



# LE MAG DE L'INPH

## LE STATUT, TOUT LE STATUT RIEN QUE LE STATUT

Dans une récente instruction, dont seul un énarque a pu avoir l'idée, le Ministère vient de proposer de « séparer le temps médical posté du temps médical non clinique forfaitisé ».

Comme dirait ma grand-mère : de quoi je m'occupe !  
Donc, pendant la trêve des confiseurs, l'imagination reste sans limite.

Nos parcours nous conduisent à exercer notre art, tout notre art et rien que notre art, en constante évolution grâce au Développement Professionnel Continu (DPC) simplifié.

Le travail à la découpe n'est donc pas notre propos.

L'installation d'un décompte horaire ne changera rien à la pénurie, à l'insécurité, à la pénibilité et à la baisse de la qualité des soins constatée. Ce n'est pas la bonne réponse.

Notre statut professionnel prévoit 10 demi-journées sur 39 heures hebdomadaires, négociées il y a

plusieurs années, assorties d'une compensation en jours RTT.

On s'en tiendra là.

Nos activités et nos missions (soins directs, enseignement, recherche, gouvernance management, réseaux, etc.) forment un tout, c'est-à-dire un seul et même bloc.

Indivisible.

La toute récente proposition de classification entre « activité clinique et temps médical non clinique » n'a pu leurrer que les « béats de la pointeuse ».

Certains de nos Collègues ont en effet récemment suivi le doigt du Gouvernement, là où il convenait juste de relayer ce qu'il montrait.

Pour sa part, l'INPH interpellera les pouvoirs publics en 2015 en faveur d'une véritable négociation salariale, probablement dans le cadre de la mission LEMENN.

Il est temps de hisser notre statut au niveau des véritables enjeux de santé par une reconnaissance et par une revalorisation qui se font attendre depuis quinze ans.

# EDITTO

Voilà pourquoi l'actualité de l'INPH est et restera le rééquilibrage de la grille salariale - avec une entrée dans la carrière à un niveau correspondant à l'actuel échelon 6 -, assortie d'une progression linéaire.

C'est l'unique voie pour atteindre la juste revalorisation globale de la rémunération de tous les PH.

Sans distinction de spécialités, ou de fonctionnement de service.

L'INPH rappelle aussi l'urgence de mieux reconnaître et de mieux rémunérer l'astreinte (aujourd'hui 40 euros) ainsi que le travail de nuit (à la hauteur de 3 demi-journées).

Enfin, dans le même ordre, l'intérim évoqué dans le cadre du projet de loi de santé dont nous avons eu connaissance, n'est pas acceptable.

Cette précarisation institutionnalisée serait un nouveau coup que l'INPH n'encaissera pas.

A l'aube de la nouvelle année, puisque voici venu le temps des vœux et des bonnes résolutions, l'INPH appelle les Pouvoirs Publics à davantage de réalisme, à moins d'enfichage, à plus d'actions.

La duplicité semblerait vouloir prendre le pas sur la malice qui prévalait déjà - hélas - jusqu'ici.

Nous sommes inquiets.

L'engagement ne peut plus servir d'alibi à la paupérisation croissante de nos carrières.

Le tolérer plus longtemps serait accepter d'y renoncer.

**il est temps de hisser notre statut au niveau des véritables enjeux de santé par une reconnaissance et une revalorisation**

Alors les attentes en matière de temps de travail, de valences, et autres aménagements de nos métiers, si chères à l'INPH, s'effaceront momentanément derrière l'urgente revalorisation salariale. Clairement.

D'ores et déjà l'INPH comprend, partage et relaie le ras-le-bol de beaucoup, jusques et y compris celui de nos confrères libéraux.

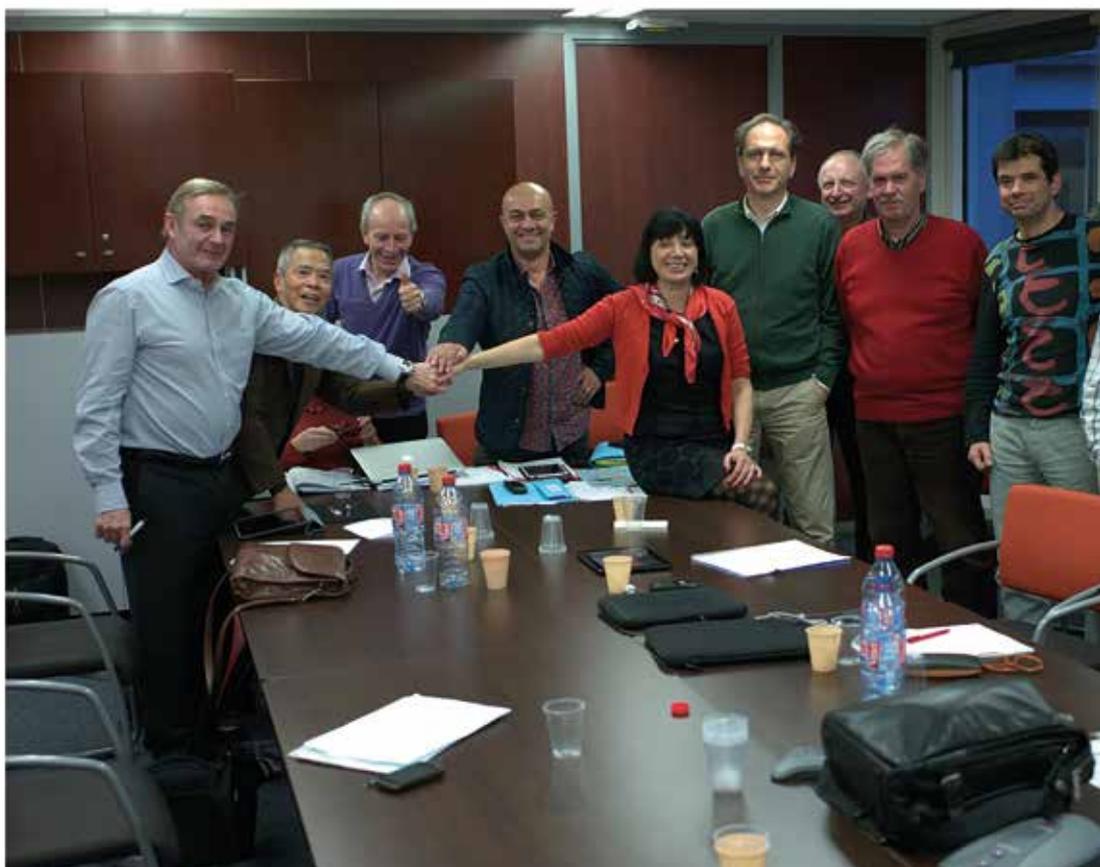
Car les praticiens s'indignent et préviennent. Demain comme hier, la poinçonneuse, c'est non.

Fût-elle des « Lilas ».

Ou de Ségur.

Présidente de l'INPH  
*Dr Rachel BOCHER*





# LE MAG DE L'INPH

1<sup>ER</sup> INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

Édition quadrimestrielle

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

## Editeur & Régie publicitaire

Macéo Editions, Reseauprosante.fr  
M. TABTAB Kamel, Directeur  
6, avenue de Choisy, 75013 Paris  
**Tél.** : 01 53 09 90 05  
**Email** : [contact@reseuprosante.fr](mailto:contact@reseuprosante.fr)  
**Web** : [www.reseuprosante.fr](http://www.reseuprosante.fr)

Imprimé à 30 000 exemplaires. Fabrication et impression en UE.  
Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation  
de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls  
responsables du contenu de leur annonce.

# SOMMAIRE



## N°03

### INFORMATION

**06 Les News / Les Views**  
Le temps de travail  
Que dit le Conseil d'Etat pour ce dossier ?

**10 Déchiffrer l'hôpital**  
Directeur, mon nom est Directeur,  
Directeur d'hôpital

### RÉFLEXION

**16 Chroniques d'hôpital**  
Être DIM

**22 Dossier**  
Il était une fois... le statut du PH  
2<sup>ème</sup> partie : les avens du PH

### CONSTRUCTION

**32 Interview**  
Rencontre avec le D<sup>r</sup> Patrick BOUET

**36 Tribune**  
Les CCA

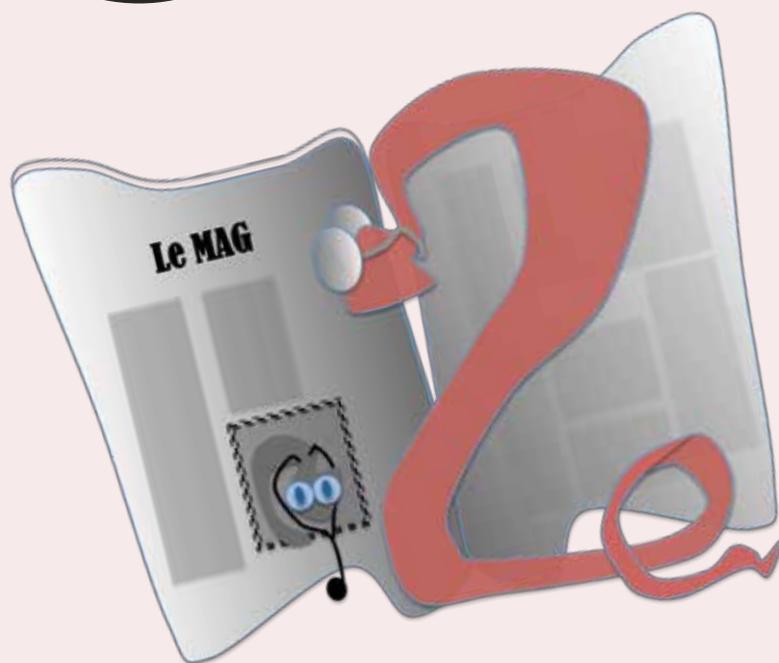
### ANNONCES

**41 Les annonces  
de Recrutement**

# LE TEMPS DE TRAVAIL



Dr Jean-Michel Badet  
Vice-Président INPH



Arrêt du conseil d'Etat...  
temps de travail : la suite !

Nous reproduisons ci-contre un extrait d'un arrêté du Conseil d'Etat concernant le temps additionnel. Bien que travaillant avec un décompte en demi-journées de son temps de travail (TdT), ce praticien contractuel a jugé que le fait qu'il ait sur 4 mois fait la preuve qu'il avait dépassé la borne des 48 heures, justifiait une demande de prise en compte de temps additionnel. Cette demande, refusée par son établissement, a été rejetée également par la cour administrative d'appel de Bordeaux.

Ce praticien contractuel s'est pourvu en Cassation. Le Conseil d'Etat a annulé la décision de la cour administrative d'appel de Bordeaux.

**REPUBLIQUE FRANCAISE  
AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS**

Vu le pourvoi sommaire et le mémoire complémentaire, enregistrés les 25 mai et 23 août 2012 au secrétariat du contentieux du Conseil d'Etat, présentés pour M. A... C...B..., demeurant... ; M. B... demande au Conseil d'Etat :

1. Considérant qu'il ressort des pièces du dossier soumis aux juges du fond que le centre hospitalier Félix-Guyon de Saint-Denis (La Réunion) a recruté M. A...B...le 1<sup>er</sup> mars 2007 comme praticien hospitalier contractuel à temps complet dans le cadre d'un contrat d'une durée de six mois, renouvelé pour une durée de cinq mois ; qu'ayant dû interrompre son activité le 31 janvier 2008 en raison d'un accident, l'intéressé a sollicité du centre hospitalier le versement de diverses indemnités ; qu'il a demandé au tribunal administratif de Saint-Denis de condamner l'établissement à lui verser, notamment, l'indemnité de précarité et des indemnités au titre de jours de congé non pris, de la perte de jours de repos hebdomadaire et d'un temps de travail additionnel ; que le tribunal administratif a fait droit à sa demande relative à l'indemnité de précarité et rejeté le surplus de ses conclusions ; que M. B... se pourvoit en cassation contre l'arrêt du 27 mars 2012 par lequel la cour administrative d'appel de Bordeaux a rejeté son appel contre ce jugement ;

Sur le temps de travail additionnel :

5. Considérant qu'il résulte de ces dispositions que, lorsque l'activité médicale n'est pas organisée en temps continu, les obligations de service hebdomadaires des praticiens contractuels exerçant à temps plein sont fixées à dix demi-journées hebdomadaires et ne peuvent excéder quarante-huit heures par semaine en moyenne sur une période de quatre mois ; que par suite, les indemnités forfaitaires dues, en application du b) du 1<sup>o</sup> de l'article D. 6152-23-1 du même code, pour tout temps de travail additionnel accompli, sur la base du volontariat, au-delà des obligations de service hebdomadaires doivent être versées au praticien contractuel exerçant à temps plein qui a accompli plus de dix demi-journées par semaine mais aussi à celui qui justifie avoir travaillé plus de quarante-huit heures en moyenne sur une période de quatre mois ; que, dès lors, en rejetant les conclusions de M. B... tendant au versement de ces indemnités, fondées sur un décompte horaire tendant à démontrer un dépassement de la moyenne hebdomadaire de quarante-huit heures de travail, au motif que l'activité médicale du service dans lequel il exerçait n'était pas organisée en temps continu et que, par suite, le centre hospitalier n'avait pas à calculer en heures le service hebdomadaire, la cour administrative d'appel de Bordeaux a commis une erreur de droit ;

6. Considérant qu'il résulte de tout ce qui précède que M. B... est seulement fondé à demander l'annulation de l'arrêt qu'il attaque en tant qu'il se prononce sur l'indemnisation de son temps de travail additionnel ;

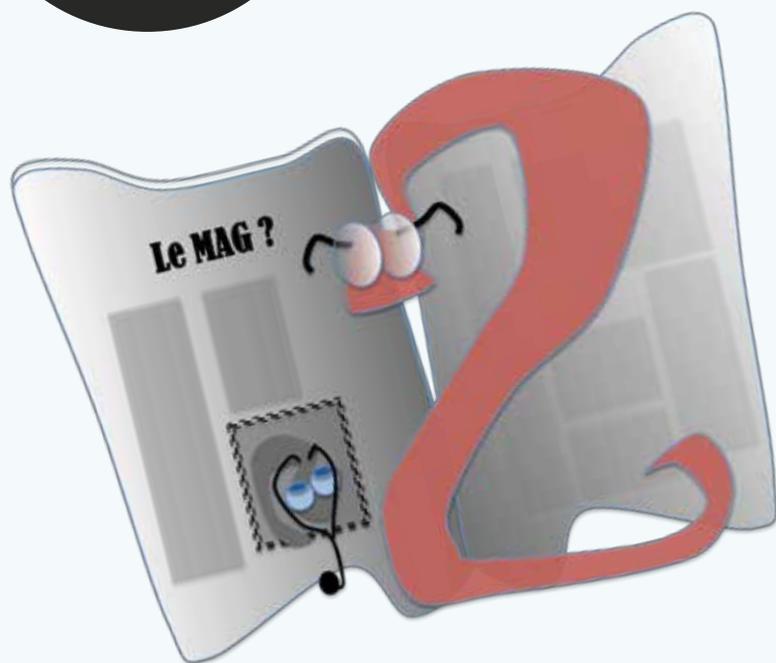
**DECIDE :**

-----

Article 1<sup>er</sup> : L'arrêt du 27 mars 2012 de la cour administrative d'appel de Bordeaux est annulé en tant qu'il statue sur l'indemnisation du temps de travail additionnel de M.B...

**Dr Jean-Michel Badet**  
Vice-Président INPH

# QUE DIT LE CONSEIL D'ETAT POUR CE DOSSIER ?

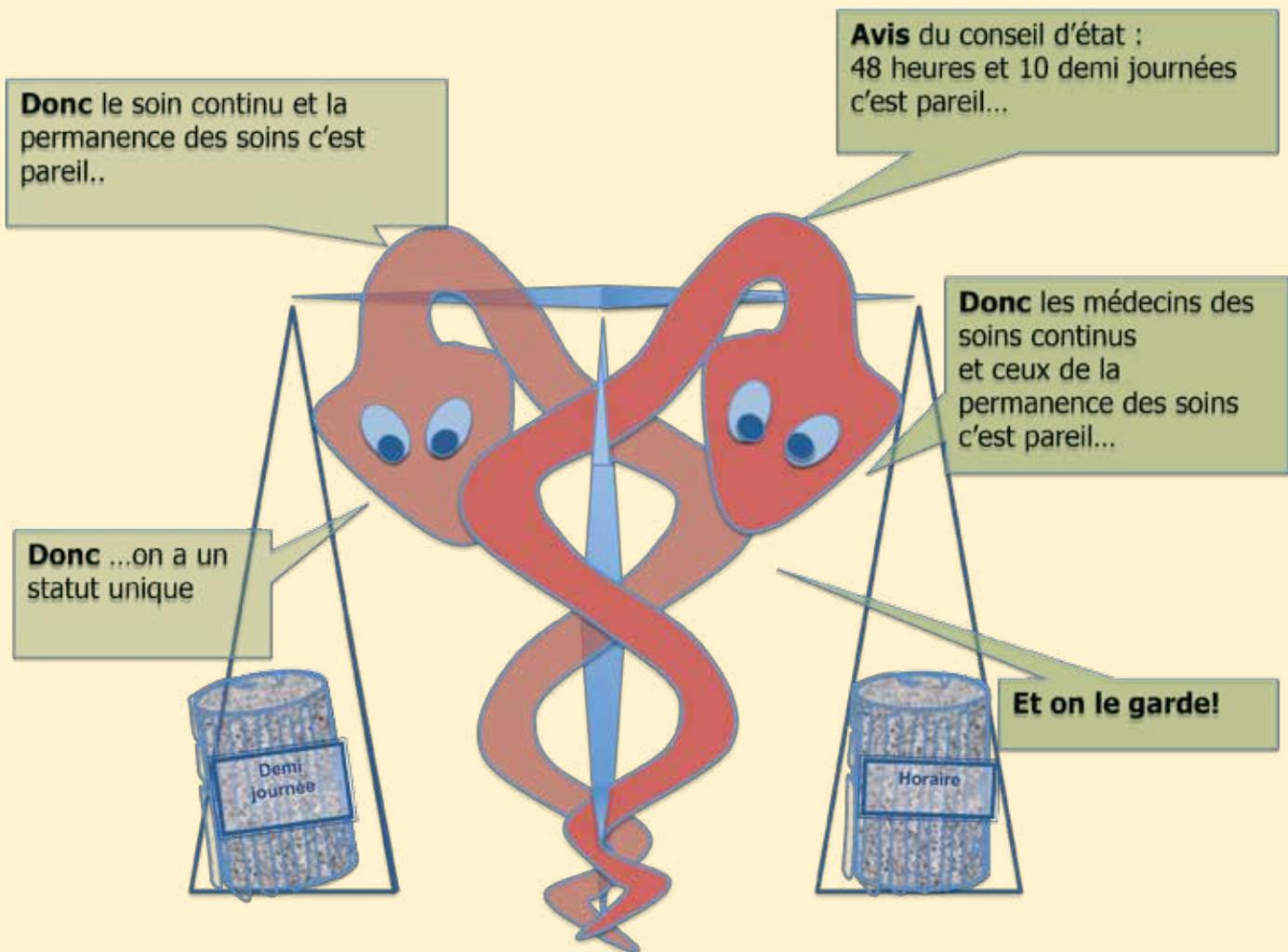


46.000 PH  
Et moi, et moi...



Dr Jean-Michel Badet  
Vice-Président INPH

- › **Que l'on soit en décompte horaire du temps de travail ou en demi-journées, le temps additionnel est lié aussi bien au dépassement des 10 demi-journées qu'au dépassement des 48 hebdomadaires.**
- › **Pour les PH validant leurs obligations de service en demi-journées, les contrats individuels de temps additionnel devront mentionner les 2 bornes supérieures (10 demi-journées, 48 heures).**



A ce stade, pour les PH en demi-journées, 2 options se dessinent :

- › Passer pour tous les PH au décompte horaire du TdT.
- › Définir une durée horaire réglementaire de la demi-journée.

