Tous ces postes sont à pourvoir dès que possible.

Pour toute information ou candidature, veuillez contacter :
Dr BLONDIN - Présidente de la CME
 au 04 67 46 59 18
 cblondin@ch-bassindethau.fr
 ou **Mme ALBA**
 Directrice des Affaires Médicales
 au 04 67 46 57 08
 secdrham@ch-bassindethau.fr



Le Centre Hospitalier du Bassin de Thau est un établissement de 900 lits et places, implanté sur les villes de SETE et AGDE qui s'inscrit dans le GHT porté par le CHU de Montpellier, ce qui permet de nombreuses collaborations médicales et universitaires. Ils renforcent leurs équipes médicales par le recrutement de spécialistes :

Cardiologues pour renforcer une équipe de 4 médecins et mettre en place une garde sur place (SIC).

Anesthésistes Réanimateurs pour conforter l'équipe actuelle de 8 MAR titulaires et cela dans la perspective de l'augmentation de l'activité chirurgicale (ouverture d'un nouveau bloc de 7 salles en septembre 2018) et de l'extension du nombre de lits de surveillance continue.

Pédiatre ayant une compétence en néonatalogie (niveau IIa pour la maternité) et qui viendra en appui des 4 praticiens en poste.

Radiologues pour accompagner le développement d'activité. Le plateau technique compte 2 scanners et 1 IRM et la possibilité de réaliser une activité libérale.

Gastro-entérologue à forte orientation endoscopie qui intégrera une équipe de 3 PH pour consolider la filière de cancérologie digestive en lien avec l'Institut du cancer de Montpellier.

Praticiens en médecine polyvalente pour mettre en place une unité post-urgences à orientation rapide.

Urgentistes pour compléter l'effectif et finaliser la mise en place du nouveau référentiel sur le temps de travail.



Le Centre Hospitalier de Rodez Recrute :

- 1 anesthésiste
- 1 cardiologue
- 1 pédiatrie
- 1 pneumologue
- 1 urgentiste
- 1 radiologue
- 1 néphrologue



L'hôpital comporte 717 lits au total avec une construction récente, en 2006, un SAMU avec hélicoptère, un service de Réanimation et surveillance continue/-SAUV, un service de Cancérologie et de Radiothérapie de référence, un plateau technique complet avec TEP SCANNER, IRM, coronarographie et équipement de télé-médecine, un service de pédiatrie avec réanimation néonatale, cardiologie interventionnelle type 1 et 3.

Contact :
 Mme Sophie BOURGUINE
 Directrice des Affaires Médicales
 damq@ch-rodez.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE NARBONNE (Languedoc-Roussillon)

proche de la mer, de la montagne et de l'Espagne, 1h de Montpellier et 1h30 de Toulouse.

Principal établissement public de santé desservant l'Est du Département de l'Aude, Etablissement de 550 lits et places. Soins en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour en médecine, chirurgie, obstétrique, SSR, EHPAD et USLD.
Plateau technique - Scanner - IRM, réanimation et surveillance continue, soins intensifs cardio-neuro, service d'urgences et SMUR, Psychiatrie.

RECHERCHE POUR COMPLETER SES EQUIPES

2 GYNECOLOGUES-OBSTETRICIENS

Maternité de niveau 1 – 850 accouchements par an & 8000 consultations - 23 lits gynécologie-obstétrique & 16 lits pédiatrie bloc obstétrical récent et équipé en conformité avec l'état de l'art. Péridurales 24/24 - anesthésiste sur place.

3 ANESTHESISTES-REANIMATEURS (service d'anesthésie)

Activité d'anesthésie polyvalente et variée : Chirurgie orthopédique : ALR+++; échographe. Chirurgie viscérale, Chirurgie urologique, Chirurgie gynécologique.

Endoscopies digestive, un peu de chirurgie maxillo-faciale, ORL et ophtalmo; Pédiatrie à partir de 5 ans, Obstétrique 800 accouchements/an, 70 % d'analgésie périmédullaire.

Bonne organisation et excellente entente dans l'équipe : Garde sur place (3 à 5 gardes/mois) et repos de sécurité, Congés annuels, RTT, Congés formation.

Equipe de 12 IADE, 1 IADE/salle, 1 MAR pour 2 salles sauf chirurgie lourde et pédiatrie, 6 salles d'intervention, 1 salle d'endoscopie parfaitement équipées aux normes SFAR; 3 salles d'accouchement, 1 salle de césarienne.

Matériel performant : 3 échographes dont un Sonosite Xpointe, Respirateur Dräger Primus, Scopes Dräger Infinity C700, AIVOC, ANI, Glidescope.

Monitoring hémodynamique Edwards, 3BIS, 1 DESAR/semestre.

SSPI de 9 postes; Soins continus et réanimation gérés par réanimateurs.

Contacts : Dr Randa EL HACHEM - Responsable de l'Anesthésie - 06 15 30 42 20 - randa.elhachem@ch-narbonne.fr

Dr Frank BOLANDARD - Praticien Anesthésistes - 06 81 33 53 89 - frank.bolandard@ch-narbonne.fr

3 ANESTHESISTES-REANIMATEURS (service de réanimation)

Service validant pour DESC réanimé et DESAR, Fonctionnement en temps continu, 2 séniors de jour, puis garde sur place.

Activité du service : 300 entrées (2016), Durée moyenne de séjour : 9 jours (2016).

Hémofiltration continue citrate/monitorage hémodynamique, Echocardiographe propre au service (ETT/ETO), Tout type de ventilation mécanique/Pratique des trachéotomies percutanées.