Une précision s'impose.

48 heures est la borne supérieure qui déclenche le temps additionnel.

La mise en œuvre en 2002 des 35 heures a concerné les PH. La durée retenue était de 39 heures, les 20 jours de RTT étant là pour couvrir le différentiel 35-39.

Une décision du Conseil d'Etat représente un poids jurisprudentiel important. Il est probable que l'évolution du droit européen nous conduira à une définition horaire de notre TdT.

**Pour l'instant, cette décision nous invite à nous assurer que, si nous faisons du temps additionnel, il est reconnu et s'inscrit dans le cadre d'un contrat individuel.**

Rappelons enfin que personne ne peut imposer ce temps de travail additionnel et qu'il relève d'une démarche volontaire du PH.

*Hora fugit, stat jus*  
(L'heure fuit, le droit demeure)

Dr Jean-Michel Badet  
Vice-Président INPH

# DIRECTEUR, MON NOM EST DIRECTEUR, DIRECTEUR D'HÔPITAL



**Dr Emmanuel Cixous**  
PH SNPEH-INPH

**Dr Antoinette Bernabe-Gelot**  
PH SNPH CHU - INPH

## **Préambule : présentation du décor (1)**

998 hôpitaux, soit l'équivalent de 293062 lits, répartis par catégories :

31 centres hospitaliers universitaires (CHU), centres hospitaliers régionaux (CHR),

519 centres hospitaliers (CH), 89 centres hospitaliers spécialisés (CHS) et 344 hôpitaux locaux (HL).

*Ces établissements relèvent du régime des personnes morales de droit public, sont dotés d'une autonomie administrative et financière et répondent à des obligations de service public.*

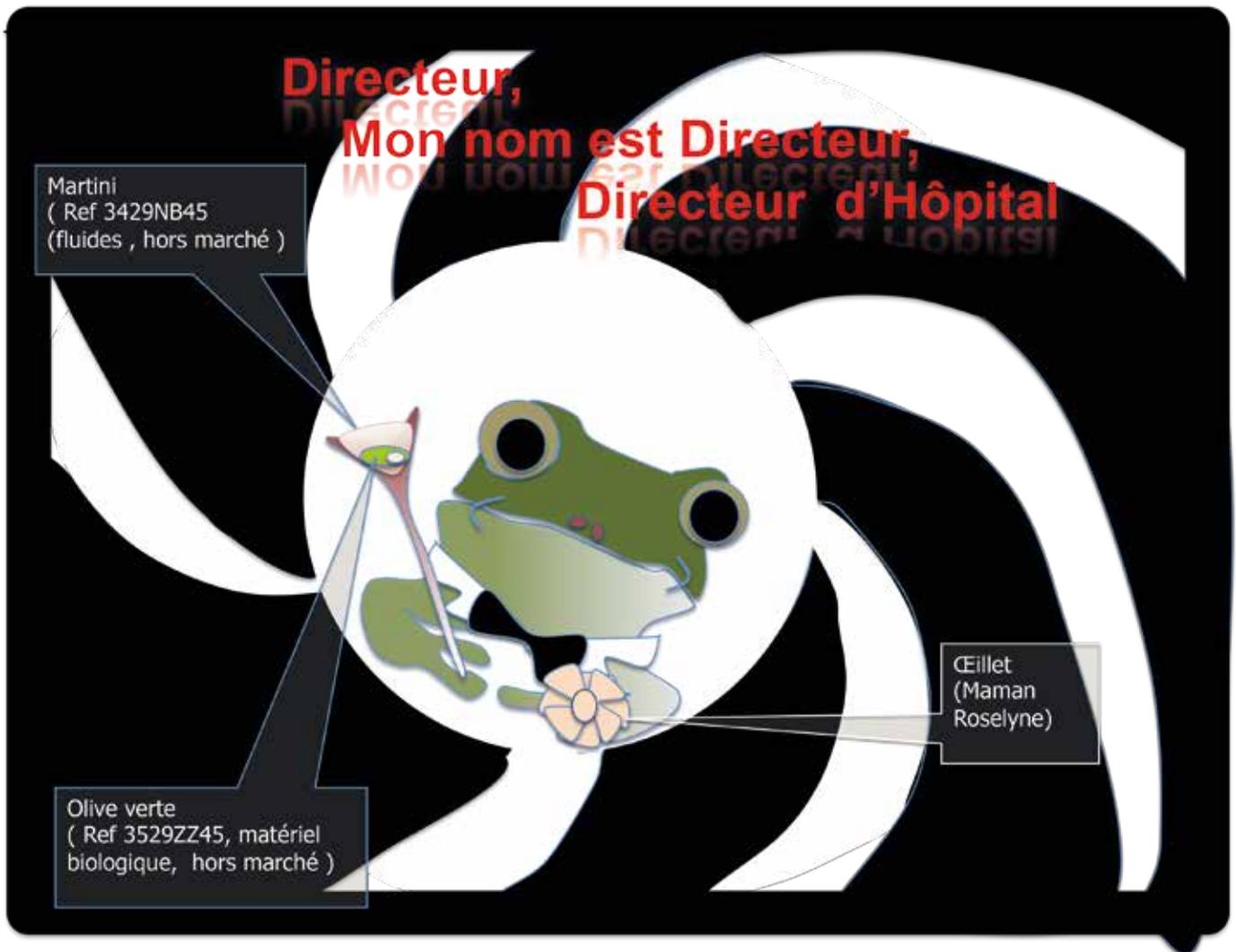
*Les hôpitaux sont le service public préféré des Français (2).*

## **LES FONDAMENTAUX : DISTRIBUTION DES RÔLES**

Les directeurs d'hôpitaux sont des fonctionnaires, agents publics de la fonction publique hospitalière.

### **A l'instar des PH :**

- › Ils ont un statut ;
- › qui les fait appartenir à un corps (groupe d'agents publics de même statut et appelés à occuper le même emploi) ;
- › qui lui-même appartient à une catégorie hiérarchique, en l'occurrence la catégorie hiérarchique.
- › La rémunération, est basée sur des émoluments mensuels (dépendant de leur échelon, grade et corps statutaire) auxquels s'ajoutent des primes et rémunérations.
- › Ils sont recrutés par un concours national organisé par le CNG et ouvert par un arrêté du ministre chargé de la Santé.
- › Ils sont nommés par le CNG.



### **Mais contrairement aux PH (Cf. le MAG 2 : statut du PH) :**

- › Ils sont fonctionnaires c'est-à-dire qu'ils sont soumis à la hiérarchie et en sont notamment dépendants pour leur avancement d'échelon et l'attribution de leurs primes.
- › Leur corps comprend deux grades. Rappelons que les grades sont des paramètres d'avancement déterminés par la hiérarchie et déterminant les émoluments mensuels.
- › Les directeurs perçoivent une prime de fonction avec une part fixe et une part variable, cette dernière indexée sur la réalisation d'objectifs.
- › Les directeurs d'hôpital sont recrutés selon deux modalités : le concours externe ouvert aux personnes titulaires d'un diplôme de niveau et le concours interne ouvert aux fonctionnaires et agents publics.
- › Alors que les PH sont recrutés sur leur compétence à exercer, « prêts à l'emploi », les directeurs d'hôpital quand à eux le sont pour être formés à leur exercice. Les candidats admis au concours sont nommés stagiaires et entrent au cycle de formation théorique et pratique des élèves directeurs à l'Ecole des Hautes Etudes de Sante Publique (EHESP) Rennes.

## DEVENIR DIRECTEUR : L'EHESP AS ACTOR'S STUDIO

- › Les élèves directeurs bénéficient d'une formation rémunérée (27 mois au total) assurée par l'École des hautes études en santé publique (EHESP) à Rennes.
- › Mais tous les directeurs d'hôpital ne sont pas issus de l'EHESP.
  - Depuis 2005 (décret du 2 août), le corps des directeurs d'hôpital est ouvert aux autres fonctions publiques (détachement avec éventuelle intégration secondaire, recrutement par tour extérieur spécifique).
  - Depuis HPST, certains directeurs, notamment des directeurs de CHU, ne sont pas issus de EHESP, mais issus d'un recrutement de professionnels issus des secteurs public ou privé et ayant une expérience managériale et de direction. **Il s'agit de contrats de droit public d'une durée de trois ans renouvelables dans la limite des 6 ans. basés sur des objectifs déterminés par le directeur de l'ARS.** Dans ce cas de figure, une formation complémentaire est néanmoins dispensée par l'EHESP, formation obligatoire... sauf si le directeur du CNG en prononce la dispense partielle ou complète.
- › On peut donc se retrouver dans le paradoxe d'un établissement public dirigé par une personne issue du secteur privé, qui est certes sous contrat de droit public mais n'en est pas pour autant un agent public.
  - Rappelons que le statut général de fonctionnaire a été créé pour « exprime(r) les principes et valeurs qui fondent l'action des agents des administrations publiques (intégrité, impartialité, loyauté) ».
  - Considérons que la durée limitée du contrat permet de dissocier la mise en œuvre des objectifs de ses conséquences notamment humaines.
  - Interrogeons-nous : que reste-t-il à gérer à ce type de directeur d'établissement public s'il ne s'agit ni de valeurs ni de programme de service public à long terme ?



**On peut donc se retrouver dans le paradoxe d'un établissement public dirigé par une personne issue du secteur privé, qui est certes sous contrat de droit public mais n'en est pas pour autant un agent public**

## L'EVOLUTION DES FONCTIONS DU DIRECTEUR D'HOPITAL

### HPST a renforcé le rôle du DH

#### Hier, du rôle de figurant...

En 1958 (3), les fonctions du directeur d'hôpital sont, entre autres, celles de :

- › Secrétaire des réunions institutionnelles ;
- › Comptable, gestionnaire ;
- › De nomination du personnel administratif et hospitalier, à l'exclusion des comptables, directeurs adjoints, sous-directeur et économiste.



## Interview Patrice BARBEROUSSE DG du CHU de Besançon

### Parlez nous de votre métier

Le métier de Directeur d'hôpital a beaucoup évolué depuis les 25 dernières années, il a glissé de la gestion économique vers le management, ce qui inclut la coordination et le travail avec les équipes, des propositions de solutions collectives ; le management est complexe, il doit être stratégique et prospectif, réactif et mobilisateur d'énergies au service du collectif. Le DH apporte sa vision globale du fonctionnement de l'hôpital en complément à celle plus « focale » du chef de service. Avec le Président de CME, le DH intervient dans un arbitrage conjoint de l'établissement.

### DH et PH : rentabilité versus service rendu ?

Non.

Pour un DH, la « règle N°1 est de garder une « vision de santé publique (rendre service à la population et offrir les meilleurs soins) ». Ainsi, le recrutement d'un PH doit se faire de façon à mettre en adéquation les compétences de celui-ci et

les attentes de l'hôpital. Il faut anticiper la vacance d'un poste : aujourd'hui, « dans les CHU, il existe une crise prospective » comme en témoigne le grand nombre de postes vacants.

L'analyse des compétences d'un médecin relève de l'équipe médicale, pas du DH ».

Néanmoins, tous les médecins ne sont pas « rentables » en termes de T2A, mais pour ceux qui le sont, « il n'y a pas de honte à être rentable ». D'ailleurs les médecins exerçant en libéral revendiquent cet aspect qu'ils considèrent comme une qualité.

### Le DH manager et le management médical

**Dans les hôpitaux, au niveau médical, le dysfonctionnement humain est majeur.** On peut être un très bon médecin et un manager médiocre.

Manager, cela s'apprend. Les chefs de service devraient être formés pour cela.

En cas de conflit, il incombe à la communauté médicale et à ses responsables de « faire le ménage

parmi les siens ». L'intervention du DH en premier ressort devrait être évitée, mais il peut être un facilitateur dans la résolution du problème. Néanmoins, le DH et le président de CME doivent prendre leurs responsabilités ; en cas de dysfonctionnement majeur, le DH peut, avec l'aval du président de CME, retirer une chefferie de service. Ceci dit, en arriver à une décision aussi extrême est le signe d'un échec. Cela peut arriver et le recours au DH est alors salutaire (NDLR : cas rarissime. Nous attendons des exemples concrets).

## Travailler à l'hôpital est une aventure collective et pluridisciplinaire

### Le mot de la fin ?

Travailler à l'hôpital est une aventure collective et pluridisciplinaire. Directeur d'hôpital, c'est un métier passionnant et risqué qui consiste à garantir pour chacun la qualité et l'accessibilité des soins hospitaliers avec pour double enjeu l'efficacité dans l'utilisation des fonds publics et la coordination des énergies des professionnels de santé au service de la population.

## A aujourd'hui (4)... à celui de Super-Héros

L'hôpital a changé depuis 1958 :

- › Il s'est ouvert sur la ville et la région et a considérablement élargi sa sphère d'intervention : organisation régionale (SROS en 1991 et Agences régionales de l'hospitalisation en 1996) et fonctionnement territorial (HPST en 2009).
- › Son mode de fonctionnement s'est transformé à partir de 2002, avec la reconfiguration de la gouvernance des hôpitaux (création du conseil exécutif) puis en 2009 (HPST) avec le remplacement des instances par un conseil de surveillance et un directoire.
- › Son mode de financement s'est modifié avec l'introduction de la T2A, remplaçant la dotation globale.

- Sa place enfin a changé : **d'hôpital, prestataire exclusif des missions de service public de santé, il devient simple établissement public investi de missions de service public et mis en concurrence avec les établissements à but lucratif (1)**. « L'hôpital est désormais dans un contexte concurrentiel. L'exécution des missions de service public est attribuée aux offreurs de soins, par appel à projets sur la base de contrats à durée limitée... ».

Quantification, concurrence : inutile de dire que le directeur d'hôpital du décret 1958, gérant son établissement en « bon père de famille » n'y a plus sa place.

**Fallait-il pour autant y introduire des traders du soin ?**

### Le directeur d'hôpital aussi a changé

Le DH l'a rêvé, HPST l'a fait. « Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. » (4) :

- › Dans son établissement, le directeur « est compétent pour régler les affaires de l'établissement, autres que celles énumérées... », en fait pour toutes les affaires de l'établissement...
- › Il gagne le pouvoir de nomination sur le personnel médical.
- › Et afin que les choses soient bien claires, « Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel », bien sûr « dans le respect des règles déontologiques... et de l'indépendance professionnelle du praticien dans

l'exercice de son art », bien sûr... bien sûr. Mais comme :

- › « Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement », il contrôle donc les dépenses du personnel médical .

On l'aura compris, HPST a renforcé le rôle du DH : président du directoire, le directeur met en œuvre le projet d'établissement, fixe l'état prévisionnel de recettes et de dépenses et conduit la politique générale de l'établissement.

Cette nouvelle feuille de route du DH « Le directeur d'hôpital ne s'assure plus seulement de pouvoir répondre aux besoins de santé de la population, mais il doit s'assurer que cette réponse se fait dans le strict respect de l'équilibre financier » (1) met face à face deux objectifs :

- › La réponse aux besoins de la population ;
- › Et la réponse aux impératifs financiers.

Elle génère une interface entre deux items a priori contradictoires :

- › Le service public (dont l'un des principes fondateurs est le principe de gratuité : s'il n'existe pas en droit, il est souvent associé pour les usagers à la notion de service public dont la fixation des prix échappe au marché).
- › Et la rentabilité : le terme « strict respect de l'équilibre financier » inclus au minimum une rentabilité couvrant les dépenses.

## L'ÊTRE DIRECTEUR

**Mais les DH eux-mêmes, comment vivent-ils cela ?**

- › D'abord en travaillant beaucoup (enfin... autant que nous) : (Enquête nationale ADH, juillet 2010, citée dans (1).
- › Ensuite en se définissant de manière plutôt positive et dynamique dans ce processus d'évolution de leur métier. Ainsi, dans une enquête menée en 2011 par l'ADH (1) :
  - Les DH se définissent comme des hommes et des femmes de santé publique, garants des missions de service public, gestionnaires d'une activité de non-profit, managers interprofessionnels et animateurs de territoire.
  - Les DH estiment que... les 4 aptitudes et valeurs primordiales pour l'exercice de leur métier sont le management d'équipe, la vision stratégique, le leadership et la capacité à décider et arbitrer et la conduite de changements.



Mais, est-il possible d'être un super-héros sans être dans la science-fiction ?