Bonne organisation et excellente entente dans l'équipe, Garde sur place (3 à 5 gardes/mois) et Repos de sécurité, Congés annuels, RTT, Congés formation.

Contact : Dr Pierre COCQUET - Responsable de la réanimation - 06 35 34 28 62 - pierre.cocquet@ch-narbonne.fr

2 GERIATRES (services de court-séjour-gériatrique et USLD-EHPAD)

Afin de participer au fonctionnement de la filière gériatrique en fonction de votre projet et de votre profil : possibilité en court-séjour-gériatrique ou en USLD-EHPAD sur 2 postes de praticiens hospitaliers vacants.

Equipe composée au total de 7 gériatres en poste gérant une filière complète.

Temps de travail à temps plein souhaité.

Rémunération en fonction de votre profil pouvant être définie sur la base de praticien hospitalier.

Contact : Dr Nicolas BOUDET - Chef de pôle de gériatrie - 06 35 34 28 62 - nicolas.boudet@ch-narbonne.fr

2 PSYCHIATRES (service de psychiatrie adulte)

Activité en hospitalisation et activité de consultations. Une unité de soins psychiatriques d'hospitalisations sous contrainte, Une unité de soins psychiatriques d'hospitalisation libre, 2 hôpitaux de jour (2x10 places), 2 CMP. Une activité de liaison sur le centre Hospitalier à proximité de la Clinique.

Participation aux urgences, et Participation à la permanence des soins.

Contact : Dr Christian PFEIFFER - Responsable de la psychiatrie - 04 68 42 66 32 - christian.pfeiffer@ch-narbonne.fr

1 PNEUMOLOGUE

L'établissement recherche un 3^{ème} pneumologue temps plein pour son service d'hospitalisation complète de 12 lits et 2 lits d'hospitalisation de sommeil. Absence d'astreinte de pneumologie mais le médecin pourra participer aux astreintes de médecine générale (3 à 4 semaines par an) en encadrant un interne sur place.

Contact : Dr Jean-François THUAN - Responsable de l'unité de pneumologie - 04 68 42 63 17 - jean-francois.thuan@ch-narbonne.fr

Candidatures à envoyer à :

Centre Hospitalier - Direction - BP 824 - 11108 NARBONNE CEDEX

direction@ch-narbonne.fr

Contact : Bureau des Affaires Médicales - 04 68 42 65 48 - affairesmedicales@ch-narbonne.fr





Le Centre Hospitalier de SARREBOURG (Moselle) recrute ou est susceptible de recruter des médecins dans les spécialités suivantes :

- GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
- PEDIATRIE
- PNEUMOLOGIE
- CARDIOLOGIE
- MEDECINE D'URGENCE
- IMAGERIE MEDICALE
- ANESTHESIE-REANIMATION



Membre du GHT constitué autour du CHRU de STRASBOURG, c'est le seul établissement de santé au cœur d'un bassin de population de 80 000 habitants.

L'hôpital dispose d'un SAU-SMUR et de 165 lits actifs dans les spécialités indiquées ainsi qu'en médecine interne, chirurgie orthopédique et viscérale, notamment.

L'unité de soins continus, le service d'imagerie (conventionnelle, IRM et scanner) et le laboratoire d'analyses biomédicales complètent le plateau technique.

Un projet médical partagé du GHT, un PMP spécifique est en cours d'élaboration avec le centre hospitalier voisin situé à SAVERNE (Bas-Rhin).

La ville bénéficie de liaisons ferroviaires et routières très favorables :

- par train METZ est à 55mn et le TGV place NANCY et STRASBOURG à 40mn,
- par la route METZ est à 1h30 et NANCY et STRASBOURG sont à 1h00.

Votre candidature doit être adressée à :
Monsieur le Directeur - Centre Hospitalier de Sarrebourg
BP 80269 - 57402 SARREBOURG CEDEX

Pour tout renseignement, veuillez contacter :
 Direction des Ressources Humaines
 Bureau des Affaires Médicales
 Tél : 03 87 23 23 08
 Mail : dh@ch-sarrebourg.fr

LA COMMUNE DE SENTHEIM (68780), dans le Haut-Rhin, recherche

un ou plusieurs médecins généralistes libéraux

afin d'exercer au sein du cabinet médical, accessible, remis à neuf, situé au cœur du village



Vous évoluerez dans un environnement incluant des professionnels de santé dynamiques et volontaires : une pharmacie, un cabinet dentaire, un cabinet d'infirmières, un cabinet de kinésithérapeutes, un ostéopathe, une psychologue, une naturopathe.

SENTHEIM est un village dynamique de plus de 1600 habitants, à 10 minutes des autoroutes A36/A35, à 25 minutes de Mulhouse, de Belfort et de 2 gares TGV, à 40 minutes de l'aéroport international EuroAirport, à 10 mn du Golf de Rougemont.

Située à l'entrée de la vallée de la Doller, au sein d'un bassin de vie, d'environ 6000 habitants, SENTHEIM propose à ses habitants tous les services nécessaires : établissements scolaires, périscolaire, crèche, commerces, associations sportives et culturelles, proximité de collèges, lycées... et leur offre une qualité de vie agréable et attrayante dans un environnement préservé.