**Le 12/12/2014, les élections professionnelles se soldent par une victoire massive du Syncass-CFDT qui (Hospimedia) « obtient la majorité absolue sur l'ensemble des directeurs. Le Syndicat remporte les six élections, au détriment du SMPS qui perd son bastion des DH. Le CH-FO est aussi en recul ».**

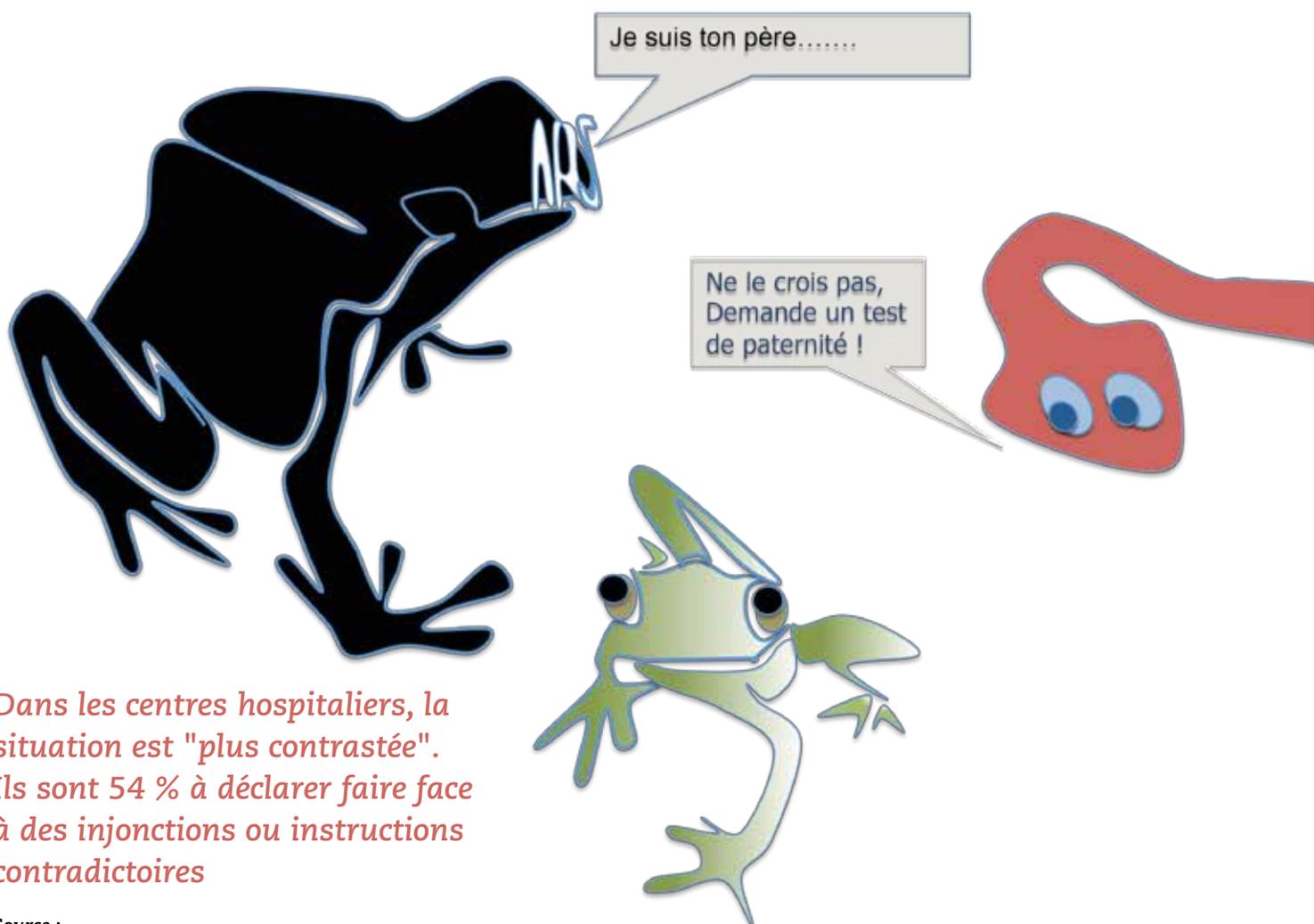
Que disent ces résultats ?  
Regardons la profession de foi du vainqueur :  
SMPS (syndicat des managers publics de santé)

## Nous vivons une exacerbation de contradictions qui nous place entre le marteau et l'enclume

<http://www.syncass-cfdt.fr/actualites/communiques-de-presse/585-michel-rosenblatt-nous-avons-l-ambition-de-rester-le-premier-syndicat-des-directeurs>

« Nous vivons une exacerbation de contradictions qui nous place entre le marteau et l'enclume. Nous ne pouvons pas annuellement baisser les tarifs en disant augmenter la qualité tout en réduisant les moyens et, de fait, les effectifs... », propos tenus en référence à la demande du syndicat de création d'une cellule de risques psychosociaux au CNG.

## Alors : LE DIRECTEUR , Skywalker ou skyfall ?



**Dans les centres hospitaliers, la situation est "plus contrastée". Ils sont 54 % à déclarer faire face à des injonctions ou instructions contradictoires**

Source :

[http://www.directohopital.com/les-directeurs-hospitaliers-surexposes-aux-risques-psycho-sociaux-selon-une-enquete-NS\\_1530.html#ixzz3Mkn9LNDh](http://www.directohopital.com/les-directeurs-hospitaliers-surexposes-aux-risques-psycho-sociaux-selon-une-enquete-NS_1530.html#ixzz3Mkn9LNDh)

### Références

(Téléchargeables sur le site de l'INPH : [www.inph.org](http://www.inph.org))

1. Guide du DH 2011
2. Les Français et l'hôpital 2012 TNS Sofres
3. Décret 58-1202 du 11/12 :1958
4. Article L6143-7
5. Enquête ADH 2014



# ÊTRE DIM

**Josette Maheut Lourmières**  
Médecin DIM  
CHU Tours

**Jean-Louis Antoniotti**  
Médecin DIM  
CH Bastia (INPH)

Nous avons tous dans notre hôpital un « médecin DIM ». (Article L6113-7 CSP : « Les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité... en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins... Le praticien responsable de l'information médicale est un médecin désigné par le directeur d'un établissement public de santé ou l'organe délibérant d'un établissement de santé privé s'il existe, après avis de la commission médicale ou de la conférence médicale. » et <http://www.departement-information-medicale.com/blog/2010/03/28/le-dim-pour-les-nuls/>

Cette spécialité fut mise sur le devant de la scène lors de l'introduction de la T2A : ce sont en effet les informations collectées et traitées par nos confrères DIM qui permettent de déterminer la partie des financements des établissements liée à l'activité (soit la plus grande partie des ressources de l'hôpital depuis 2008).

**C'est dire si leur position est stratégique... et exposée.**

Le 22 avril 2014 sort l'ouvrage du Dr Tanquerel, médecin DIM à l'hôpital de St Malo. « *Le serment d'Hypocrite - secret médical : le grand naufrage* ». La spécialité est à nouveau sur le devant de la scène : l'éclairage est violent et révèle une réalité non moins violente.

Qui sont ces confrères, Icares malgré eux, qui parfois se consomment d'avoir approché de trop près le cœur brûlant de l'activité ?

Nous avons demandé à deux d'entre eux (l'un exerçant en CH, l'autre en CHU) de nous livrer, via leurs réponses aux 5 mêmes questions, un témoignage sur leur exercice quotidien.



Dans le CHU où je travaille le codage est décentralisé, c'est-à-dire fait par les cliniciens dans les services.

› La formation des cliniciens au codage PMSI et CCAM et leur apporter notre aide en cas de difficulté(s) de codage.

- › L'étude de l'activité des unités de soins en fonction de la demande des cliniciens et/ou des différentes directions.
- › Être l'interface entre les cliniciens et les directions.
- › Enfin, participation au chargement mensuel des données e-PMSI.
- › Autre rôle possible, l'étude d'élément de santé publique à partir du PMSI (ex : évolution des taux de suicide, étude de la périnatalité...).
- › Participation à la cellule de gestion de la qualité au niveau de la CME.

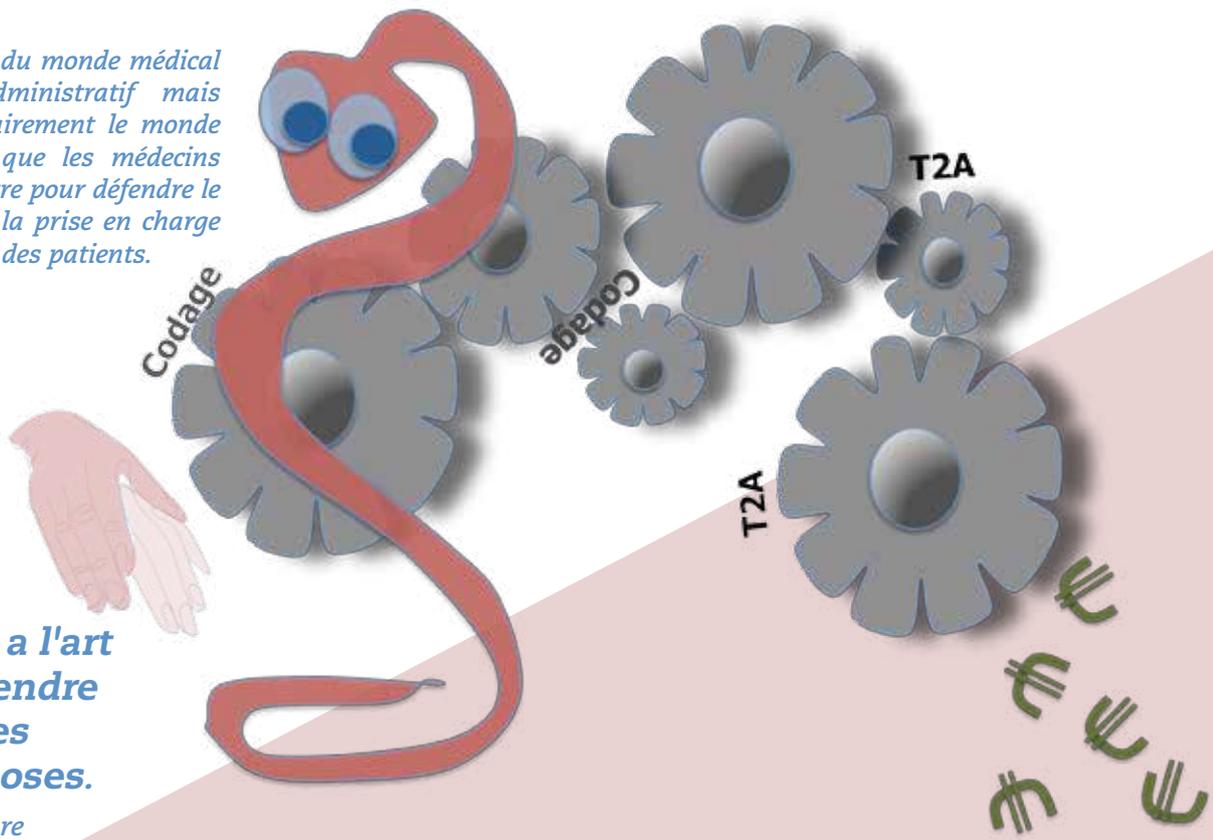
## 1. QU'EST-CE QU'ÊTRE DIM ?

### DANS UN CHU

En tant que DIM, nous avons plusieurs « casquettes » :

- › La formation des techniciennes d'information médicale au raisonnement médical.
- › La lecture et l'interprétation des textes règlementaires.
- › L'optimisation du codage des séjours, dans le respect des textes règlementaires.

*Je suis à l'interface du monde médical et du monde administratif mais mon monde est clairement le monde médical. Je pense que les médecins DIM doivent se battre pour défendre le monde soignant et la prise en charge « encore humaine » des patients.*



**La nécessité a l'art étrange de rendre précieuses les plus viles choses.**

*William Shakespeare  
Le roi Lear*



### DANS UN CH

Le métier de DIM est évidemment très dépendant du contexte où on l'exerce. En ce qui me concerne, dans un centre hospitalier de taille moyenne comportant MCO, soins de suite et de réadaptation, psychiatrie, long séjour et service d'accueil et d'urgence, il se répartit essentiellement en quatre grands volets :

- › Support aux cliniciens dans un contexte de codage décentralisé (les cliniciens codent les diagnostics et les actes, le DIM leur fait des suggestions d'amélioration ou de correction en fonction des informations dont il dispose dans le dossier patient et le système d'information).
- › Retour d'information aux cliniciens et à l'administration.
- › Prévisions et suivi des différentes recettes liées à la T2A, en relation avec les services financiers.
- › Et gestion et réconciliation des différents flux du système d'information permettant d'aboutir à ces recettes.

Ces deux derniers volets tendent à devenir très prégnants depuis la mise en œuvre de la T2A, le premier à cause de contraintes financières évidentes, le second du fait du caractère peu adapté, pour ne pas dire archaïque des systèmes d'information hospitaliers, qui peinent à suivre le rythme des changements permanents de contexte. Il faut ajouter à cela des commandes nombreuses de l'institution pour des travaux collectifs, le DIM étant sollicité soit pour les informations qu'il peut produire, soit pour son expertise médicale, soit parfois pour une disponibilité plus facile peut-être à obtenir que celle des cliniciens.

## 2. COMMENT DEVIENT-ON DIM (VOUS EN PARTICULIER ?)

### CHU

Après 25 ans de neurochirurgie pédiatrique, j'ai souhaité changer d'orientation professionnelle, mais toujours dans le domaine médical et au sein d'un établissement hospitalier. En tant que clinicien, nous sommes « confrontés » au codage des séjours de nos patients et donc avons des rapports réguliers avec le DIM de notre établissement.

Un poste de PH venait de se libérer, le président de CME et le chef de service du DIM me l'ont proposé. Je me suis formé sur « sur le tas », dans le service avec néanmoins la validation d'un DU de Qualité, Evaluation, Certification à Caen. Certains de mes collègues cliniciens ont suivi un master de méthode et traitement de l'information médicale à Paris, ou à Nantes.

### CH

Après une dizaine d'années de pratique exclusivement clinique, je me suis orienté vers la carrière de médecin DIM. J'ai suivi une formation à l'information médicale à l'université de Montpellier, complétée par diverses formations en statistique et santé publique. Après quelques années d'exercice mixte, j'ai opté pour la pratique exclusive du DIM. Ce qui m'avait essentiellement conduit vers cette démarche à l'époque, était un intérêt pour l'évaluation des pratiques professionnelles, et pour les systèmes d'information, en particulier dans ce qu'ils pouvaient apporter dans l'efficacité et la qualité des soins.

## 3. UN DIM NE TRAVAILLE NI DANS LE SOIN, NI DANS LE DIAGNOSTIC : ÊTRE MÉDECIN EST-IL INDISPENSABLE DANS CE CAS ? POURQUOI ?

### CHU

Oui c'est indispensable, parce que, pour moi et après plus de 5 années de médecin DIM, le rôle primor-

## Le rôle primordial d'un DIM est d'être l'interface entre les administratifs et les soignants

dial d'un DIM est d'être l'interface entre les administratifs et les soignants. En effet, on est très surpris de constater que médecins et administratifs emploient très souvent, les mêmes termes mais leur donnent des définitions différentes.

De plus, il est indispensable d'expliquer aux soignants les méthodes de gestion d'un CH, par exemple, que le taux d'occupation des lits est calculé à 0h.

Il est également indispensable d'expliquer le fonctionnement d'une unité de soins aux directeurs lorsqu'ils proposent par exemple une restructuration. Le DIM doit alors apporter les éléments d'activité nécessaires aux cliniciens et aux directeurs pour prendre la meilleure ou la moins mauvaise décision. Au contraire, Pour mon confort intellectuel, le « plus » principal a été de comprendre pourquoi je me révoltais de certaines décisions administratives lorsque j'étais clinicien et surtout chef de service. Mais surtout, j'ai compris les enjeux du codage et en particulier le pourquoi de la nécessité de son exhaustivité mensuelle indispensable sur le plan financier. Les modalités de financement d'un CH ne sont jamais expliquées voire enseignées aux cliniciens, ce qui est bien dommage car cela lui permettrait de comprendre pourquoi le codage exhaustif des séjours est indispensable. Cela lui rendrait, peut-être, ce codage moins rébarbatif.

### CH

On peut envisager de produire et exploiter de l'information médicale sans médecin DIM : c'est ce qui se passe dans un certain nombre de pays. Le choix de

confier cette fonction à un médecin a dû procéder de trois points :

- › La confidentialité des données médicales, où le médecin est soumis à une obligation déontologique, qui se surajoute aux obligations du secret professionnel, et donne donc une garantie supplémentaire au patient et à la collectivité (ce qui est évidemment lié au prix que cette dernière accorde à cette confidentialité).
- › la connaissance des pratiques médicales, très utile dans la pratique du codage des diagnostics et des actes, dès qu'elle dépasse un niveau élémentaire, mais aussi dans l'analyse des données médico-économiques, où, sans remplacer la confrontation des résultats avec l'interprétation des cliniciens, elle permet un premier niveau de pertinence qui n'est pas forcément, et en tout cas pas facilement accessible à un non médecin,
- › l'acceptabilité par le corps médical du dispositif du PMSI.

## 4. VOUS ÊTES À L'INTERFACE DU MONDE MÉDICAL ET DU MONDE ADMINISTRATIF : LEQUEL EST LE VÔTRE ?

### CHU

Je suis à l'interface du monde médical et du monde administratif mais mon monde est clairement le monde médical (cf. mes réponses précédentes). Je pense que les médecins DIM doivent se battre pour défendre le monde soignant et la prise en charge « encore humaine » des patients.

### CH

Oui le DIM est classiquement à l'interface des deux mondes. On peut passer sous silence la relation avec le patient, où, dans une échelle qui irait du chirurgien viscéral ou du psychiatre à l'anatomo-pathologiste, le DIM se trouverait en deça de ce dernier, ou à un niveau d'abstraction encore supérieur selon le point de vue où on se place...

Se situer à l'interface est évidemment un état violent, d'autant que la création de la fonction a procédé d'un souhait d'acculturation de chacun de ces deux mondes à son vis-à-vis.

Il me semble que les médecins DIM n'ont pas en général cette interrogation identitaire, peut-être parce qu'ils sont forcément dans l'action, du fait de leur positionnement.

## 5. COMMENT VOYEZ VOUS LES ÉVOLUCTIONS DES MISSIONS DU DIM ?

### CHU

Je pense que, malheureusement, l'évolution des missions des DIM va se faire (si ce n'est déjà fait) vers une activité de plus en plus « administrative ». Les internes et les jeunes médecins DIM sont des médecins de santé publique dont la plupart n'ont fait que leurs stages d'étudiant en médecine dans les services de soins et n'en connaissent pas le fonctionnement et les difficultés. **Ils ne pourront donc pas interpréter les textes réglementaires en fonction de l'activité d'un service de soins. Ils ne pourront pas non plus remplir leur rôle d'interface entre l'administration et les soignants.**

### CH

Je vois quatre éléments importants dans l'avenir des DIM :

- › La démographie qui les touche, comme beaucoup d'autres disciplines : il suffit de voir le nombre de postes de praticien hospitalier non pourvus dans la spécialité.
- › L'évolution des systèmes d'information hospitaliers vers une dimension à la fois plus stratégique et plus industrielle. Plus stratégique parce qu'ils doivent intégrer plus complètement et plus naturellement qu'ils ne le font aujourd'hui tous les aspects activités, processus et qualité des soins (les vigilances pour prendre un exemple concret) du système de santé actuel. Plus industriel parce les nombreuses manipulations manuelles liées



## La difficulté du positionnement des DIM a abouti à des situations difficiles pour un certain nombre de praticiens à l'occasion de difficultés financières des établissements

à une intégration insuffisante ou à des difficultés d'adaptation aux changements de contexte (ce qu'on appelle volontiers le « cambouis » dans le jargon des DIM), doivent disparaître.

› **La difficulté du positionnement des DIM, depuis la mise en œuvre de la T2A. Cette dernière a abouti - quelle que soit l'opinion que l'on peut avoir du dispositif lui-même - à des situations difficiles pour un certain nombre de praticiens à l'occasion de difficultés financières des établissements, à la fois parce que leur mise en cause va bien au-delà de leurs responsabilités propres, et parce que les moyens mis en œuvre dans ces situations mettent à mal leur indépen-**

**dance professionnelle, quand ils ne sortent pas franchement du cadre de la réglementation :** des cas particulièrement caricaturaux ont été médiatisés, mais les situations moins visibles sont nombreuses.

Pour améliorer cette situation, il faut impérativement que le cadre réglementaire soit respecté par l'administration, et en particulier l'indépendance professionnelle garantie par le statut de PH, et confortée par deux articles différents de la loi HPST. Il faut aussi que les médecins DIM innovent, et proposent des éléments concrets d'évaluation de leurs pratiques professionnelles permettant de donner aux directions et au corps médical des garanties de fiabilité de leur travail : il pourrait s'agir par

exemple d'audits croisés entre les DIM de différents établissements selon des méthodologies établies préalablement.

› La place du DIM dans les évolutions du système de santé, en particulier dans les futures GHT. Il me semble que l'idée de rendre le DIM de GHT responsable non seulement du PMSI, mais aussi de la facturation ne peut être rejetée en bloc, tant les deux fonctions sont maintenant liées. Par contre, elle nécessite une réflexion approfondie, et surtout la garantie que le positionnement du DIM et les moyens dont il disposera, ne puissent aboutir à des impasses.

Reference : **Article L6113-7**

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 4

Les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité.

Dans le respect du secret médical et des droits des malades, ils mettent en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins. Les praticiens exerçant dans les établissements de santé publics et privés transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité et à la facturation de celle-ci au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement dans des conditions déterminées par voie réglementaire après consultation du Conseil national de l'ordre des médecins.

Les praticiens transmettent les données mentionnées au troisième alinéa dans un délai compatible avec celui imposé à l'établissement. Sous l'autorité des chefs de pôle, les praticiens sont tenus, dans le cadre de l'organisation de l'établissement, de transmettre toutes données concernant la disponibilité effective des capacités d'accueil et notamment des lits. A la demande du directeur, ce signalement peut se faire en temps réel. Le praticien responsable de l'information médicale est un médecin désigné par le directeur d'un établissement public de santé ou l'organe délibérant d'un établissement de santé privé s'il existe, après avis de la commission médicale ou de la conférence médicale. Pour ce qui concerne les établissements publics de santé, les conditions de cette désignation et les modes d'organisation de la fonction d'information médicale sont fixés par décret.

Lorsque les praticiens appartenant au personnel des établissements publics de santé ne satisfont pas aux obligations qui leur incombent en vertu des troisième et quatrième alinéas, leur rémunération fait l'objet de la retenue prévue à l'article 4 de la loi de finances rectificative pour 1961 (n° 61-825 du 29 juillet 1961).



1<sup>er</sup> 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 Tony RAHME**  
(SNPH TP - Montfermeil)

## 16 SYNDICATS POUR VOUS DÉFENDRE

<b>SNPH-CHU</b> Syndicat National des PH de CHU <b>Président</b> : Dr J.M. BADET	<b>SNPEH</b> Syndicat National des Pédiatres Des Etablissements Hospitaliers <b>Président</b> : Dr J.L. CHABERNAUD
<b>SNPH TP</b> Syndicat National des Praticiens Hospitaliers à Temps Partiel <b>Président</b> : Dr T. RAHME	<b>FPS</b> Fédération des Praticiens de Santé <b>Président</b> : Dr J. AMHIS
<b>SPEEP</b> Syndicat des Médecins Exerçant en Milieu Pénitentiaire <b>Président</b> : Dr E. CHAIGNE	<b>SYNPREFH</b> Syndicat National des Pharmaciens Des Etablissements Publics de Santé <b>Président</b> : Dr P. LEGLISE
<b>CNAH</b> Confédération Nationale des Assistants des Hôpitaux <b>Président</b> : Dr Jean-Marie FARNOS	<b>SNHG</b> Syndicat National Des Hôpitaux Généraux <b>Président</b> : Dr A. JACOB
<b>SNMInf</b> Syndicat National des Maladies Infectieuses <b>Président</b> : Dr Hugues AUMAÎTRE	<b>SNHU</b> Syndicat National Des Hospitalo-Universitaires <b>Président</b> : Dr B. DIQUET
<b>SPEP</b> Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public <b>Président</b> : Dr M. TRIANTAFYLLOU	<b>SNOHP</b> Syndicat National des Odontologistes Des Hôpitaux Publics <b>Président</b> : Dr E. GERARD
<b>SUDF</b> Syndicat National SAMU et Urgences de France <b>Président</b> : Dr F. BRAUN	<b>SCPF</b> Syndicat des Chirurgiens Pédiatres Français <b>Président</b> : Dr Philippe MONTUPET
<b>FNASF</b> Fédération Nationale des Associations de Sages-Femmes <b>Président</b> : Mme MASCART	<b>SMPHNC</b> Syndicat des médecins et pharmaciens de Nouvelle Calédonie <b>Président</b> : Dr E. MANCEL

# DOSSIER :

# IL ÉTAIT UNE FOIS...

## 2<sup>ÈME</sup> PARTIE : LES AVENIRS DU PH

*Dans cette période où de grands changements sont annoncés, nous avons dans un premier temps (le MAG 2) rappelé les caractéristiques fondatrices de notre statut (modalités de nomination, affectation et rémunération, droits et devoirs dans l'organisation de notre temps de travail). (Références : 1 à 6).*

*Durant cette même période, tandis que l'hôpital public souffre d'un manque d'attractivité sans précédent, les réformes conçues précédemment... mais mises en place maintenant (!) altèrent le cadre d'exercice du PH (pénibilité matérielle) tout en le vidant de son sens : un bon PH n'est plus un médecin compétent mais un bon producteur d'activité. (Cf. Le MAG 1).*

*Comment gérer les conséquences de ces changements ? Notre statut prévoit des modalités de modification de notre exercice, parfois en accord avec nous, parfois malgré nous. (Chapitre 1 : La vie du PH peut ne pas être un long fleuve tranquille).*

*Mais ces changements qui emportent, article de loi après article de loi, tout ce qui faisait l'attractivité et - osons l'écrire - la dignité de notre exercice hospitalier, ces changements n'annoncent-ils pas de plus grands changements encore... comme, par exemple, celui de notre statut lui-même ? (Chapitre 2 : l'avenir du PH).*

*Nous nous sommes donc interrogés sur les évolutions possibles de notre statut, nous avons exploré des hypothèses et, dans l'hypothèse où ces hypothèses ne seraient pas que des hypothèses, nous avons quitté la sphère de la science-fiction pour nous aventurer dans celle de la prévention et les propositions (Chapitre 3).*

## LA VIE DU PH PEUT NE PAS ÊTRE UN LONG FLEUVE TRANQUILLE OU QUAND IL FAUT IMPÉRATIVEMENT UN ARRÊT SUR IMAGE

Nous voici donc flamboyants dans notre singularité, porteurs de valeurs érigées en devoirs et forts d'une compétence protégée par nos droits (Le MAG 2 : dossier). Certes...

*Mais même ceux qui ne sont pas des héros peuvent aussi être fatigués ; par le travail, par l'âge, par l'autre, par tous, par tout, ou tout simplement par le quotidien.*

*Et ceux d'entre eux qui ne sont pas fatigués peuvent avoir envie d'ailleurs.*

# LE STATUT DU PH

## Notre statut prévoit que nous puissions nous éloigner de ce quotidien via plusieurs modalités (1)

La mise à disposition (Article R6152-50), le détachement (Articles R6152-51 à 61), la mise en recherche d'affectation (Article R6152-50-1) et la mise en disponibilité (Articles R6152-62 à 68). Dans tous les cas, la décision de changement de cadre d'exercice est prise et prononcée par le directeur du CNG après avis de la CME d'origine et du conseil d'administration de l'éventuel établissement d'accueil.

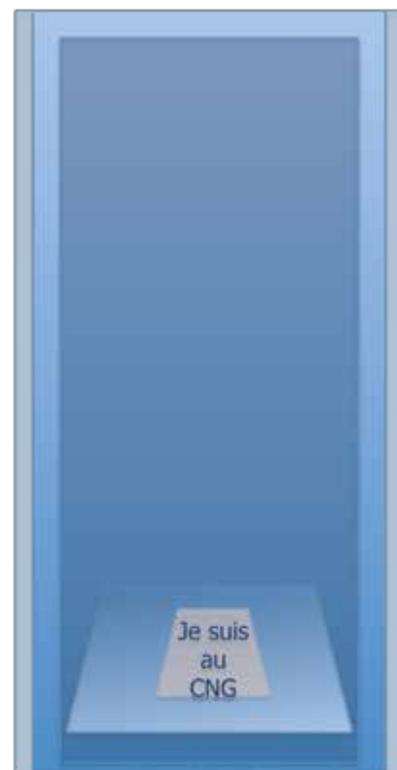
Toutes ces solutions ne sont cependant pas équivalentes.

**Au regard de la liberté de choix d'abord :** seule la mise à disposition relève du choix exclusif du PH ; les 3 autres modalités peuvent être imposées au PH d'« office », que ce soit au nom des nécessités du service (recherche d'affectation), des exigences du service (détachement) ou du fait d'une impossibilité (mise en disponibilité) relative au PH (maladie, inaptitude) ou à son poste (indisponibilité).

Il est intéressant de noter à ce stade que « nécessité » et « exigences » de service sont synonymes et signifient en langage



MISE A DISPOSITION

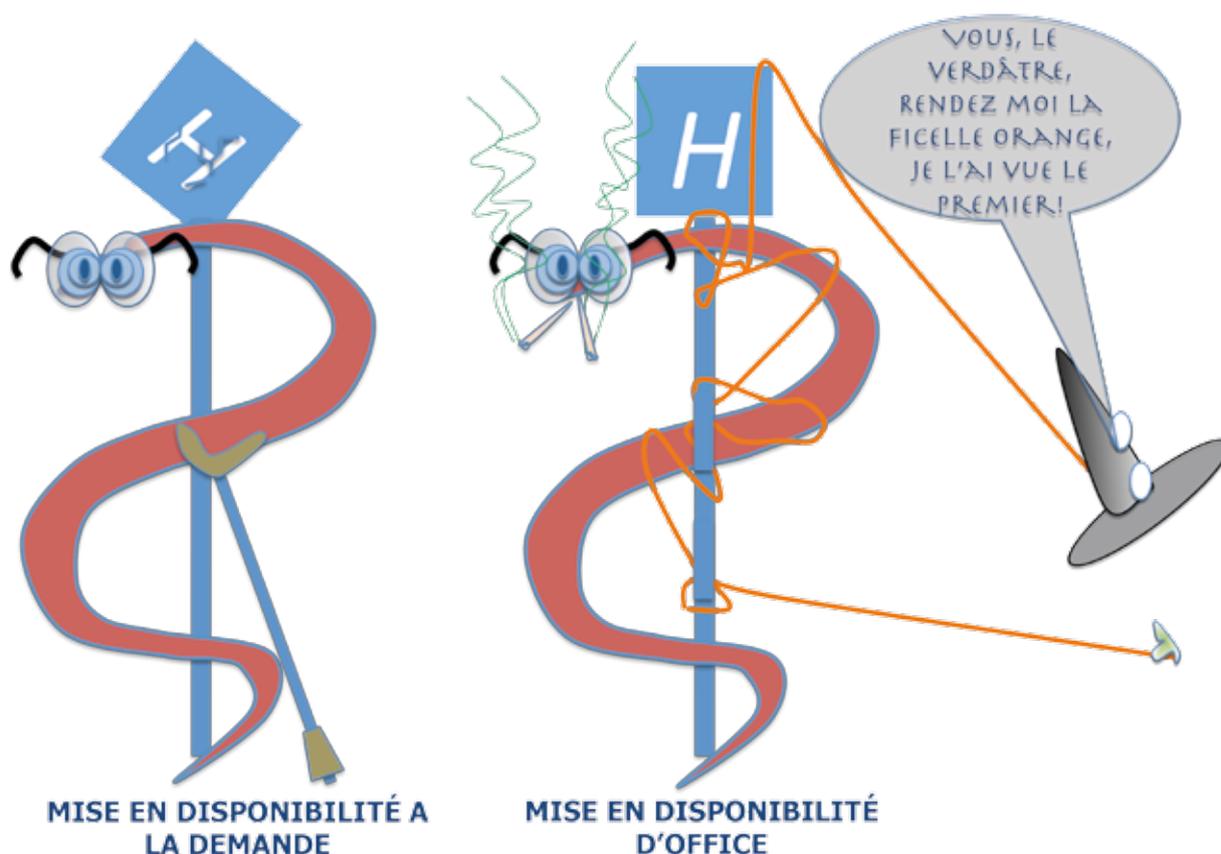


MISE EN RECHERCHE D'AFFECTATION

châtié « *L'intérêt du service constitue le fondement du pouvoir sur l'emploi* » c'est-à-dire, exprimé plus crûment : la formule derrière laquelle la hiérarchie administrative se cache pour ne pas avoir à nommer certaines situations et donc à les aborder (comme l'utilisation du terme « problème de personnes » là où

existent des dysfonctionnements comportementaux majeurs).

Néanmoins, lorsque le PH peut choisir, il pourra faire la demande répondant au mieux à la situation qui motive sa démarche.



## Projet de travailler dans une autre administration ou établissement de l'État : deux options se présentent à lui : la mise à disposition ou le détachement

**La mise à disposition est la voie royale :** une convention établie entre l'établissement d'origine et l'établissement d'accueil cadre les conditions d'emploi, la durée de la parenthèse, les conditions de retour. Durant cette période, le PH demeure dans la même position statutaire (salaire et avancement préservés) et il est rémunéré par son établissement d'origine. Bien sûr, l'établissement d'accueil doit rembourser la rémunération et les charges afférentes, ce qui peut constituer un frein à l'accueil du PH... a ceci près qu'il est possible de prévoir « une exonération partielle ou totale, temporaire ou permanente » de ce remboursement.

**Le détachement est moins « facilitateur » :** hormis les détachements dans des établissements publics nationaux, pour des missions de coopération internationales et pour la participa-

tion aux missions de service public au sein d'un établissement privé, (art. R6152-52), le PH ne peut demander un détachement avant d'avoir effectué 3 années de service. La durée en est limitée à 5 ans, renouvelables, mais, à l'exception des détachements pour exercer des missions gouvernementales ou électives, le poste du PH est déclaré vacant après un an d'absence (2 ans en cas de mission de coopération internationale), ce qui peut poser le problème de la réintégration du praticien à la fin de la période de détachement. En effet, si son poste a été déclaré vacant, des postes de même discipline sont proposés au PH, qui ne pourra en refuser plus de trois, sous peine d'être rayé des cadres après avis de la commission statutaire nationale (art. R6152-61). L'autre problème

est celui de la rémunération du PH qui : (R6152-56) « cesse de percevoir toute rémunération au titre du corps dont il est détaché », la rémunération devra donc être prise en charge par la structure d'accueil ; néanmoins, sa carrière n'est pas altérée : (R6152-56) « Le praticien détaché continue à bénéficier de ses droits à avancement dans son corps d'origine ». Si, en cas de détachement d'office, « lorsque l'intérêt du service l'exige », le PH est d'emblée affecté à un poste de même discipline avec une rémunération équivalente, la problématique de sa réintégration est identique à celle du détachement à la demande.

## Projet de mettre fin purement et simplement au contexte de travail actuel

Mise en recherche d'affectation (RA). Ce dispositif relève d'une démarche type « il faut sauver le soldat Ryan ». En effet, le PH est placé auprès du CNG, qui le rémunère et préserve son avancement. De plus, la procédure de RA est clairement décrite comme visant à « *permettre son (le PH) adaptation ou sa reconversion professionnelle ou de favoriser la réorganisation ou la restructuration des structures hospitalières* ». Il y a mise en RA d'office quand le poste du PH disparaît et cela doit permettre au PH « *de retrouver une affectation dans un établissement public de*

*santé* ». La RA est demandée par le PH quand il veut changer de lieu et/ou de mode d'exercice, voire de métier. « *Situation lui permettant... d'accéder à un autre emploi des secteurs public ou privé* ». Le temps de la RA, qui ne peut excéder 2 ans, est dédié soit à « *bénéficier d'un bilan professionnel et suivre des actions de formation* » soit, et l'accord du PH n'est pas forcément requis pour cela, « à la demande de l'établissement public national ou avec son accord » à, « *exercer son activité dans un établissement public de santé autre que celui dans lequel il était précédemment nommé, dans le*

*cadre d'une convention passée entre cet établissement et l'établissement public national* ». les conditions de réintégration sont les mêmes que pour le détachement mais, reflet du contexte professionnel ayant motivé la mise en RA, « le praticien hospitalier peut démissionner durant la période de recherche d'affectation, conformément aux dispositions de l'article R6152-97 (sans qu'il puisse lui être imposé de poursuivre ses fonctions pendant une période de six mois au plus à compter de la date de notification de l'acceptation de sa démission. ».

## Projet (obligation) de cesser temporairement l'exercice hospitalier

*Mise en disponibilité.* Cette option est celle où ni la rémunération ni l'avancement ne sont préservés, sa durée est variable selon le contexte qui l'a initié, elle est prononcée d'office ou demandée par le PH au moins 2 mois à l'avance, sauf cas particulier (*Accident ou maladie grave du conjoint, d'un enfant ou d'un ascendant*).

La mise en disponibilité d'office est prononcée du fait d'une impossibilité du PH (maladie grave, longue maladie, inaptitude faisant suite à un congé maladie), d'une indisponibilité de poste pour le PH à l'issue d'une période de détachement ou de mise en disponibilité.

La mise en disponibilité sur demande du PH (R6152-65), peut être accordée pour raisons familiales, « *pour études ou recherches présentant un intérêt général* », « *convenances personnelles* ou pour « *formation* ».

A l'issue de la période de mise en disponibilité (R6152-63), « *la durée de la disponibilité d'office ne peut excéder une année. Elle est renouvelable dans la limite d'une durée totale*

*de trois ans* », la réintégration se fait selon les modalités décrites à l'article R6152-68 : « *Le poste libéré par un praticien placé en disponibilité est déclaré vacant lorsque la disponibilité excède un an. Lorsque l'intéressé désire être réintégré avant l'achèvement d'une période de disponibilité, il doit en faire la demande au moins deux mois à l'avance. A l'issue de sa mise en disponibilité le*

*praticien est réintégré dans les conditions fixées à l'article R 6152-59. S'il n'a pu être réintégré, il est placé en disponibilité d'office dans les conditions fixées à l'article R6152-63. Au cas où à l'expiration d'une période de disponibilité un praticien n'a ni repris ses fonctions, ni obtenu une prolongation de sa disponibilité, il est rayé des cadres* ».