Vous trouverez des informations importantes sur les pages web suivantes : www.medecinspoursentheim.fr et Facebook Sentheim
 Pour tout contact, appeler la mairie de Sentheim - M. Bernard HIRTH - Maire au 03 89 82 52 03 - mairie.sentheim@tv-com.net
 Pour plus d'informations sur la commune : www.sentheim.fr



Pôle de Santé Privé du Diaconat - Centre Alsace

Le Pôle de Santé Privé du Diaconat - Centre Alsace situé à Colmar (l'Hôpital Albert Schweitzer, la Clinique et la Maison d'Accueil du Diaconat, le Home du Florimont et l'Institut de Formation) recherche :

- Un Médecin spécialisé en gynécologie-obstétrique (h/f) en CDI temps plein
- Ou un Médecin assistant spécialisé en gynécologie-obstétrique (h/f)
 En CDD de 2 ans à temps plein

L'établissement et le cadre d'activité.

Ouvert en 2007, il offre un cadre de prise en soins et de travail performant et agréable.

Maternité de niveau 1 comprenant 20 lits. Bloc obstétrical en lien direct avec bloc chirurgical. 800 accouchements par an.

1 scanner, 2 IRM, mammographie numérique, ostéotomodensitométrie.

Equipe de sages-femmes performante, 3 pédiatres très engagés dans le fonctionnement de la maternité (1 temps plein, 2 temps partiel).

Renseignements :

Docteur SHARAF Mamoun - Chef du Département de Gynécologie-Obstétrique

03 89 21 25 92 - mamoun.sharaf@diaconat-mulhouse.fr

Marie RIEBERT - Cadre sage-femme - 03 89 21 25 41 - Marie.riebert@diaconat-mulhouse.fr

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

Pôle de Santé Privé du Diaconat - Centre Alsace

Monsieur Le Directeur 201 Avenue d'Alsace BP 20129

68003 Colmar cedex - direction-colmar@diaconat-mulhouse.fr



Scanner le
 QRcode
 pour la Fiche
 de poste
 complète



www.chr-metz-thionville.fr

Le CHR Metz-Thionville recrute des Gériatres

Le Pôle Gériatrie du CHR Metz-Thionville propose des postes de gériatres ou de médecins en formation de gériatrie.

Le CHR Metz-Thionville comprend une filière gériatrique complète de 500 lits :

- Secteur sanitaire, 4 sites (Hôpital de Mercy, Hôpital Bel-Air, Hôpital Félix Maréchal, Hôpital d'Hayange) : Médecin gériatrique, SSR gériatrique, USLD, équipe mobile, hospitalisation de jour, ortho-gériatrie, onco-gériatrie, psycho-gériatrie ;
- Secteur médico-social, 3 sites d'EHPAD.

Statut : Médecins inscrits à l'ordre, en cours de formation, à déterminer selon l'expérience
Rémunération : selon les statuts du code de la santé publique
Quotité de temps de travail : temps plein.

Pôle Ressources et Qualité
Direction des Affaires Médicales,
de la Recherche et de l'Innovation
Tél. 03 87 65 54 00
Fax. 03 87 55 78 35
Hôpital de Mercy - 1 allée du Château
CS 45001 - 57085 Metz Cedex 03
email : secretariat-dpam@chr-metz-thionville.fr



GRAND EST



Le Centre Hospitalier Alpes-Isère recrute UN MEDECIN PSYCHIATRE TEMPS PLEIN (H/F) Pôle des Troubles du Spectre Autistique - Adultes

Situé à 7 kilomètres de Grenoble technopole et ville universitaire très dynamique, le Centre Hospitalier Alpes-Isère dessert l'agglomération grenobloise, le Voironnais et le Sud de l'Isère soit environ les trois quarts du département.
Il assure le service public de santé mentale pour une population de 800 000 habitants (adultes et enfants) au travers de 60 structures extra hospitalières (20 000 patients) et 360 lits.

Profil du poste

Poste de PH (PHC) au sein d'une équipe pluridisciplinaire d'hospitalisation de jour et ambulatoire pour patients adultes atteints d'autisme, déficitaires ou non.

Présentation du service

- L'unité de Jour Autisme Adulte est un plateau ambulatoire. Il a pour objectif de prendre en charge des patients soit issus du médico-social et présentant une problématique particulière nécessitant une observation et un travail « intensif », soit n'ayant pas de prise en charge spécifique de leur pathologie autistique et nécessitant des soins de réhabilitation (autonomie, logement/placement, insertion professionnelle milieu normal ou protégé).
- L'équipe est composée d'un cadre, d'infirmiers, d'aides-soignants, de psychologues, d'éducateurs, de psychomotriciens, d'ergothérapeutes, d'une assistante sociale et d'une secrétaire.

Contact

Dr BERNARD BERTRAND - Chef de pôle T.S.A.
Mail : cbernard@ch-alpes-isere.fr - Téléphone : 04 76 44 23 88

Pour postuler, envoyer votre lettre de candidature accompagnée du CV à :

Mme ALLEMAND Dominique - Directrice Adjointe
Pôle Compétences - Mail : secretariat-drh@ch-alpes-isere.fr
Téléphone : 04 76 56 42 60

Centre Hospitalier Alpes-Isère
3, rue de la Gare - CS 20100
38521 SAINT EGREVE CEDEX



Auvergne-Rhône-Alpes

Le Centre Hospitalier Alpes-Léman (74) recrute

Un Radiologue à temps plein

Plateau technique

- Scanner Siemens 128 coupes avec module interventionnel.
- Activité sur 3 IRM 1,5 T.
- Mammographe capteur plan avec Tomosynthèse et macrobiopsies.
- 3 Echographes Toshiba Applio.
- Activité de radio interventionnelle en cours de développement.
- Astreintes partagées avec Imadis (téléradiologie).
- Autorisation pour un scanner et une IRM supplémentaire.

Entre lacs et montagnes

Le CHAL est un hôpital neuf (ouvert en Janvier 2012) de 450 lits avec une activité variée en progression. Proche des stations de ski, de la chaîne du Mont Blanc, des lacs Léman et d'Annecy. Proximité de l'aéroport international de Genève.

Contact

- Dr Paul VIGNOLI - Responsable du service d'imagerie
Tél. : +33450822555 - pvignoli@ch-alpes-leman.fr
- Mme Laurence MINNE - Directrice des affaires médicales
Tél. : +33450822493 - lminne@ch-alpes-leman.fr

La Fondation Georges Boissel possède une expérience dans les domaines de la santé mentale, du handicap psychique et de l'accompagnement des personnes en difficulté d'insertion sociale. Sa mission : gérer des établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux ayant pour objet la santé mentale, le handicap psychique et la réinsertion.

Au sein du territoire « Lyon-Centre » conformément au découpage de l'Agence Régionale de Santé, elle participe à l'évolution des politiques sanitaires, sociales & médico-sociales en adaptant ses structures et ses activités aux besoins de la population, en cohérence avec les schémas régionaux.

Son activité repose sur 3 axes :

Protéger

La personne dans sa globalité est au cœur de toutes nos actions. Accueillir, sans discrimination, tous les usagers en assurant le continuum entre ses activités sanitaire, sociale et médico-sociale est notre démarche.

Réinsérer

La Fondation Georges Boissel adhère à la philosophie de l'Economie Sociale & Solidaire par la promotion des valeurs de solidarité et respect. "Parce que tout le monde a sa place dans la cité, elle accompagne et réinsère".

Innovier

La Fondation Georges Boissel s'emploie à promouvoir l'innovation dans tous ses projets, favorisant la créativité et l'efficacité en matière de prise en charge des usagers ainsi que des aidants.

Recrute Médecin Psychiatre sur l'établissement de Vienne (38)

- Expérience confirmée en établissement psychiatrique.
- Possibilité PH en détachement.
- Etablissement « ESPIC », Nord-Isère (Bourgoin-Jallieu et Vienne). Gestion de 5 secteurs de psychiatrie adultes, avec notamment 6 unités d'hospitalisation, 7 CMPA, 1 secteur infanto-juvénile 3 hôpitaux de jour, 1 foyer thérapeutique. Convention FEHAP.
- Le médecin psychiatre est sous la responsabilité du médecin chef de pôle. Participation et collaboration aux différentes activités des unités fonctionnelles intra ou extra hospitalières. Participation aux continuités et astreintes médicales.

Didier FREMY - DRH
Fondation Georges Boissel
Etablissement de Santé Mentale
des Partes de l'Isère
100 Avenue du Médipôle - CS 43016
38307 Bourgoin-Jallieu Cedex
E Mail :
dfremy@fondation-boissel.fr
Tél. : 04 74 83 53 00



Le Centre Hospitalier d'Ardèche Méridionale

Situé à Aubenas, au cœur de l'Ardèche du Sud, offre un environnement privilégié, à la fois proche de stations de ski et balnéaires, et à 2 heures de grandes villes (Lyon, Marseille). Son riche patrimoine et sa qualité de vie exceptionnelle font de l'Ardèche méridionale une région dynamique et accueillante, avec une forte densité touristique en été.

Établissement à taille humaine (727 lits), le centre hospitalier s'inscrit comme l'acteur de santé incontournable en Sud Ardèche. Il dessert un bassin de 100 000 habitants et comprend 4 sites.

RECHERCHE

2 URGENTISTES (CAMU ou DESC souhaité)

Afin de renforcer son équipe et accueillir les 26 000 passages annuels aux urgences et SMUR, participer aux sorties du SMUR et prendre en charge les patients de l'UHCD

1 ONCOLOGUE

Afin de compléter l'équipe médicale du service de médecine à orientation oncologique et hématologique qui comprend également des lits de soins palliatifs

2 ANESTHESISTES

Afin de renforcer ses équipes médicales (50 lits de chirurgie ; 8 lits de surveillance continue)

1 MEDECIN DU TRAVAIL

Pour assurer le suivi médical des agents des 4 sites, ainsi que des hôpitaux périphériques

1 CHIRURGIEN UROLOGIQUE

Afin de développer l'offre de soins du territoire

2 GERIATRES

Pour rejoindre l'équipe médicale en charge du court séjour gériatrique, du SSR, des EHPAD, et aussi de l'équipe mobile et des consultations mémoire labellisées.

Le pôle Gériatrie comporte également un CAJA, un PASA et un espace Snoezelen

1 OPHTALMOLOGUE

Activités techniques, de consultations et chirurgicales en collaboration avec un autre ophtalmologue

CV et Lettre de motivation à adresser à Monsieur Yvan MANIGLIER - Directeur
Tél. : 04 75 35 60 01 - E-mail : direction@ch-ardeche-meridionale.fr



La Commune de La Bridoire 73520, située à 15 min environ de Chambéry, proche du Lac d'Aiguebelette, cherche un médecin généraliste

Un projet de Maison Médicale est en cours sur la commune qui dispose déjà d'un cabinet dentaire de 3 praticiens, d'un cabinet infirmier de 4 IDE, d'une pharmacie, et à 5 min du village un Hôpital (Pont de Beauvoisin - 38480) avec urgences, de 2 centres de kinésithérapie et d'un podologue pédicure.