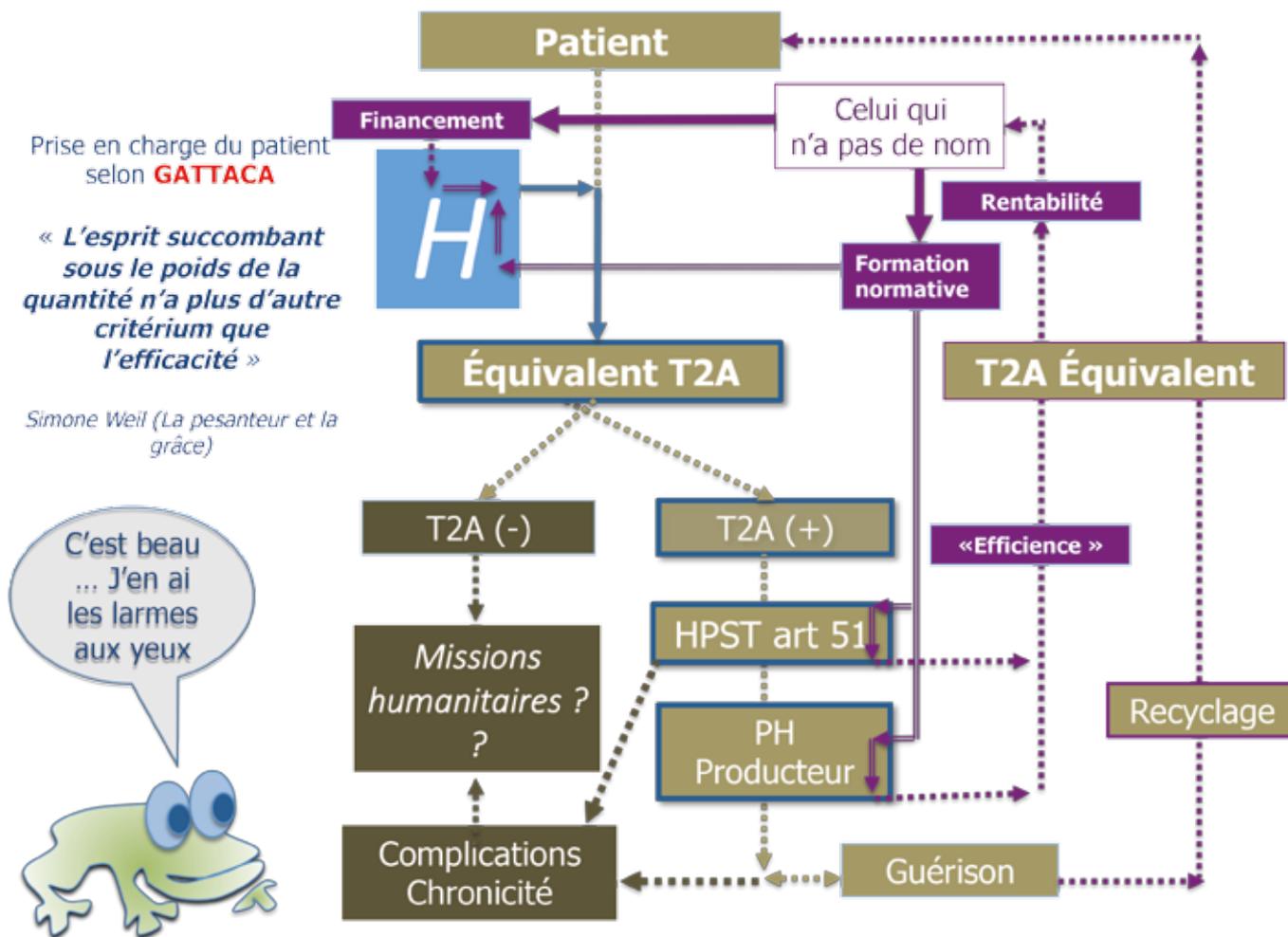
Marquons un arrêt : dans tous les cas (mise à disposition, **détachement**, mise en recherche d'affectation et mise en disponibilité) **la décision de changement de cadre d'exercice est prise et prononcée par le directeur du CNG.**

Tout comme la nomination, la décision de garder ou pas un médecin dans le corps de PH en cas de litige. Il existe une centralisation extrême de pouvoirs de vie et mort d'une carrière de PH en une seule personne, qui est le directeur du CNG. Centralisation qui n'appelle pas de motifs d'inquiétude quand la personne endossant cette fonction est bienveillante vis-à-vis des PH, mais dans le cas contraire, que se passera-t-il ?

# L'AVENIR DU STATUT DU PH : MAD MAX, BIENVENUE À GATTACA... ?

## Mad Max (ou le monde abandonné par ses valeurs)

[http://fr.wikipedia.org/wiki/Mad\\_Max](http://fr.wikipedia.org/wiki/Mad_Max)



C'est maintenant, et plusieurs indicateurs convergent en sens :

### ☒ Marchandisation du patient

avec des facturations illégales aux patients « 11/08/14 - HOSPI-MEDIA «Et ce malgré les avertissements de la DGOS qui a mis en

garde les établissements contre de pareilles facturations, ... des prestations « à la charge des établissements qui emploient ces personnels

et sont moyennées dans les charges des établissements. De ce fait, elles n'ont pas à être payées par les patients ».

### ☒ Libéralisation de l'offre de soins : (guide des DH 2011 p. 8)

« Deux modifications majeures sont apportées au cadre d'exercice des directeurs d'hôpital par la loi HPST de juillet 2009... Enfin, la contractualisation des relations entre l'ARS et les offreurs de soins dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs

et de moyens est accentuée et devient le mode opératoire déterminant les objectifs, les missions, les moyens, les résultats attendus et l'évaluation des activités... ». L'hôpital est désormais dans un contexte concurrentiel. L'exécution des missions de service

public est attribuée aux offreurs de soins, par appel à projets sur la base de contrats à durée limitée ».

### ☒ **Modification des conditions d'exercice du directeur d'hôpital : introduction d'un exercice contractuel... avec les leviers associées**

« La loi HPST prévoit la possibilité de recrutement de directeur exerçant les fonctions de chef d'établissement sur la base d'un contrat de droit public

d'une durée de trois ans renouvelables, élargissant ainsi les conditions d'accès à la fonction de directeur d'hôpital à des professionnels

ayant une expérience managériale et de direction dans le secteur privé ou public. » (guide des DH 2011 p. 8).

### ☒ **Interessement du directeur d'hôpital... avec les leviers associées**

« Les directeurs perçoivent une prime de fonction avec une part fixe (9 000 à 13 000 € annuels) et une part variable (8 000 à 20 000 €).

### ☒ **Industrialisation du soin**

Décision du futur président de la Commission européenne, Jean-Claude Juncker, de rattacher l'Agence européenne du médicament (EMA) et la politique des produits de santé à la branche « entreprises » de la Commission » <http://www.prescrire.org/Fr/1/194/48278/3753/3305/SubReportDetails.aspx>

### ☒ **Instrumentalisation du soignant : intensification du rythme de travail (7)**

« lié à un contrôle ou suivi informatisé... a sensiblement augmenté, en particulier dans la fonction publique hospitalière. »

### ☒ **Maltraitance du service public avec maltraitance des agents publics (8)**

augmentation des comportements hostiles dans le travail auxquels « les fonctionnaires et agents à statut apparaissent particulièrement exposés... ils tendent à déclarer plus souvent subir des comportements hostiles et plus particulièrement des dénis de reconnaissance de leur travail. Les agents à statut indiquent beaucoup plus souvent que ces comportements émanent de clients ou

d'usagers (29 % contre 12 % pour la moyenne des salariés ».

**y compris par l'institution elle-même : problème profond de management** (cf. Le Mag N°1)

Problème souligné par le rapport Pêcheur sur la fonction publique (3) « La gestion de la fonction publique de l'Etat reste encore trop une « gestion statutaire », une « gestion des corps », bien plus qu'une « gestion

des ressources humaines » ou une « gestion des personnes ».

Bref, un mode du travail (et du soin proposé aux patients) centré sur le quantitatif au détriment du qualitatif dont il découle un manque de sens et une perte de motivation : équation gagnante pour la perte d'attractivité et la pérennisation de la spirale infernale qui l'alimente.

## **Bienvenue à GATTACA (ou la normalisation érigée en valeur)**

[http://fr.wikipedia.org/wiki/Bienvenue\\_%C3%A0\\_Gattaca](http://fr.wikipedia.org/wiki/Bienvenue_%C3%A0_Gattaca)

C'est un avenir proche, très proche, trop proche.

### **La normalisation s'insinue progressivement dans le monde de l'hôpital.**

Le premier jalon fut posé par la T2A qui a imposé une vision du soin réduite aux actes techniques et a ainsi ouvert la voie de la prise en charge industrielle du patient.

Il fallut ensuite s'attacher à appliquer cette vision et les protocoles de coopération furent instaurés par HPST : « l'art. 51

de la loi HPST du 21 juillet 2009 permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients ».

([http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1240280/fr/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante))...

Cette étape gomme purement et simplement la phase de conception du diagnostic, c'est-à-dire celle du colloque singulier avec le patient, pierre angulaire de

notre exercice. Enfin, le projet de dérèglementation de la vente des médicaments ne fait qu'accroître la tendance à l'exclusion de toute intervention médicale dans le circuit de prise en charge du patient et éclaire sur la logique choisie non pas de soin mais de productivité.

Il est alors facile de normaliser la prise en charge du patient, bien rangé dans un groupe homogène, avec des actes bien codifiés, tels que préconisés par les recommandations de la HAS et diffusés via la DPC. « L'évaluation de l'effi-



science de chacune des activités des pôles devient un objectif partagé étayé par le développement professionnel continu des médecins, des cadres et des professionnels de santé des établissements (voir référence (1) rubrique « déchiffrer l'hôpital »).

Et de gérer le manque d'attractivité par une contractualisation forcée, dans le genre : « Henri, fais tomber cent sacs au toubib (Audiard, les tontons flingueurs) » qui mettrait un terme par la même occasion à notre statut.

« A l'ADH, nous souhaitons un choc de simplification pour l'Hôpital. (...) Nous plaçons en faveur de... la possibilité de recruter hors-contrat, de valoriser différemment les spécialités (10).

**Et alors ? Tout est dans l'ordre et nous gagnons en efficience (synonyme « soft » de la rentabilité).** Il y aura bien des malades qu'il sera difficile de d'identifier d'après le catalogue mais comme ils ne sont pas rentables de ce fait même, serait-il responsable pour la communauté – qui ne l'oublions pas finance - de les prendre en charge ? Serait-il solidaire vis-à-vis des financeurs du DPC et de la recherche (et raisonnable pour l'hôpital et l'État qui bénéficient de ces financements) d'en tenir compte dans les axes de réflexion prospective ?

**Et alors ? Article 7 (article R4127-7 du CSP) « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner**

avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ».

« Faut r'connaître... c'est du brutal ! » (ibid). Finalement, perdre notre statut, ce n'est peut-être pas la bonne solution.

**La tendance est forte et englobe toute la fonction publique (3)** « Par rapport à ce système statutaire et réglementaire, un basculement pur et simple sous le régime des conventions collectives de droit commun constituerait un changement radical. Trois arguments sont parfois avancés en faveur de cette formule. Le premier serait de mettre un terme à « l'emploi à vie ». Le deuxième serait d'unifier le régime du travail entre tous les salariés et de favoriser le passage entre secteurs marchands et non marchands. Le troisième serait lié aux souplesses et flexibilités prêtes au droit du travail »...

**La tendance est forte, à laquelle s'ajoute le facteur aggravant qu'est la perte progressive de l'espace décisionnel du médecin** dans les orientations de l'offre des soins portée par l'hôpital. Face à lui, le directeur d'hôpital gestionnaire s'est transformé en manager sous le baiser appuyé et indécent de la sorcière rentabilité

déguisée en fée efficience. (cf. rubrique « déchiffrer l'hôpital : le métier de directeur d'hôpital » de ce numéro).

**La tendance est forte, mais elle n'en est pas pour autant fondée (3) :** l'emploi à vie est une illusion (le statut n'interdit ni le licenciement pour faute ni celui pour insuffisance), la mobilité ne doit pas occulter la compétence spécifique requise pour les métiers du service public (combien de médecins pédiatres, réanimateurs ou en charge de polyhandicapés dans le secteur « marchand ? ») service public qui doit s'appuyer sur « des professionnels recrutés et formés à cet effet et auxquels des parcours professionnels devraient être offerts aux fins de motivation et de fidélisation ». Enfin, travailler sous contrat serait un obstacle à la préservation du service public « le contrat ne permet pas à l'administration d'affecter l'agent dans un nouvel emploi lorsque les besoins du service l'exigent ».

**La tendance est forte mais il faut en mesurer les conséquences : perdre les agents du service public signifie perdre le service public.**

Et il n'est pas sûr que l'opinion publique soit prête à perdre le service public hospitalier : L'hôpital est le service public préféré des Français avec un taux de satisfaction de 80 %. (Enquête Tns sofres/FHF, « Les Français et l'hôpital », 2010 (2)).

# ... OU BLADERUNNER (OU LE REFUS DE LA NORMALISATION AU NOM DES VALEURS)

[http://fr.wikipedia.org/wiki/Blade\\_Runner\\_\(film\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Blade_Runner_(film))

## Est-il encore temps ?

Oui.

Michel Audiard a bien sûr son idée « *Moi, quand on m'en fait trop, je correctionne plus : je dynamite, je disperse, je ventile !* » (ibid).

Mais nous prendrons une autre option « *J'te disais que cette démarche ne s'imposait pas. Au fond maintenant, les diplomates pren-*

*draient plutôt le pas sur les hommes d'action. L'époque serait aux tables rondes et à la détente. Hein ? Qu'est ce que t'en penses ?* » (ibid). Non pas que nous n'ayons pas eu notre compte de tables rondes, jusqu'à en avoir le tournis...

***Cela relève d'ailleurs de notre responsabilité médicale à l'hôpital. Faire vivre l'autre regard.***

Le maintien de cette pérennité repose sur la prise en compte simultanée des besoins médicaux (pénurie, déserts médicaux, attractivité) et des besoins des médecins (conditions de travail, préservation de la motivation).

## En 2010, à la demande de la ministre de la santé, paraît un rapport « Exercice à l'hôpital » (9)

Ce rapport avait pour objectif de mesurer « la sensibilité et la satisfaction des praticiens vis-à-vis d'indicateurs relatifs à l'exercice médical à l'hôpital, ». A ces fins, une enquête fut menée auprès des acteurs de terrain.

Elle révèle sans surprise que l'attractivité de la carrière hospitalière est basée en premier lieu sur le travail en équipe, la qualité du

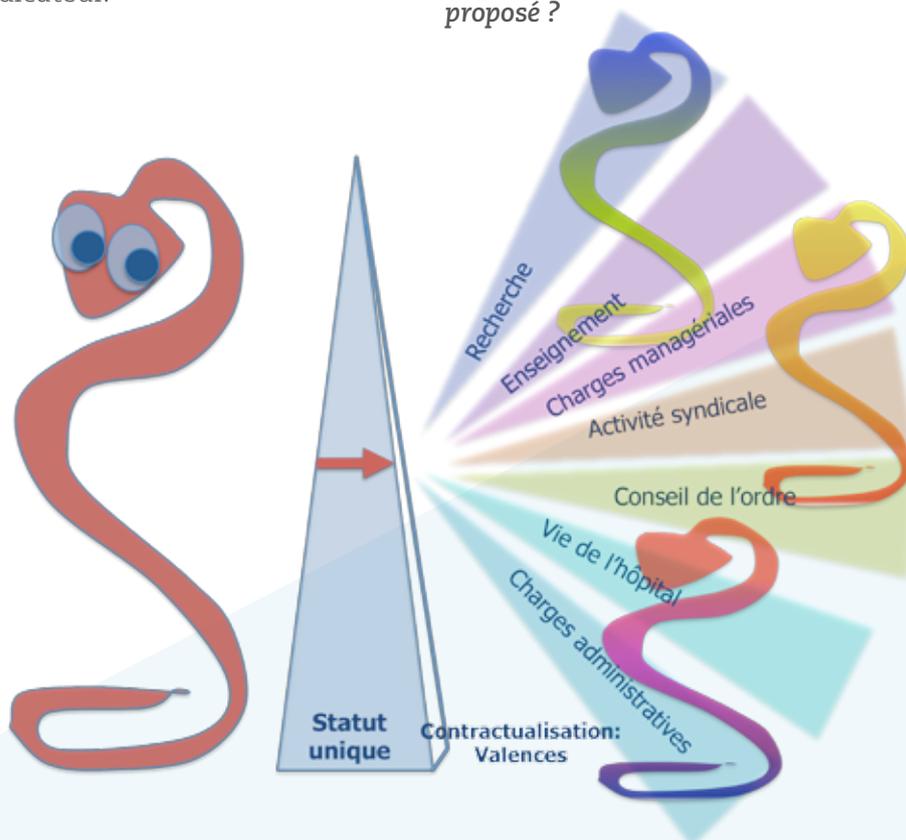
plateau technique et la possibilité de mener recherches et publications (Cf. Le MAG N°1).

En revanche, les résultats obtenus pour l'indicateur « *cohérence entre le projet individuel du praticien et le projet collectif de l'hôpital* » sont intéressants à considérer ici. Le taux de satisfaction est « médiocre » au regard de cet indicateur.

Or, quelle est la signification de cet indicateur si ce n'est la distance existant entre les opportunités ouvertes par le statut (rappelons-nous : indépendance professionnelle, responsabilité médicale, droit et obligation de formation, temps dédié à la recherche) et la réalité de terrain ?

**Notre statut serait-il un habit trop grand pour l'exercice qui nous est proposé ?**

**Intégrer le projet individuel du praticien dans le projet d'équipe par la prise en compte des divers versants de l'activité du PH (valences d'exercice) mises au service du projet collectif de l'hôpital**



## A l'instar de l'INPH qui défend cette évolution du statut depuis près de 10 ans (10), ce rapport propose la piste de la modularité de la carrière du PH

- › Modularité dans son contenu (prise en compte des divers secteurs de compétence d'un PH : clinique, recherche, enseignement, participation aux actions collectives hospitalières ou syndicales).
- › Modularité dans son contexte de déroulement (hôpital ou autres établissement publics).
- › Et modularité dans son déroulement chronologique : les aspirations, besoins et compétences d'un PH en début ou fin de carrière ne sont pas de même nature.

### Le socle fonctionnel permettant la mise en place de cette modularité serait d'introduire une part contractuelle dans l'exercice du PH (9)

« La contractualisation des fonctions et des activités selon les compétences, les rythmes, les investissements dans les différents domaines d'activité, individuels et collectifs, ainsi que des besoins des établissements est une nécessité. Cette modularité et cette contractualisation doivent permettre au praticien hospitalier, resté maître in fine des bases de son temps de travail, d'alterner des années plus centrées sur le soin et d'autres sur la formation, l'enseignement, la recherche, la prise de responsabilité, l'expertise, le tutorat/compagnonnage ou le projet personnel. ».

Cette part contractuelle permettrait la reconnaissance des valences et l'application de la modu-

larité dans le contenu proné par le rapport de 2010. - prise en compte des divers secteurs de compétence d'un PH : clinique, recherche, enseignement, participation aux actions collectives hospitalières ou syndicales) : VALENCES : favoriser les missions universitaires du PH (enseignement , recherche) et les missions DPC.

L'indemnité correspondant à une « part complémentaire variable des émoluments mensuels et subordonnée au respect d'un engagement contractuel » (R6152-23-1) pourrait répondre à cela, **à condition que la contractualisation se fasse sur des missions et non sur des objectifs.**

Dans l'hypothèse où les objectifs seraient mués en missions, et que cette contractualisation réponde à un besoin ponctuel et non à un besoin permanent couvert par une activité contractualisée (ce qui peut fausser l'évaluation de la charge de travail et fragiliser la mission de service public couverte), cette contractualisation pourrait apporter une réponse à des situations aiguës ou transitoires comme le remplacement d'un confrère, (rien de précis prévu actuellement et qui tienne compte de la charge supplémentaire de travail, cf. art. R6152-31), l'attente d'un recrutement, la création d'une activité nouvelle...