Deux médecins exerçaient à La Bridoire ; l'un est parti à la retraite sans être remplacé, l'autre est en semi retraite depuis peu et travaille 3 jours par semaine en vue de quitter son activité progressivement.

La municipalité fera tout pour accueillir dans un premier temps un nouveau généraliste dans des locaux prévus et dédiés, et ensuite monter une maison médicale avec tous les acteurs de santé volontaires, à terme avec au moins 2 médecins.

La Commune est prête à examiner tous projets d'installation de médecins généralistes et prendra les dispositions pour en assurer toutes les conditions de réussite, y compris au niveau financier.

Contacts pour tous renseignements :

Concernant les locaux :

Mairie de La Bridoire : 04 76 31 11 13
Yves BERTHIER - Maire : 06 85 46 98 37

Concernant l'activité médicale, vous pouvez prendre contact avec :

Le Docteur Françoise CHAMBON : 06 80 21 19 08
Le Docteur Philippe BILLOT : 04 76 31 11 01
Monsieur Marc BOUSSELET Pharmacien : 04 76 31 12 05



Pour plus d'informations sur le village
Consulter notre site internet
www.labridoire.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-YRIEIX-LA-PERCHE



RECRUTE



UN ANESTHESISTE UN URGENTISTE

Chef de pôle : Dr Roger DALOKO LONFO

Les services du centre hospitalier Jacques Boutard :

- › SAU/SMUR/UHCD
- › Médecine et médecine ambulatoire
- › Chirurgie ambulatoire + gastro-entérologie
- › SSR
- › EHPAD – USLD avec un PASA
- › Hébergement temporaire
- › Antenne HAD
- › Service de radiologie (scanner, radio conventionnelle, échographie et mammographie, IRM mobile)
- › Nombreuses consultations externes spécialisées

UN GERIATRE UN MEDECIN GENERALISTE

Chef de pôle : Dr Myriam BURGNET

Le centre hospitalier Jacques Boutard, c'est :

- › Un établissement public de santé de 350 lits et places
- › Dynamique et en développement
- › Dans une région connue pour son cadre de vie agréable (Haute-Vienne)
- › Un travail en réseau avec le CHU de Limoges
- › Une couverture d'un bassin de population de 80 000 habitants

Contact :

Madame fabienne Guichard - Directrice

Mail : direction@ch-st-yrieix.fr - Tél. : 05 55 75 75 00



Situé sur un bassin de plus de 70 000 habitants, Le Centre Hospitalier Intercommunal du Pays de Cognac est un établissement de proximité offrant une large palette de prises en charge médicales. Doté d'une maternité bénéficiant du label « ami des bébés », d'un service d'urgence et d'une centaine de lits et places de médecine, il bénéficie d'un plateau technique de qualité comprenant un secteur d'imagerie performant (classique, scanner, IRM), de salles d'endoscopie et de fibroscopie, de soins continus. Il accueille en hospitalisation conventionnelle dans le domaine de la pneumologie, de l'endocrinologie-diabétologie, de la gastro-entérologie, de la cardiologie, de l'oncologie et de la gériatrie. Il offre aux patients de son bassin de vie un large panel amené à se développer de consultations tant médicales que chirurgicales. Installé dans un bâtiment moderne, fonctionnelle et lumineuse, il propose un accueil des patients de qualité en phase avec les standards actuels de l'accueil hôtelier hospitalier.

Membre du groupement hospitalier de territoire de la Charente et deuxième établissement sanitaire du département, il accomplit ses missions en lien avec les autres établissements du territoire, des partenaires privés et les intervenants libéraux.

Le centre hospitalier intercommunal du pays de Cognac recrute dans le cadre du développement de ses activités :

→ **Un gériatre**
→ **Un pédiatre**

→ **Un oncologue**
→ **Un gynécologue obstétricien**

Soucieux (se) de travailler en équipe dans un environnement de travail agréable, il/elle est animé(e) par le désir de porter les projets d'évolution de l'offre de soins au bénéfice des patientes et des parturientes du territoire de santé de Cognac.

Les CV sont à adresser à Eric Turpain DRH/AM (CHI du Pays de Cognac)

Pour tout renseignement :

ERIC TURPAIN - 05 45 80 15 33 - e.turpain@ch-cognac.fr

Dr CHENEVIER - Présidente de CME

05 45 80 15 15 - d.chenevier@ch-cognac.fr

Pédiatrie et Gynécologie : Dr FILIDORI

Chef de pôle - 05 45 80 15 15 - m.filidori@ch-cognac.fr

Gériatrie : Dr COUMAU

Chef de pôle - 05 45 80 15 15 - d.coumau@ch-cognac.fr

Oncologie : Dr FLEURET

Chef de pôle - 05 45 80 15 15 - m.fleuret@ch-cognac.fr



La mairie d'Ildron (en partenariat avec la pharmacie d'Ildron) recherche médecins généralistes ou médecins spécialistes en libéral

Ce local professionnel se situe sur un axe très fréquenté (route de Tarbes) avec une surface de 77m² divisible en deux parties (un premier local de 48m² et un second de 29m²) avec les WC et la salle d'attente de 14m² en guise de parties communes. Il y a aussi des places de parking. Peut convenir à toute profession médicale ou paramédicale, proche de toutes commodités... au calme, avec le chauffage, la climatisation, le parquet et l'accès handicapés.

Ildron est déjà doté d'un solide tissu local de santé : pharmacie, infirmiers, dentiste, psychologue.

Grand potentiel économique et patientèle assurée (un médecin pour 4600 habitants) avec un projet médical valorisant et association possible pour répondre à une augmentation du nombre d'habitants sur la commune et à la construction en cours d'un EHPAD (110 lits) et d'une résidence sénior de 68 logements.

Ildron, naturellement bien... à moins d'une heure des stations de ski et de la côte Atlantique, à une bonne cinquantaine de kilomètres de vol d'oiseau de l'Espagne, à 200 km environ de Bordeaux, Toulouse et à 250 km de Saragosse (Espagne)...

À cinq kilomètres à l'est de Pau (sa gare est la 3^e gare d'Aquitaine avec plus d'un million de voyageurs et 4 TGV reliant Paris quotidiennement).

Pour toute candidature, veuillez contacter :

- Mairie d'Ildron au 05 59 81 74 03 – ericmassias@mairie-ildron.com
- Pharmacie d'Ildron au 05 59 81 81 70 – pharmacie.ildron@orange.fr



IDRON
Naturellement bien



La ville d'Agen, préfecture de Lot et Garonne, est située dans la région Nouvelle Aquitaine, au cœur du sud-ouest ; l'agglomération agenaise dépasse les 100 000 habitants.
Gare, TGV, Aéroport, Autoroute (Toulouse 1h et Bordeaux 1h15).



Le Centre Hospitalier Agen-Nérac Recrute

(Tout type de statut proposé : praticien hospitalier, praticien contractuel, assistant spécialiste)

Un Gériatre

Inscrit au conseil de l'Ordre des médecins
Pour le pôle gériatrie - rééducation
(équipe de 11 médecins)
Site d'Agen ou site de Nérac

Un pneumologue

Inscrit au conseil de l'Ordre des médecins
Pour le service de Pneumologie
(équipe de 3 médecins)
Service 19 lits. Salle d'endoscopie bronchique
EFR. Gazométrie. Enregistrement du sommeil

Personnes à contacter :

Dr Luc VOGT - Chef de pôle gériatrie - rééducation
Tél : 05 53 69 71 19 - Mail : vogtl@ch-agen-nerac.fr
Dr Pierre CHOLLET - Chef de service de pneumologie
Tél : 05 53 69 72 20 - Mail : cholletp@ch-agen-nerac.fr
Dr Jean-Marc FAUCHEUX - Président de la CME
Tél : 05 53 69 78 12 - Mail : faucheuxjm@ch-agen-nerac.fr
Mme Marie-Pascale GAY - Directrice des Affaires Médicales
Tél : 05 53 69 74 11 - Mail : gaym@ch-agen-nerac.fr



POLE DE SANTE DANS LE GRAND CENTRE COMMERCIAL - GEANT LA ROCADE - DE FURIANI

A 5 min de Bastia, le Pôle de Santé en plein développement, dispose encore de 4 cabinets libres

Recherche
Généralistes
Pédiatre
Dermatologue
et **Cardiologue**

Afin de compléter l'équipe pluri-professionnelle composée de : Généraliste, Kinésithérapeutes, Ostéopathe, IDE, Orthophoniste, Pédicure-Podologue.

ACTIVITE LIBERALE

Pour toutes informations, contactez
M. COLONNA DE LECA
Tél. : 06 09 04 17 05
E-mail : pharmacie.rocade@wanadoo.fr



FONDATION PERE FAVRON



APPEL A CANDIDATURES INTERNES/EXTERNES

La Fondation Père FAVRON à l'île de la Réunion recrute pour l'IMS Raphaël Babet à Saint-Joseph (zone sud)

1 Médecin Généraliste ou Pédiatre (H/F) en CDI et à mi-temps

Missions principales :

- Assurer le suivi médical d'enfants, adolescents et adultes porteurs de handicap en lien avec les médecins traitants et spécialistes
- Suivi et coordination des projets de soins
- Prescription, suivi et coordination des soins de rééducation
- Participation aux projets institutionnels de santé

Ce poste est à pourvoir immédiatement

Rémunération en référence à la C.C.N.51 majorée de 20%

Les candidatures (CV + lettres de motivation) sont à adresser à :
Monsieur le Directeur de l'I.M.S. Raphaël Babet
29 Boulevard Lenepveu - Cayenne 97480 SAINT-JOSEPH
Tel. : 02 62 918 340 - fax. : 02 62 23 56 55
mussard.dina@favron.org



Poste de Praticien Hospitalier en Réanimation Pédiatrique au CHU de Fort de France Disponible dès 2017

Service référent régional antillo-guyanais et caraïbéen en réanimation pédiatrique 3 lits de réanimation pédiatrique pour le bassin Antilles Guyane et 8 lits de surveillance continue pédiatrique au sein d'un service polyvalent néonatal et pédiatrique (12 lits de réanimation néonatale, 9 lits de soins intensifs néonataux et 12 lits de néonatalogie).

Prise en charge post-opératoire (chirurgie viscérale malformative et générale, chirurgie orthopédique, chirurgie et cardiologie interventionnelle, neurochirurgie, brûlés) ; pathologies médicales habituelles et spécificités locales : drépanocytose (centre intégré), dengue. Garde sur place commune avec le service de réanimation néonatale (3-4 gardes par mois dont 1 WE) Vie en Martinique agréable et très enrichissante. Venez vivre au sein de caraïbe une expérience professionnelle et personnelle très agréable et très enrichissante.

N'hésitez pas à nous contacter pour plus de précision sur le poste, le service et la Martinique.