### Cette contractualisation permet d'intégrer le projet individuel du praticien dans le projet d'équipe

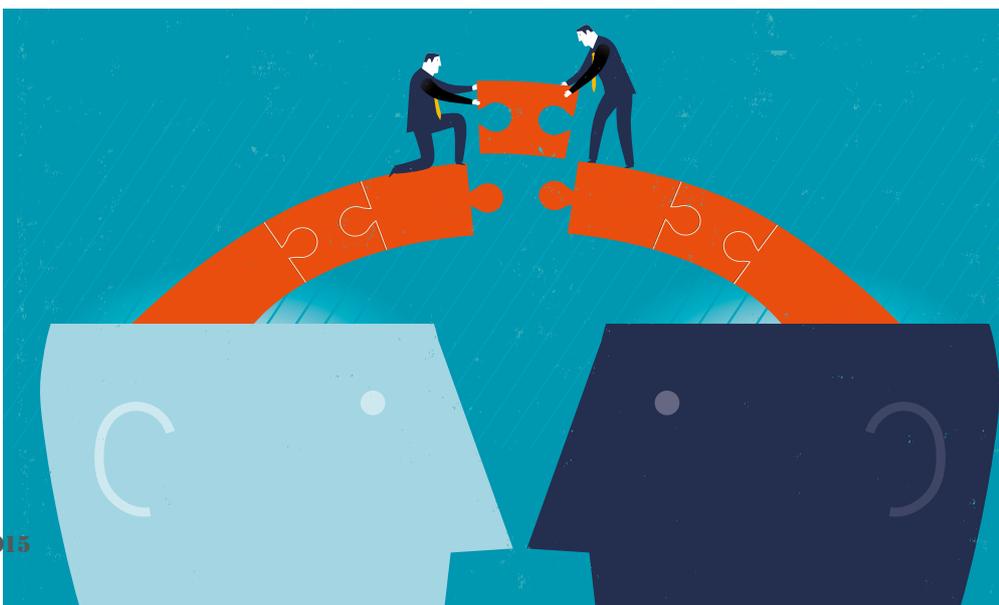
car elle prend la mesure des divers versants de l'activité du PH au service du projet collectif de l'hôpital qui se déclinent en autant de valences d'exercice : « le soin,

la santé (prévention, éducation) la qualité et la sécurité (gestion des risques, vigilance, évaluation), la formation, l'enseignement, la recherche , les responsabilités ins-

titutionnelles et l'engagement dans la gestion médico-économique, le projet personnel (action humanitaire, éthique ou santé publique ; action syndicale) ».

### Dans ce cadre, il conviendrait de développer des passerelles professionnelles pour faciliter la mobilité fonctionnelle des praticiens

En lien avec les ministères chargés de la Santé et de l'Enseignement supérieur et les ordres professionnels nationaux » et s'intégrer ainsi dans la modularité du contexte de déroulement (hôpital ou autres établissement publics).



## **Enfin, la modularité dans le déroulement chronologique de l'exercice serait également un facteur D'attractivité**

D'une part parce que les aspirations, besoins et compétences d'un PH en début ou fin de carrière ne sont pas de même nature, d'autre part, parce que dissocier

dans le temps des périodes d'enseignement, de recherche ou d'activités administratives correspond à un besoin réel, comme en témoignent les Praticiens hospita-

lo-universitaires qui souvent doivent abandonner leur activité clinique ou de recherche pour faire face au poids de leurs obligations administratives.

## **L'INPH a fait et continue de défendre des propositions en ce sens (le MAG 1 : Views 10 propositions de l'INPH) et (10)**

« Le socle statutaire unique doit être complété par des valences professionnelles et institutionnelles contractualisées dans le temps et financièrement ».

- Le temps de gestion, d'enseignement, de recherche, de multi-établissements doit être valorisé dans le cadre de valences propres.
- Les rémunérations de début de carrière restent dissuasives ; il est indispensable de construire une grille salariale plus linéaire avec moins d'échelons, et une rémunération de départ plus élevée pour harmoniser le différentiel public/privé.

## **EN CONCLUSION**

1. Notre statut est solide et protecteur non pas de nos droits d'agent public mais de nos devoirs de médecins.
2. Notre statut nous garantit une indépendance professionnelle dans un cadre contrôlé par le directeur d'hôpital (affaires locales et organisation du temps de travail) et le directeur général du CNG (gestion de la carrière). Il est primordial que nous gardions à l'esprit la nécessité de dissocier exercice médical dont nous sommes personnellement et pleinement acteurs et responsables, et exercice dans un établissement public qui, du fait de notre statut d'agent public, nous soumet aux règles de la fonction publique.
3. Notre statut doit évoluer pour répondre aux nouveaux besoins du service public tout en conservant son attractivité : modularité de la carrière du PH, introduction d'une part contractuelle dans l'exercice du PH, mise en place des valences d'exercice et des passerelles professionnelles.

## **Bibliographie**

(Téléchargeable sur le site de l'INPH <http://www.inph.org/>, rubrique MAG)

1. Textes législatifs relatifs au statut de PH
2. Portail fonction publique : définition des concepts
3. Rapport pecheur sur la fonction publique
4. INSEE première 1496 : l'emploi dans la fonction publique en 2012
5. La rémunération des médecins à l'hôpital FHF
6. CNOM le statut des praticiens hospitaliers à temps plein octobre 2011
7. DARES Analyses N°49
8. DARES Analyses N°44
9. Exercice médical à l'hôpital rapport Sept 2011
10. Plate forme de l'INPH 2011

# INTERVIEW

## DR PATRICK BOUET

**Le Dr Patrick BOUET est médecin généraliste en Seine Saint Denis, le 93 ! OÙ les situations sociales et sanitaires sont particulièrement difficiles. Il a été élu pour 3 ans président du conseil national de l'Ordre des médecins en juin 2013. A mi-mandat il regroupe la profession autour d'une image renforcée du médecin et a déjà profondément modifié les rapports de l'Ordre des médecins avec le gouvernement...**

**Monsieur le président quel est votre état d'esprit à mi-mandat ?**

D'abord je ressens la souffrance des médecins dans leur exercice, la pression en particulier administrative qui s'exerce sur eux au quotidien et le retentissement sur leur activité. L'Ordre va continuer d'œuvrer pour la revalorisation de l'image de la profession dans la société. La position du médecin auprès des malades et plus largement des citoyens dans des situations de souffrances physiques et sociales est très particulière. Les rapports des patients avec leur médecin sont bons dans la majorité des cas et basés sur la confiance. Les sondages d'opinion montrent que le doute et l'agressivité, malgré leur réalité et l'amplification médiatique, sont très minoritaires. C'est dans ce rapport entre les médecins et la société que se situe la force de la profession.

La relation avec le pouvoir politique n'est pas simple. Il est temps que le mode de réflexion change. Il faut cesser d'opposer la médecine hospitalière publique et le secteur libéral. Ils concourent tous deux au même enjeu et représentent une richesse humaine, économique et sociale au bénéfice de la société.

La profession médicale agit comme un régulateur de la société et son implication est une chance pour la France.

**“ D'abord je ressens la souffrance des médecins dans leur exercice, la pression en particulier administrative qui s'exerce sur eux au quotidien et le retentissement sur leur activité ”**

**Les positions de l'Ordre des médecins que vous portez vous placent au centre des débats sur la future loi de santé. Vous avez largement contribué à conduire la Ministre à annoncer le report du débat parlementaire de plusieurs mois pour rechercher un meilleur consensus. Pouvez-vous nous préciser votre action ?**

Par report, veut-on dire qu'on va chercher à définir des révisions concrètes du texte en projet permettant une réécriture d'un certain nombre d'éléments de la loi ? C'est ce que nous demandons.

La loi peut être la chance de créer un mode d'exercice différent. Pour l'instant le point majeur est que la gouvernance de l'exercice médical et en particulier le pilotage par les agences régionales de santé n'apportent pas des réponses aux besoins dans les territoires. Il ne s'agit pas d'une loi de démocratie sanitaire.

Conjointement à ce point majeur il y a deux éléments importants :

Il n'est pas possible de laisser décider du contenu des métiers médicaux. La question des vaccinations par les sages-femmes ou les pharmaciens est en cela symbolique : la mesure proposée dans la loi a été définie sans vision d'ensemble, sans concertation et, en ôtant au médecin traitant une part de ses responsabilités, elle va à l'encontre des intérêts des patients. Il n'est pas non plus possible de laisser imposer aux médecins de nouvelles contraintes comme celles contenues dans la politique territoriale telles qu'elles sont décrites par le projet de loi. Il faut repenser la loi pour qu'elle soit exploitable.

Ce sont les besoins qui justifient l'évolution du système de santé. La loi devrait fortement garantir le constat du présent pour permettre de construire le futur.

Il faut convaincre la profession et les usagers que le gouvernement n'a pas que des objectifs comptables mais bien la volonté de constituer un système pluriel d'accès aux soins dans le respect de tous les acteurs.

C'est l'objectif que nous avons ressenti au moment de la présentation de la stratégie nationale de santé, et c'est ce que nous ne retrouvons pas dans le projet de loi composé d'éléments disparates et inégaux.

**Nous reviendrons sur d'autres points du projet de loi mais nous voudrions maintenant vous questionner sur le partage des données de santé du dossier médical à l'open data**

La question est particulièrement complexe et il faut éviter les amalgames. L'échange et le partage des informations pertinentes sont indispensables dans une équipe de soins constituée autour du patient, à la condition que celui-ci ne s'y soit pas opposé pour protéger des éléments de sa vie privée. Le secret médical doit évidemment être respecté, mais le médecin n'est pas propriétaire des secrets de la personne, il n'en est qu'un dépositaire, comme les autres membres de l'équipe de prise en charge du patient. Le dossier médical, quant à lui, ne peut être partagé entre les professionnels de santé qu'après avoir obtenu le consentement formel de la personne. Il peut être un instrument de bonne coordination des soins. Le projet de loi

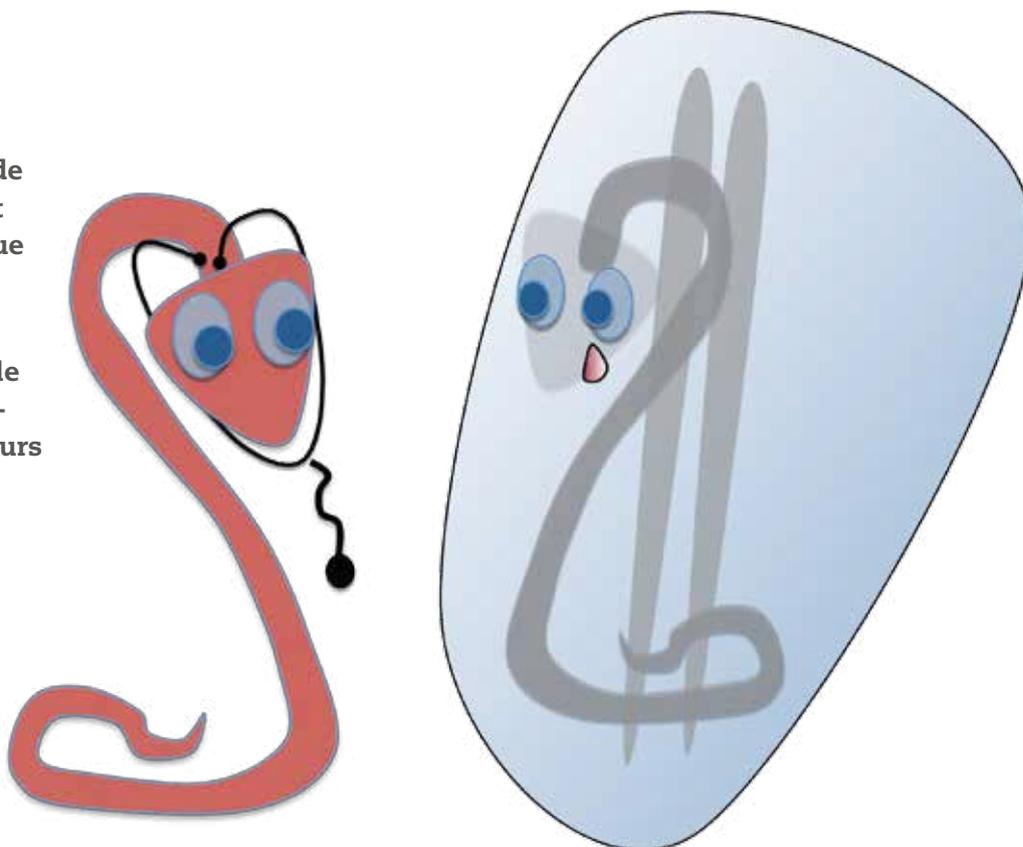


en confierait le déploiement à la CNAM-TS. Il ne peut s'agir que du déploiement de l'outil et toutes les garanties doivent être obtenues sur le fait que l'assureur n'aura pas accès aux données contenues dans ce dossier, ni d'ailleurs quiconque qui n'aura pas été habilité par le patient lui-même. Les accès à ce dossier doivent donc être protégés et le système informatique doit en conserver les traces.

**“ Il faut cesser d'opposer la médecine hospitalière publique et le secteur libéral. Ils concourent tous deux au même enjeu et représentent une richesse humaine, économique et sociale au bénéfice de la société ”**

**Il s'agit de redonner de l'espoir à la société et aux médecins quel que soit leur exercice.**

**La reconnaissance de l'identité et du sens de la profession leur permettra de croire en leurs métiers**



*Chaque génération, sans doute, se croit vouée à refaire le monde. La mienne sait pourtant qu'elle ne le refera pas. Mais sa tâche est peut-être plus grande. Elle consiste à empêcher que le monde se défasse.*

Albert Camus, 10 décembre 1957, Stockholm, discours de réception du prix Nobel de littérature

L'open data, enfin, c'est encore autre chose. C'est l'ouverture des données déjà contenues dans les bases publiques. C'est une exigence de démocratie sanitaire. Tous les acteurs dans le système de santé doivent pouvoir traiter ces données pour les analyser. Cette ouverture impose alors que les données ouvertes soient rendues anonymes afin de ne pas permettre l'identification des personnes. Sur ce dernier point, la phase de concertation n'a pas été suffisamment prise en compte et le texte du projet de loi n'est pas à la hauteur des enjeux. Les questions sont importantes. Existe-t-il une propriété intellectuelle de la démarche diagnostique et thérapeutique du médecin ? Peut-on partager des données médicales avec des acteurs non médicaux qui ne les ont pas produites ? Quelle sera la validité de données partagées à grande échelle alors qu'elles seront d'origines multiples et possiblement polluées ?

### **La démographie médicale est une question importante pour la satisfaction des besoins médicaux et sanitaires de la population. Quelle est la position de l'Ordre sur le numerus clausus placé à l'entrée des études médicales ?**

Le conseil national de l'Ordre des médecins a beaucoup travaillé sur la démographie médicale. Le numerus clausus n'apporte pas la régulation recherchée du nombre de médecins nécessaires à la réponse aux besoins.

Il existe une possibilité de contournement du numerus clausus par réentrée d'étudiants ayant effectué les deux premiers cycles dans des pays de la Communauté Européenne au moment de l'examen classant national pour terminer leur formation en France et y exercer ensuite.

D'autre part, il existe un taux de fuite de médecins diplômés mais n'exerçant pas. Cette réalité probablement liée à un défaut ressenti d'attractivité de l'exercice est en progression. La typologie et l'activité de ces médecins n'est pas connue et l'Ordre s'y intéresse.

Le numerus clausus n'est donc pas une réponse prédictive au besoin et on constate que 25 % des nouveaux inscrits ont un diplôme non français.

### **Nous revenons donc à l'avenir du système :**

Ceci permet de revenir sur la question de faire une vraie politique de santé sur le territoire tenant compte des besoins de la population mais également de la souffrance de la profession pour ce qui concerne son exercice mais aussi son identité et ses contraintes particulières.

Il s'agit de redonner de l'espoir à la société et aux médecins quel que soit leur exercice. La reconnaissance de l'identité et du sens de la profession leur permettra de croire en leurs métiers. Le conseil national de l'Ordre a confiance dans les jeunes pour porter ce challenge.

### **Et à la loi ?**

La ministre a choisi de faire une grande loi dont les contours sont larges de l'éducation à la prévention, du sanitaire au médico-social, du parcours de santé du patient pour ce qui concerne les acteurs mais également le financement.

Si les questions sont réelles et prises en compte dans la réflexion portée par la stratégie nationale de santé, le conseil national de l'Ordre des médecins se demande si au lieu de contours très larges de la loi il n'aurait pas été préférable de scinder la démarche législative en plusieurs tronçons. La crise économique actuelle est patente et faire évoluer l'ensemble du système de santé réclame des moyens importants.

Nous ne pensons pas qu'un saupoudrage de moyens d'un confins à l'autre du système lui permette d'évoluer favorablement et durablement. Nous soutenons qu'il faut porter les efforts sur certains secteurs en fonction des moyens de notre pays tout en conservant le sens d'une réforme dans le temps qui peut être contenue dans la stratégie nationale de santé.

C'est la responsabilité d'un gouvernement de faire ces choix et de tenir le cap. Le conseil national de l'Ordre des médecins sera là pour garantir la cohésion de la profession.

### **Un dernier message ?**

Le conseil national de l'Ordre a confiance dans les jeunes. Les 270 000 médecins inscrits seront présents pour répondre aux besoins de la population. Mais si la reconnaissance de l'identité de leur exercice n'est pas respectée les médecins pourraient s'arrêter avec pour conséquence l'arrêt du système.

**“ Si la reconnaissance de l'identité de leur exercice n'est pas respectée les médecins pourraient s'arrêter avec pour conséquence l'arrêt du système ”**



# TRIBUNE

# LES CCA



Dr Julien Lenglet  
Hématologue,  
hôpital Necker,  
Paris, Président de  
l'ISNCCA, syndicat  
national des chefs  
de clinique

**A l'heure où certains de nos aînés - parfois éminents - quittent l'hôpital public pour rejoindre le secteur privé, dans un contexte démographique défavorable pour plusieurs années, l'attractivité de la carrière hospitalière publique est indéniablement un enjeu majeur pour l'avenir des établissements, pour la prise en charge des malades et pour l'offre de soin offerte à la société.**



Je voudrais commencer par un point fondamental à mes yeux : attractivité ne rime pas uniquement avec revalorisation des émoluments. Il faut d'abord que l'exercice hospitalier suscite de l'envie pour qu'il puisse être considéré comme une option. Et il en suscite forcément : il permet une carrière au sein d'un environnement pro-

## **attractivité ne rime pas uniquement avec revalorisation des émoluments**

fessionnel riche et souvent à la pointe des techniques, au contact de patients venant de tous les milieux. Il peut donner la possibilité de poursuivre une activité d'enseignement et de recherche, très nettement valorisées par nos collègues. L'hôpital est vu comme le lieu où s'opère le véritable travail en équipe, consubstantiel de l'exercice d'une médecine de qualité. Le statut de PH offre des avantages sociaux sans commune mesure avec ceux dont bénéficient nos confrères libéraux, à l'heure où la médecine s'est fortement féminisée et où notre génération aspire à un plus juste équilibre entre vie professionnelle et vie familiale.

Toutefois nos collègues sont de plus en plus critiques face à un environnement professionnel dégradé. Une demande récurrente est celle de la restauration d'un temps médical sacralisé, de plus en plus empiété par le poids croissant des tâches administratives. Les jeunes médecins sont aux premières loges de ces tâches ingrates, car elles leur sont souvent pour large partie dévolues. L'hospitalisation privée l'a bien compris, et la mise à disposition de supports efficaces à la pratique médicale correspond à un des arguments majeurs de recrutement.