- Dr Jérôme Pignol : 05 96 70 93 80 ou 62 - jerome.pignol@chu-martinique.fr
- Dr Olivier Fléchelles : 05 96 70 93 71 - olivier.flechelles@chu-martinique.fr
- Dr Emmanuel Jolivet : 05 96 70 93 74 - emmanuel.jolivet@chu-martinique.fr



L'Association Saint-François d'Assise
Recherche pour son CAMSP basé à l'île de la Réunion :

Un médecin pédiatre

À temps partiel (50%) CDI pour notre CAMSP (Centre d'Action Médico-Social Précoce).
• Poste à pourvoir immédiatement.

Profil :
• DES pédiatrie exigé • expérience en CAMSP souhaitée
A noter la possibilité de compléter ce 50% dans une autre association locale.
Rémunération selon CCN FEHAP 1951 (+20% DOM)



Merci d'adresser lettre de motivation + CV à :
la Direction RH - 60, rue Bertin - CS 81010 - 97404 Saint-Denis Cedex
ou recrutement@asfa.re





Le CHOG est un établissement public de santé qui compte en 2009 183 lits et places (dont 83 lits MCO et 6 places d'hôpital de jour de médecine).

Précisions : Dans les lits et places de Médecine sont comptés les lits de Pédiatrie/soins intensifs/néonatal : 19 lits. La démographie de l'Ouest Guyanais étant explosive et les besoins de santé augmentant de façon exponentielle, l'hôpital a vocation à être intégralement reconstruit, du moins pour sa partie MCO, sur un nouveau site à l'horizon 2018 afin d'augmenter ses capacités d'accueil.

LE CENTRE HOSPITALIER DE L'OUEST GUYANAIS RECRUTE POUR LE SERVICE URGENCES DES MEDECINS URGENTISTES OU GENERALISTES

pour renforcer son équipe médicale en qualité de Praticien Hospitalier,
des contrats de PHC ou de remplacements.

- 26 000 passages SAU
- Horaires de jour : 8h30/18h30 - Horaires de nuit : 18h30/8h30
Temps plein : 39h - 2 week-end par mois
- Activité : SAU, SMUR, SAUV (déchoquage), UHTCD (6 lits), maison médicale (consultation de médecine adossée aux urgences)
- 3 médecins en journée plus 2 internes/1 médecin de garde sur place + 1 médecin en demi-garde plus 1 interne
- DESC ou CAMU ou expérience de 3 ans aux Urgences
- + 40% indemnité de vie chère
- Prise en charge du billet d'avion A/R
- Mise à disposition d'un logement pour une période de 2 mois
- Très bonne équipe
- Pour postuler à cette offre vous devez être titulaire d'un diplôme en médecine

Si vous souhaitez des informations complémentaires, merci de prendre contact avec :

Dr KEZZA : ckezza@yahoo.com - 06 94 21 32 13

Sara Emmanuel : s.emmanuel@ch-ouestguyane.fr - 05 94 34 47 58

ADRESSER CANDIDATURE ET CV :

Par courrier : Monsieur le Directeur Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais « Franck JOLY » BP 245 97393 SAINT-LAURENT DU MARONI



LE SERVICE D'ANESTHÉSIE DU CHU NORD FÉLIX GUYON RECHERCHE AFIN DE CONSOLIDER SON EFFECTIF DE 25 MAR ET DANS LE CADRE DE SA NOUVELLE ORGANISATION :

DEUX MAR ANESTHÉSIE POLYVALENTE ADULTE

8 salles d'opérations, Maternité niveau 3 (2 700 acc/an)
Chirurgie viscérale, urologique, orthopédique, maxillo-faciale, ORL,
ophtalmologique, réparatrice et plastique, gynécologique, endoscopies.

UN MAR ANESTHÉSIE PÉDIATRIQUE ET NÉONATALE

Chirurgie viscérale, chirurgie orthopédique, chirurgie ORL-MF et
ophtalmologique
(Age entre 0 et 18 ans)

La permanence des soins pour l'anesthésie pédiatrique est réalisée sous forme d'astreintes opérationnelles. Possibilité de prendre des gardes à la maternité.

**DIFFÉRENTS STATUTS ENVISAGEABLES : (PH TEMPS PLEIN, PHC, ASSISTANT)
PROJET DE MISSIONS DE SOUTIEN ET HUMANITAIRES DANS L'Océan Indien
RÉMUNÉRATION MÉTROPOLITAINE + 40% INDEMNITÉ OUTRE-MER (STATUT FISCAL AVANTAGEUX)
PRISE EN CHARGE DU VOYAGE FRANCE MÉTROPOLITAINE/RÉUNION**

Contacts :

Renseignements administratifs : Mme Marie Li - SHIM-Tan * marie.li-shim-tan@chu-reunion.fr * , Tél : 02 62 90 58 91

Renseignements médicaux : Dr J.Claude Gouiry * jean-claude.gouiry@chu-reunion.fr *

Anesthésie pédiatrique : Dr Laurent Gavage * laurent.gavage@chu-reunion.fr *



LE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LA RÉUNION - SITE FÉLIX GUYON À SAINT-DENIS RECHERCHE :

1 PRATICIEN SPÉCIALISTE EN MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION

Il s'agit dans un premier temps d'un poste de PH contractuel libre, qui pourra ensuite être transformé en poste de titulaire temps plein à partir de fin octobre 2017 (départ à la retraite d'un praticien du service).

1 ASSISTANT SPÉCIALISTE OU GÉNÉRALISTE

Service à orientation neurologique, nous sommes également le service régional de référence pour la prise en charge des grands brûlés et un des deux services adultes du centre de références des pathologies neuromusculaires et neurologiques rares de la Réunion.