L'autre question régulièrement soulevée est celle du management hospitalier et de l'évolution des carrières. Pour beaucoup d'entre nous, une vie professionnelle réussie est forcément diversifiée en termes de lieux d'exercices, de fonctions occupées voire même de métiers exercés. Il n'est plus concevable d'occuper pendant des dizaines d'années le même poste, au sein du même service. Les jeunes médecins ont la bougeotte, veulent acquérir une expérience clinique ou de recherche internationale, auront sans doute envie de goûter au secteur libéral à un moment donné de leur vie, voudront à n'en pas douter occuper des fonctions de recherche clinique, de management de service, de représentation de leurs collègues... Le champ des possibles offerts par l'hôpital public est immense, et pourtant absolument pas valorisé.

Les évolutions de carrière sont intimement liées à la qualité du management offert aux jeunes médecins. Nous sommes de plus en plus nombreux à nous interroger sur la pertinence de l'hégémonie hospitalo-universitaire au sein des fonctions de direction médicale. Il conviendra, à terme, de s'interroger sur la capacité que peut avoir un être humain normalement constitué à cumuler de

## **il conviendra de s'interroger sur la capacité que peut avoir un être humain normalement constitué à cumuler de façon qualitativement en quantitativement correcte quatre métiers différents**

façon qualitativement en quantitativement correcte quatre métiers différents : l'enseignement, la recherche, le soin, le management hospitalier. Cette exception française propre aux CHU a sans doute vécu. Concernant l'ensemble des établissements, la direction bicéphale médico-administrative, largement revue au profit des administratifs depuis la loi HPST, pose également question. Les objectifs des deux parties apparaissent souvent divergents, l'ensemble inefficace, et la légitimité d'un directeur pour prendre des décisions impactant si directement le soin, alors même qu'il n'a jamais pris en charge un malade, de plus en plus contestée. Dans cette optique, d'aucuns regardent jalousement la gouvernance équilibrée et efficace de certains ESPIC et, au-delà de nos frontières, la capacité que peuvent avoir ailleurs les médecins et les directeurs à travailler en bonne intelligence.

Travailler en bonne intelligence, c'est aussi être capable de s'entendre sur la répartition des moyens, qui font cruellement défaut à l'hôpital actuellement. Les économies de bout de chandelle, les locaux parfois délabrés, la démotivation ambiante d'un nombre croissant de personnels soignants, médecins ou pas, l'absence chronique de supports à l'exercice médical (secrétariat de qualité et sur place, possibilité d'avoir un bureau, de dormir dans une chambre digne lors d'une garde, la possibilité d'être médecin et d'avoir une place en crèche, ect.) sont la pire des contre-publicités que l'hôpital public présente à ses jeunes médecins. Il est directement ressenti comme étant le reflet du peu de considération que les établissements leur offrent. Il est à mettre en rapport avec le soin tout particulier accordé par les établissements privés à ces différents points. La capitalisation sur le malaise ressenti par les professionnels à l'hôpital est bien entendu un argument majeur de recrutement.



## attirer les jeunes dans un contexte où la demande est nettement supérieure à l'offre nécessitera obligatoirement des incitations financières

Il faudra aussi faire preuve de pragmatisme : attirer les jeunes dans un contexte où la demande est nettement supérieure à l'offre nécessitera obligatoirement des incitations financières. Certaines spécialités sont particulièrement visées, il n'est pas nécessaire de les énumérer. La différence de revenus entre les libéraux et les hospitaliers atteint parfois des niveaux

abyssaux, à charge de travail souvent équivalente. Les quelques dispositifs incitatifs prévus par la loi HPST apparaissent bien faibles au regard des besoins et de la réalité du terrain. Pire, le début de carrière est statutairement vexatoire pour les jeunes, avec une première année sans primes, un statut probatoire après plusieurs années d'ancienneté... Tout est fait, en la matière, pour donner envie d'aller ailleurs. Le chantier de la rémunération est immense mais vital. Il devrait aussi prendre en compte les missions réelles des PH, qui vont de l'encadrement à l'enseignement, de la recherche à la représentation, des fonctions transversales au sein des établissements aux charges administratives diverses et variées. La nécessaire diversification des carrières doit passer par la diversification des rémunérations.

L'hôpital public a donc des atouts majeurs mais aussi des axes de développement aussi nombreux que difficiles à financer dans un contexte économique morose. Il faudra pourtant mettre des moyens sur la table : il n'est pas souhaitable que certains établissements n'arrivent plus à attirer que des médecins à diplômes non européens. La mise en place de projets hospitaliers cohérents, intégrés dans une logique territoriale moins dépendante des souhaits des collectivités locales et plus en accord avec les réels besoins de santé, associée à une forte coopération ville-hôpital permettra à n'en pas douter de réaliser de précieux gains d'efficacité pour construire un hôpital plus fort, se donnant les moyens de ses ambitions.

# Rejoignez la communauté des Praticiens Hospitaliers



Sur  
**Reseauprosante.fr**

Pour tous renseignements, 01 53 09 90 05 - [contact@reseuprosante.fr](mailto:contact@reseuprosante.fr)

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



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

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

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



## GRATUITEMENT, Culture et Formation vous aide à trouver votre secrétaire !

Depuis plus de 30 ans l'école, **Culture et Formation**, est spécialisée dans la formation de secrétaire médicale.

Quelle que soit la nature du poste que vous avez à pourvoir (temps complet ou partiel, CDI ou CDD, stage), et quelle que soit votre région, Culture et Formation saura vous présenter des candidates bien formées et motivées.

N'hésitez pas à contacter Mme CANLERS ou à consulter le site Internet : [www.culture-formation.fr](http://www.culture-formation.fr), un « espace pro » vous y attend !



### Culture et Formation

Centre Privé d'Enseignement à Distance soumis au contrôle pédagogique de l'Etat.

97, boulevard Saly - 59315 Valenciennes Cedex 9 - Fax : 03 27 30 95 96

Siège Social : 1 Place Paul Verlaine - 92100 Boulogne-Billancourt

Tél. : 03 27 32 21 48

FRANCE

ILE-DE-FRANCE



[www.institutlejeune.org](http://www.institutlejeune.org)

L'Institut Jérôme Lejeune **recherche psychiatre** à mi-temps pour développer ses activités de consultation, de recherche clinique et de formation.

L'Institut suit en consultation plus de 7 000 enfants, adultes et personnes âgées atteints de déficience intellectuelle d'origine génétique (80% des patients sont porteurs de trisomie 21).

Son équipe se compose de médecins (pédiatres, neuropédiatres, neurologue, généticiens, généraliste, gériatre, orthopédiste et un psychiatre à temps très partiel), de neuropsychologues, psychologue, orthophoniste, infirmières, assistante sociale et d'un laboratoire de recherche (ingénieur et technicien).

Il s'agit de consultations de bilan diagnostique et de surveillance périodique, semestrielles ou annuelles. Le rôle du psychiatre est de préciser la nature des troubles du comportement ou de l'humeur, d'instaurer un traitement médicamenteux si nécessaire et d'orienter le patient vers les structures de prise en charge adaptées. Il pourra être associé à des programmes de recherche clinique.

Contrat en CDI sous Convention Fehap 51.

Lieu de travail : Paris XV ; poste à pourvoir rapidement.

Envoyer CV et lettre de motivation par mail à [cwconseil@free.fr](mailto:cwconseil@free.fr)



Situé à proximité de Paris (RER C - A 10)

Le Centre Hospitalier Sud Essonne Dourdan-Etampes recrute pour son site de Dourdan

**1 Praticien Hospitalier Pédiatre temps plein**

Membre de l'équipe médicale de pédiatrie, vous concourez à la prise en charge des enfants (maternité de niveau 1 - service des urgences).

De spécialité pédiatre ou médecine générale avec une expérience en pédiatrie.

Merci d'envoyer votre CV

Contact :

Centre Hospitalier Sud Essonne - 26 avenue Charles de Gaulle - 91150 ETAMPES  
[direction@ch-sudessonne.fr](mailto:direction@ch-sudessonne.fr)

Groupement de cliniques et EHPAD privés, Ile-de-France



Nous recherchons, en exercice libéral, pour nos établissements du 91 et 94 :

**CHIRURGIEN ORTHOPÉDIQUE      CHIRURGIEN GÉNÉRAL**  
**GASTRO-ENTÉROLOGUE**



Découvrez-nous aussi sur [www.sante-retraite.org](http://www.sante-retraite.org)

Pour tout renseignement, contacter le service Recrutement :  
[rh@sante-retraite.org](mailto:rh@sante-retraite.org) - 01 40 46 42 29



Le groupe hospitalier Carnelle Portes de l'Oise, résultat de la fusion entre le CH de Carnelle et celui des Portes de l'Oise, et partie prenante de la communauté hospitalière de territoire avec le CH de Pontoise recherche :

## UN RADIOLOGUE

Pour son site situé à Beaumont-sur-Oise qui dispose d'un IRM, scanner et échographie et d'une équipe de 5 radiologues motivés.

- **Contact : Mme TOLLA - Chef de pôle - Tél. : 01 30 35 51 23**  
**Dr Uzan - Responsable d'unité - Tél. : 01 39 37 15 20**

## UN MEDECIN GENERALISTE POUR EXERCER COMME SUIT

Mi-temps dans son centre psychothérapeutique des Oliviers (service de psychiatrie adulte (60 lits), et hôpital de jour (20 places).

Mi-temps pour la maison d'accueil spécialisé des Oliviers.

- **Contact : Dr Balas - Chef de pôle santé mentale - Tél. secrétariat : 01 30 28 36 09/36 69/36 55**  
**Centre psychothérapeutique des Oliviers - Route de Noisy - 95160 Beaumont-sur-Oise**

**Envoyer CV et lettre de motivation à :**

**Mme Tantin - Directrice de la stratégie médicale - [dsmag@chi-desportesdeloise.fr](mailto:dsmag@chi-desportesdeloise.fr)**

## Le CH de Melun recrute : Médecin généraliste ou psychiatre de l'unité sanitaire du Centre Pénitentiaire Sud Francilien (CPSF) et du Centre de Détention de Melun

### Pôle de rattachement :

Le Pôle de Médecine. Le médecin généraliste est sous la responsabilité hiérarchique du chef de pôle médecine, et sous la responsabilité fonctionnelle du médecin coordinateur de l'Unité Sanitaire.

### Missions générales :

Le médecin généraliste a connaissance dispositif des soins somatiques et de l'articulation dispositif des Soins psychiatriques.

Le médecin généraliste assure les missions sanitaires en lien avec le Dispositif Des Soins Somatiques :

- Soins en milieu pénitentiaire : consultations arrivants, consultations de suivi, consultations de sortie et urgences médicales
- Il participe aux actions de prévention et d'éducation pour la santé (campagne de vaccination, de dépistage etc.).

### Compétences requises :

- Formation et/ou expérience de travail en médecine générale, en particulier en milieu pénitentiaire.
- Capacité à travailler en équipe.

### Merci d'adresser vos candidatures :

**Samia LEMTAI - Attachée d'administration hospitalière - Responsable du bureau des affaires médicales - Tél. : 01 64 71 68 85 - Mail : [samia.lemtai@ch-melun.fr](mailto:samia.lemtai@ch-melun.fr)**  
**Docteur Bernadette LAVERDURE et Docteur Pascale RACLE - Médecin coordonnateur UCSA - Tél. (direct) : 01 64 79 64 55**  
**Courriel : [bernadette.laverdure@ch-melun.fr](mailto:bernadette.laverdure@ch-melun.fr) - [pascale.racle@ch-melun.fr](mailto:pascale.racle@ch-melun.fr)**



## Dans le cadre de la mise en œuvre de son projet médical, le Centre Hospitalier d'Arpajon (Essonne)

420 lits et places, 30 km sud de Paris, RER C, recherche :

Contact :

Mme BOLGAR

Affaires Médicales

Tél. : 01 64 92 90 12

Mail : [abolgar@ch-arpajon.fr](mailto:abolgar@ch-arpajon.fr)

**Un PH temps plein, ou praticien contractuel, ou assistant, en pédiatrie**

**Un PH temps plein, ou praticien contractuel, ou assistant, aux urgences**



Le centre hospitalier Sud Francilien, situé aux portes de Paris, à proximité de l'A6 et de la francilienne, est un établissement public de plus de 1000 lits pluridisciplinaire, pourvu d'un plateau technique complet : bloc lourd et bloc ambulatoire dédié, 2 autorisations d'IRM dont un appareil 3T, 2 scanners, 1 TEP scan, 2 gamma caméras, ...



## Recrute Un médecin DIM expérimenté

### Pour tout renseignement, contacter :

- Mme DRAGNE-EBRARDT - Directrice des Finances au 01 61 69 78 24
- Dr ABDELLI - Médecin DIM au 01 61 69 71 09

### Et adresser votre candidature (CV et lettre de motivation) :

- Par courrier : Centre hospitalier Sud Francilien - Direction des Finances  
116 boulevard Jean Jaurès - 91106 CORBEIL - ESSONNE CEDEX
- Ou par mail : [direction.finances@ch-sud-francilien.fr](mailto:direction.finances@ch-sud-francilien.fr)

Le Pôle Santé  
Leonard de Vinci (Indre-et-Loire)  
Recrute



## UN NOUVEL ASSOCIE compétent en médecine d'urgence Statut libéral - Disponible de suite

Rejoignez notre association de médecins urgentistes libéraux.  
Exercice au sein d'une importante clinique tourangelle recherche un nouvel associé compétence médecine d'urgence.

Pour vos candidatures :  
Contacter  
le Dr GUILLAUD-VALLEE  
au 06 08 78 43 29

Pôle Santé  
SARTHE ET LOIR

## LE POLE SANTE SARTHE ET LOIR RECRUTE

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



### UN MEDECIN RADIOLOGUE PRATICIEN HOSPITALIER OU CLINICIEN HOSPITALIER TEMPS PLEIN

- Le plateau technique est composé de 2 échographies, 1 scanner, 1 IRM, 1 mammographie capteur plan, 2 salles télécommandées capteur plan.
- Activité d'imagerie diagnostique pratiquée sur site.
- Dépistage de masse organisée du cancer du sein.
- Le praticien doit être inscrit au conseil de l'ordre.

### UN MEDECIN GERIATRE OU GENERALISTE TEMPS PLEIN (fonction de coordonnateur EHPAD)

- Médecin prescripteur et coordonnateur du site de Sable sur Sarthe (275 lits).
- Suivi médical des résidents assuré exclusivement par les médecins salariés de l'établissement.
- Le médecin coordonnateur doit être titulaire d'un DU de médecin coordonnateur ou d'une capacité en gériatrie.
- Il doit être inscrit au conseil de l'ordre des médecins.

### CONTACTS :

- Direction des ressources humaines et des affaires médicales  
Madame Annie-Laure DESPREZ - Pôle Santé Sarthe et Loir  
BP 10129 LE BAILLEUL - 72205 LA FLECHE cedex  
Tél : 02 44 71 30 41 - Mail : [stouchard@pole-pssl.fr](mailto:stouchard@pole-pssl.fr)
- Docteur Philippe BOURREE - Radiologue - Chef du pôle médecine/médo-technique  
Tél : 02 44 71 32 22 - Mail : [pbourree@pole-pssl.fr](mailto:pbourree@pole-pssl.fr)
- Docteur Brigitte DUBOIS - Gériatre - Chef du pôle gériatrie/handicap  
Tél : 02 44 71 31 50 - Mail : [bdubois@pole-pssl.fr](mailto:bdubois@pole-pssl.fr)



Le Centre Hospitalier de Flers est situé au cœur d'un bassin de population de plus de 50 000 habitants. A 50 km de Caen et 70 des premières plages de Normandie, Flers offre un cadre de vie agréable dans un bassin d'emploi dynamique (3ème de Basse Normandie). Desservi par une ligne SNCF (2h15 de Paris), la ville bénéficie de nombreuses activités culturelles et sportives.

- **1 poste de gastro-entérologue**  
avec compétences et diplôme en cancérologie
- **1 poste de pneumologue**
- **1 poste de radiologue**
- **1 poste de cardiologue**
- **1 poste d'anesthésiste/réanimateur**
- **1 poste de chirurgien orthopédiste**
- **1 poste de P. H DIM** au service d'Information Médicale

**Ces postes sont  
immédiatement disponibles**



Les personnes à contacter :

Claude WETTA - Directeur - [claudewetta@ch-flers.fr](mailto:claudewetta@ch-flers.fr)

Yves LOGNONÉ - Président de C.M.E. - [yves.lognone@ch-flers.fr](mailto:yves.lognone@ch-flers.fr)

Site : <http://www.ch-flers.fr>

## Le Centre Hospitalier d'Oloron recherche pour son service de réanimation : **2 médecins anesthésistes réanimateurs** **Praticien hospitalier temps plein**

Dans un service proposant des activités variées, fortement impliqués dans la démarche d'amélioration continue de la qualité, vous serez intégré dans une équipe dynamique en constante recherche d'une bonification de la prise en charge globale des usagers.

Le centre hospitalier d'Oloron comprend 319 lits répartis sur 3 sites, desservant une agglomération de 11 000 habitants dans un bassin de 25 000 habitants.

Service de réanimation de 6 lits plus USC 2 lits.

Ville à caractère historique au pied des pyrénées, situé à 30 km de PAU, 1 heure de l'aéroport PAU-Pyrénées, 1h30 de la côte atlantique, gare SNCF.

Ville dynamique, disposant de tous les commerces, de nombreuses associations sportives et culturelles, d'établissements scolaires (lycées).

**Poste à pouvoir immédiatement.**

Contact : Corine Solana - DRH - Tél. : 05 59 88 30 03 - [corinne.solana@ch-oloron.fr](mailto:corinne.solana@ch-oloron.fr)  
<http://www.centrehospitalier-oloron.fr/>





© Hélicoptère SAU



**CENTRE HOSPITALIER  
CHALON SUR SAÔNE  
William Morey**

**Le Centre Hospitalier Chalon sur Saône William Morey (Saône-et-Loire)**  
Situé sur l'autoroute A6 entre Lyon et Dijon, à 1h30 de Paris en TGV. Nouvel établissement en pleine expansion composé de 9 pôles chirurgicaux et médico-techniques, qui permet une prise en charge globale et optimisée des patients grâce notamment à un plateau technique complet et de pointe.

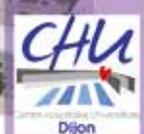
**RECRUTE**

› **URGENTISTE**  
Le SAU et le SAMU - SMUR font partie du même service avec une activité partagée, le SAU accueille 39 000 patients par an, le SMUR effectue 2 950 sorties par an, l'HéliSmur effectue pour sa première année de fonctionnement 557 sorties, le SAMU gère 135 000 dossiers de régulation médicale par an, avec 2 médecins en poste toutes les nuits (1 libéral et 1 hospitalier).

› **GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN**  
Maternité de niveau 2B : 1 950 accouchements/an, activité de chirurgie gynécologique 1 100 interventions/an, autorisation d'activité de chirurgie cancérologie (sein et pelvis).