Le service fonctionne actuellement avec trois Praticiens Hospitaliers Temps Plein. L'activité du service comprend la prise en charge des patients hospitalisés en Hospitalisation de jour, SSR et MCO ou traditionnelle (IMPR Spécialisé) mais aussi une activité transversale et de consultations (Brûlure, Appareillage, Bilan urodynamique, Prise en charge de Pathologie Neuromusculaire et neuro-orthopédie).

PROFIL : LE CANDIDAT DOIT OBLIGATOIREMENT AVOIR UNE COMPÉTENCE EN NEURO-UROLOGIE ET EN URODYNAMIQUE ET SOUHAITER SE FORMER AUX AUTRES SPÉCIALITÉS DU SERVICE.

**CONDITIONS : RÉMUNÉRATION MAJORÉE DE 40% INDEMNITÉ OUTRE-MER
PRISE EN CHARGE DU VOYAGE FRANCE MÉTROPOLITAINE/RÉUNION**

Contacter et envoyer lettre de candidature + CV à :

- DR Michel CAMPECH (PH responsable de service) :

michel.campech@chu-reunion.fr - Tél 02 62 90 56 80

- Direction des Affaires Médicales :

marie.li-shim-tan@chu-reunion.fr - Tél 02 62 90 58 91





- 5 missions – un réseau
- Hôpital
- Cabinet médical de groupe
- Hébergement médico-social
- Prévention et promotion de la santé
- Structures d'accompagnement médico-sociales

Afin de compléter son équipe médicale, le RSBJ Recherche

Pour sa polyclinique et son service de médecine

Un médecin interniste hospitalier 80%-100%

avec FMH en médecine-interne (ou reconnaissance d'un titre étranger à obtenir)

Un médecin chef de clinique ou chef de clinique adjoint 80%-100%

Pour son cabinet médical de premier recours (Cabinet Médical des Alpes)

Un médecin pédiatre à temps partiel

Nous :

De taille humaine, le RSBJ vous permet de trouver :

- Sur le site des Rosiers une unité hospitalière de 18 lits, une polyclinique ambulatoire (24h/24h) et un bloc opératoire ouvert 2 jours par semaine pour de l'activité élective, ainsi qu'un plateau médico-technique composé d'un laboratoire, d'un service de radiologie ainsi qu'un service de physiothérapie.
- Sur le site des Rosiers également, 52 lits d'hébergement médico-social.
- Sur le site des Alpes, le Cabinet Médical des Alpes, les structures d'accompagnement médico-sociales et le service de maintien à domicile (CMS – ASPMAD).

Vous :

- Êtes au bénéfice d'un diplôme de docteur en médecine, d'une spécialisation FMH dans les domaines mentionnés ci-dessus.
- Êtes au bénéfice d'une pratique hospitalière récente de 4 ans ou plus (pour les internistes).
- Appréciez de travailler en équipe interdisciplinaire, avec capacité de guider et former une équipe de jeunes médecins assistants.
- Avez le sens des relations humaines.

Ce poste est fait pour vous !

Entrée en fonction : au plus vite, à convenir.
Prestations sociales : selon normes de la profession.

Renseignements :

- Cahiers des charges pour les internistes sur www.rsbj.ch/emplois-et-formations/
- Polyclinique et service de médecine :
Dr Rolf Zumschlinge, directeur médical
médecin-chef - +41.24.455.11.86
- Cabinet Médical des Alpes (pour le pédiatre) :
Dr Fabien Sylvestre, Responsable du cabinet,
+ 41.24.455.16.16

Dossiers de candidatures :

- par mail, en toute confidentialité à
Mme Renate Stauffer,
Responsable RH
renate.stauffer@rsbj.ch





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



Professionnels de santé hospitaliers...

...l'application **VIDAL Mobile** est **gratuite** pour vous* !

* L'application VIDAL Mobile est téléchargeable gratuitement pour tous les praticiens hospitaliers dont l'établissement dispose de la solution VIDAL Hoptimal.

Comment bénéficier de l'application ?

Vous disposez d'un email professionnel

1 Téléchargez
et installez l'application
VIDAL Mobile
sur votre smartphone
depuis votre store.

Scannez le QR Code ci-contre
pour accéder directement à l'application.



3 Validez votre compte
en activant le lien contenu dans l'email
de confirmation.

4 Retournez dans l'application
et saisissez vos identifiants
de compte VIDAL (email professionnel
et mot de passe), afin d'accéder
à l'application.

2 Créez votre compte
VIDAL
dans l'application
en saisissant votre email
professionnel.

Vous ne disposez pas d'email professionnel
ou vous rencontrez un problème particulier ?

Rendez-vous sur

www.vidalfrance.com/hospitaliers

L'intelligence médicale
au service du soin





PRÉVOYANCE FRAIS DE SANTÉ

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

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

Une complémentaire santé
de qualité à des tarifs attractifs

Un fonds de solidarité

Une équipe de spécialistes
dédiée aux PH et aux HU

**PRATICIENS
HOSPITALIERS
& HOSPITALO-
UNIVERSITAIRES**

PREVOYANCE
SANTÉ
ASSISTANCE
FONDS DE SOLIDARITÉ



WWW.APPA-ASSO.ORG

Répondants France : SAS au capital de 43 024€
Siège social : 25 rue Hautmann - 75008 Paris
RCS PARIS B 434 935 710 - APE 6622Z
Immatriation ORIAS : 07002793 / www.orias.fr
Organisme de garantie pour toute réclamation :
ACPR - 61, rue Taitbout - 75008 Paris