› **OPHTALMOLOGUE**  
Pour développer les spécialités chirurgicales dans l'établissement.

*Pour tout renseignement, contacter : Direction des Affaires Médicales - 03 85 91 01 54 - [ginette.gilliers@ch-chalon71.fr](mailto:ginette.gilliers@ch-chalon71.fr)  
Envoyer candidature et CV à M. le Directeur du Centre Hospitalier - 4, rue Capitaine Drillien - CS 80120 - 71321 Chalon-sur-Saône Cedex  
Tél. : 03 85 44 66 88 - Fax : 03 85 44 66 99 - [www.ch-chalon71.fr](http://www.ch-chalon71.fr)*

Etablissement de santé de recours en Bourgogne, le CHU de Dijon est organisé en pôles d'activité dont le pôle « Pédiatrie », pôle auquel est rattaché le Centre de Ressources Autismes de Bourgogne (CRAB) ainsi que le Service de Pédopsychiatrie.

**Le CHU de Dijon recrute un médecin pédopsychiatre**  
à temps complet, coordinateur du CRAB à 50% et pour l'hôpital de jour de pédopsychiatrie à hauteur de 50%.  
(DESC en pédopsychiatrie apprécié. Expérience dans le champ de l'autisme ou des TED souhaitée).

**Missions :**  
**Au CRAB, trois ordres de missions :**  
Animation du réseau dans les quatre départements de la Bourgogne (Côte d'Or, Yonne, Nièvre, Saône-et-Loire).  
Evaluations diagnostiques et fonctionnelles.  
Formation des professionnels de la région, mission de recherche (2 recherches en cours).

**A l'Hôpital de jour :**  
Evaluation et prise en charge pédopsychiatrique d'enfants en hôpital de jour jusqu'à 12 ans inclus.  
Consultations externes.  
Travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire.  
Participation à la formation des étudiants hospitaliers et des internes en psychiatrie.  
Participation à la formation des soignants de l'Hôpital de jour.  
Participation à l'astreinte de sécurité (psychiatrie de l'enfant et psychiatrie adulte).  
Ce praticien exercera son activité en lien avec l'ensemble des acteurs du champ de l'autisme et du médecin responsable de l'unité fonctionnelle de l'Hôpital de jour.

**Personne à contacter :**  
**Dr Jean-Michel PINOIT - Chef de Service de Pédopsychiatrie**  
[jean-michel.pinoit@chu-dijon.fr](mailto:jean-michel.pinoit@chu-dijon.fr) - Secrétariat : 03 80 29 34 60  
Alissia CIARROCHI - Responsable des Affaires Médicales  
Tél. : 03 80 28 13 73 - Mail : [alissia.ciarrochi@chu-dijon.fr](mailto:alissia.ciarrochi@chu-dijon.fr)  
CHU de Dijon - 1 Bd Jeanne d'Arc - B.P. 77 908 - 21079 DIJON Cedex

## L'UGECAM ALSACE RECRUTE UN MEDECIN COORDONNATEUR (H/F) à temps plein

CDI à pourvoir en octobre 2015 à Strasbourg - Illkirch (67)



Membre du comité de direction de l'UGECAM Alsace, vous occupez une fonction à fortes compétences et responsabilités. Vous pilotez le projet médical régional et contribuez à la mise en place de partenariats, de coopérations et de filières de soins sur les territoires de santé de la région Alsace. Vous animez le réseau médical de l'UGECAM Alsace (70 médecins) et assurez le déploiement des politiques régionales. Vous participez au recrutement des nouveaux médecins et assurez des activités d'expertise médicale en phase amiable et contentieuse.

### Profil :

Inscrit à l'Ordre des médecins, le (la) candidat(e) devra être titulaire du diplôme de docteur en médecine.

Une expérience managériale significative dans un établissement de soins de suite et de réadaptation et/ou au sein d'une équipe de direction est indispensable.

**Le groupe UGECAM Alsace :** L'UGECAM Alsace, organisme d'assurance maladie à but non lucratif est le premier opérateur régional de l'offre de soins de suite et de réadaptation en hospitalisation complète et hospitalisation de jour.

- 11 structures sanitaires et médico-sociales dans le Bas-Rhin et le Haut-Rhin.
- 1 240 lits et places de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle.
- Une offre de soins spécialisée et diversifiée dans le champ des handicaps.

Pour plus d'infos : [www.ugecam-alsace.fr](http://www.ugecam-alsace.fr) - Rubrique nous rejoindre

### Contact :

**Docteur André IMBS - Médecin coordonnateur**  
03 90 40 62 42 - [andre.imbs@ugecam-alsace.fr](mailto:andre.imbs@ugecam-alsace.fr)



**CENTRE  
HOSPITALIER  
T R O Y E S**

## LE CENTRE HOSPITALIER DE TROYES (AUBE)

1H30 de Paris, 628 lits MCO, premier établissement du territoire de santé Sud-Champagne, recherche

### un médecin généraliste à temps plein

pour renforcer l'équipe du service d'oncologie-radiothérapie :

- Dans un bâtiment neuf ouvert en 2014, 17 lits d'hospitalisation traditionnelle dont 4 lits de chimiothérapie et 10 places d'HDJ
- Plateau technique de radiothérapie.
- Un secteur de consultations.

- † Prise en charge globale du patient dans le secteur d'hospitalisation.
- † Développement des soins de supports.
- † Travail en collaboration avec les secteurs d'HDJ et de radiothérapie.
- † Activité de consultations.
- † Participation à la permanence des soins du service et aux réunions de concertation pluridisciplinaire (gynécologie, digestif, hématologie, ORL, pneumologie, urologie, « stratégie thérapeutique et soins de supports »).
- † Compétences en oncogériatrie appréciées.
- † Plateau technique de qualité.

[www.ch-troyes.fr](http://www.ch-troyes.fr)

#### Renseignements :

Docteur Claudine BEAUMONT  
Responsable du service d'oncologie-radiothérapie  
[claudine.beaumont@ch-troyes.fr](mailto:claudine.beaumont@ch-troyes.fr) - Tél. : 03 25 49 48 87

#### Renseignements administratifs :

Madame Julia Le GOUGUEC  
Directeur des ressources humaines et des affaires médicales  
[julia.legouguec@ch-troyes.fr](mailto:julia.legouguec@ch-troyes.fr)



**CENTRE  
HOSPITALIER  
T R O Y E S**

## LE CENTRE HOSPITALIER DE TROYES (AUBE)

1H30 de Paris, 628 lits MCO, premier établissement du territoire de santé Sud-Champagne, recherche

### UN ONCOLOGUE MÉDICAL À TEMPS PLEIN

pour le service d'oncologie-radiothérapie :

- Dans un bâtiment neuf ouvert en 2014, 17 lits d'hospitalisation traditionnelle dont 4 lits de chimiothérapie et 10 places d'HDJ.
- Plateau technique de radiothérapie.
- Un secteur de consultations.

- Prise en charge globale du patient dans le secteur d'hospitalisation, chimiothérapies, consultations, ...
- Travail en collaboration avec le secteur de radiothérapie.
- Participation à la permanence des soins du service et aux réunions de concertation pluridisciplinaire (gynécologie, digestif, hématologie, ORL, pneumologie, urologie, « stratégie thérapeutique et soins de supports »).
- Plateau technique de qualité.

[www.ch-troyes.fr](http://www.ch-troyes.fr)

#### Renseignements :

Docteur Claudine BEAUMONT - Responsable du service d'oncologie-radiothérapie - [claudine.beaumont@ch-troyes.fr](mailto:claudine.beaumont@ch-troyes.fr) - Tél. : 03 25 49 48 87

#### Renseignements administratifs :

Madame Julia Le GOUGUEC - Directeur des ressources humaines et des affaires médicales - [julia.legouguec@ch-troyes.fr](mailto:julia.legouguec@ch-troyes.fr)



## L'Établissement Public de Santé Mentale de l'Aube

### cherche plusieurs psychiatres et pédopsychiatres

Le pôle de psychiatrie de l'adulte comprend quatre cliniques d'hospitalisation intersectorielles (courte, moyenne, longue durée, gérontopsychiatrie), un service d'urgences psychiatriques et psychiatrie de liaison au Centre Hospitalier de Troyes, et quatre secteurs, ayant chacun un dispositif ambulatoire complet.

Le pôle de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent est constitué de deux secteurs, avec équipements CMP-CATTP-HJ et de deux unités intersectorielles, dédiées à la prise en charge des bébés et des adolescents.

L'établissement assure aussi une activité de psychiatrie pénitentiaire sur 3 sites :  
Maison d'Arrêt de Troyes, Centre de Détention de Villenauxe-la-Grande, Maison Centrale de Clairvaux.

L'équipe médicale est composée d'une trentaine de praticiens (psychiatres, pédopsychiatres, somaticiens et pharmaciens) et assure également l'accueil d'internes de spécialité (6 à 8 par semestre).



Candidature et renseignements  
auprès de Madame le Docteur  
Angela BENFATTO  
Présidente de la CME de l'EPSMA  
03 25 45 13 10  
[angela.benfatto@ch-brienne.fr](mailto:angela.benfatto@ch-brienne.fr)



# GROUPEMENT HOSPITALIER AUBE-MARNE Hôpital Maurice Camuset à Romilly/Seine (Aube)

Etablissement en plein essor situé à 130 km de Paris (à 1h15 de la gare de l'Est)  
Limitrophe aux départements de la Marne, Yonne et Seine & Marne  
Situé entre Troyes et Provins (40 km)

## Recherche des praticiens temps plein ou temps partiel dans les spécialités :

**ANESTHESIE-REANIMATION**

**GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE** (maternité niveau 1) | **URGENCE** | **GERIATRIE**

**MEDECINE GENERALE** pour soins palliatifs, coordination HAD, coordination EHPAD

Sur des postes fixes pour compléter les équipes et pour assurer l'extension des services

Adresser candidature à :

Madame le Directeur du Groupement Hospitalier Aube-Marne - Rue Paul Vaillant Couturier - BP 159 - 10105 Romilly-sur-Seine Cedex  
Tél. : 03 25 21 96 29 ou 03 25 21 96 44 - Fax : 03 25 21 97 04 - [cpassoni@gham.fr](mailto:cpassoni@gham.fr) ou [mcponcet@gham.fr](mailto:mcponcet@gham.fr)



Le Centre de Rééducation IMC Reims (CRM-IMC)

Recrute pour son service de soins et d'éducation spécialisée à domicile de Reims (SESSAD-IMC)

## MEDECIN MPR OU MEDECIN PEDIATRE H/F

- Contrat à Durée Indéterminée.
- La CCN de travail appliquée : 1966.
- Diplôme exigé.
- Temps partiel (0,25 ETP à 0,40 ETP) dès que possible.
- Salaire indicatif mensuel brut de base (indicatif) : 1493 €.

**Missions :** dans le cadre d'un SESSAD pour enfants et adolescents (0 à 20 ans) porteurs d'un handicap moteur avec ou sans troubles des apprentissages, vous aurez à exercer au sein d'une équipe pluridisciplinaire (14 ETP).

Nombre de places SESSAD : 40.

Travail en coordination avec le centre de rééducation et un autre SESSAD moteur de 20 places sur le sud de l'Aisne.

Merci d'adresser votre candidature (CV + lettre de motivation) à l'attention de la direction

au CRM-IMC - 42 avenue Edmond Michelet - 51100 REIMS - 03 26 36 08 08 ou par mail : [crm51direction@wanadoo.fr](mailto:crm51direction@wanadoo.fr)



## Le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale du Puy-de-Dôme, recrute des médecins de prévention

### Cadre de travail :

Le médecin de prévention est un acteur majeur au sein de l'équipe pluridisciplinaire composée d'infirmiers de prévention, d'un psychologue du travail, d'un ergonomiste, de conseillers en hygiène et sécurité au travail, d'un correspondant handicap. Il a vocation à prévenir toute altération de la santé des agents du fait de leur travail, en assurant à la fois leur surveillance médicale et une action sur le milieu professionnel.

### Missions :

- Assurer le suivi médical des agents des collectivités affiliées au Centre de gestion.
- Rédaction de rapports pour le comité médical ou la commission de réforme.
- Analyse des postes de travail et conseil sur l'adaptation

### Profils demandés :

- Diplôme de docteur en médecine-qualification de médecin du travail souhaitée (CES, DES, internat).
- Titulaire permis B.
- Aptitude au travail en équipe pluridisciplinaire au sein d'une organisation et aisance dans la pratique des outils informatiques (logiciel médecine, mails...).

### Temps de travail :

Temps complet 35h ou à définir selon les disponibilités.

### Rémunération et avantages divers :

Rémunération et régime indemnitaire à définir par référence à la grille indiciaire des médecins territoriaux. Adhésion à un comité du personnel et au CNAS - Véhicule de service.

### Contact :

**Blandine GALLIOT - Responsable du pôle santé au travail**  
Centre de Gestion du Puy-de-Dôme - 7, rue Condorcet - 63 000 Clermont-Ferrand  
04 73 28 59 80 - mission.sante@cdg63.fr

### Centre Hospitalier Verdun - Saint Mihiel

3<sup>ème</sup> établissement public de santé de Lorraine - 1 200 lits et places - 2 000 agents - 140 praticiens.  
Centre 15 du département - A 100 km du Luxembourg et de la Belgique et à 1h de Paris et 1h30 de Strasbourg en TGV.

### RECHERCHE PH, PC OU ASSISTANTS SPÉCIALISTES

#### UN BIOLOGISTE

Laboratoire polyvalent ayant un dépôt de sang (19 MB, 2300 PSL).

**Missions :** biologie conventionnelle, identification des RAI, épreuves de compatibilités et biologie moléculaire (envisagée).

#### UN CARDIOLOGUE

##### Structure du service Hospitalisation :

29 unité de soins intensifs en cardiologie : 6 lits niveau 1, unité de rééducation cardiovasculaire ambulatoire

##### Mission du service :

La cardiologie adulte et pédiatrique, la réadaptation cardiaque, la cardiologie du sport.

#### UN PSYCHIATRE

Secteur de psychiatrie générale du Nord Meusien.

**Missions :** prise en charge des patients en hospitalisation temps plein, du CMP, des centres de détention et psychiatrie de liaison.

#### UN RADIOLOGUE

Plateau technique complet.

**Missions :** radiologie conventionnelle, mammographie, échographie, scanographie et IRM.

Rémunération selon l'expérience et les statuts.  
Participation à la PDS.

#### Candidatures à adresser :

Mme la Directrice des Affaires Médicales  
Mail : affairesmedicales@ch-verdun.fr



[www.chvsm.org](http://www.chvsm.org)



## LE CENTRE HOSPITALIER DE TOUL

Situé à 25 km de Nancy, accessible par autoroute et train

### Dans le cadre de l'ouverture de son nouveau service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) polyvalent Recrute 1 médecin coordonnateur en SSR polyvalent (temps plein ou temps partiel)

Au sein d'une équipe soignante pluridisciplinaire (médecin, cadre de santé, infirmiers, aides soignants, kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, psychologues, etc.).

- Capacité de : 20 lits.
- Effectif médical : 1,2 ETP de praticiens, 1 interne.

*( Ce poste est à pourvoir à compter du 12 février 2015 )*

#### Pour son service d'Imagerie Médicale – Scanner

### Recrute un radiologue sous statut praticien hospitalier, contractuel, assistant ou attaché

Equipe de praticiens hospitaliers et libéraux – Téléradiologie – Le scanner sera changé en 2015.

#### Activité polyvalente et différenciée :

- Examens TDM multibarettes.
- Radiologie numérisée, salle capteur plan.
- Examens échographiques.
- PACS.
- Projet vacation IRM.

#### Contacteur

Monsieur HOMMAN - Président de la Commission Médicale d'Établissement - Tél. : 03 83 62 23 91 - Messagerie : j.homman@ch-toul.fr  
Ou la Direction des Affaires Médicales - Centre Hospitalier de Toul - Monsieur Charles ROESCH  
Tél. : 03 83 62 20 15 - Messagerie : c.roesch@ch-toul.fr

La Ville de Saint-Quentin **recherche un médecin scolaire** dans le but de mettre en œuvre des actions de prévention individuelle et collective et de promotion de santé en faveur des enfants scolarisés dans les écoles publiques de la Ville.



Celui-ci aura pour mission de réaliser des bilans de santé, de mettre en place des protocoles d'accueil individuels visant à l'intégration des enfants porteurs de handicap ou chroniques, participer aux actions de prévention, de dépistage et d'orientation des enfants, de participer à la gestion des situations traumatisantes et des urgences sanitaires, de participer et collaborer aux programmes de santé publique de la DSDEN de l'Aisne.

**Missions spécifiques :**

Participer en lien avec les infirmières, les équipes éducatives, la diététicienne aux parcours d'éducation à la santé mis en place par la Ville. Assurer un appui technique aux infirmières. Évaluer les besoins sanitaires du territoire et élaborer des propositions d'actions aux élus en matière de prévention dans le cadre d'un bilan annuel. Participer à des réunions de travail, d'information ou de formation.

**Qualifications nécessaires pour occuper le poste :** Diplôme d'Etat de docteur en médecine. Permis B obligatoire. Utilisation des outils bureautiques (Excel, Word) à un niveau de pratique courante.

**Compétences acquises ou à acquérir :**

Connaissances des problématiques relatives à l'enfant.  
Connaissance des problématiques de santé publique et des modes de gestion des risques sanitaires.  
Procédure de prévention et de signalement des actions de maltraitance.  
Connaissance du code de déontologie associé à la fonction.  
Connaissance des législations relatives à la protection de l'enfance, au handicap, à la santé publique, à la santé scolaire.  
Capacité à travailler et à développer des partenariats avec le tissu institutionnel et sanitaire local.  
Aptitude à la mise en œuvre de tests cognitifs et d'apprentissage destinés aux enfants.

**Savoir-être :**

Esprit d'initiative et autonomie.  
Sens relationnel aigu.  
Sens de l'écoute et de l'observation.  
Déontologie, éthique.  
Disponibilité.

**Contact :**

**MONSIEUR PETIT - 03 23 06 91 00**  
[olivier.petit@saint-quentin.fr](mailto:olivier.petit@saint-quentin.fr)

## EHPAD Bellefontaine le Peage de Roussillon

181 résidents et 10 places d'accueil de jour.

Travaux de restructuration complète de l'établissement en cours (fin des travaux sept. 2015).  
Création de 5 lits d'hébergement temporaire.

## RECHERCHE 1 MÉDECIN TEMPS PLEIN OU TEMPS PARTIEL

DES gériatrie ou Capacité de gérontologie ou DU de médecin coordonnateur ou en cours.

Ce poste est partagé entre un temps de médecin traitant et un temps de médecin coordonnateur, à pourvoir 2<sup>ème</sup> semestre 2015 ou fin d'année 2015.

MEDECIN COORDONNATEUR : Salaire mensuel brut, grille praticiens hospitaliers temps partiel échelon en fonction de l'ancienneté.

MEDECIN TRAITANT : Paiement à l'acte.

Les Candidatures doivent être adressées à Madame la Directrice

EHPAD BELLEFONTAINE - 4, Rue Bellefontaine - CS 20029 - LE PEAGE DE ROUSSILLON - 38556 ST MAURICE L'EXIL Cedex  
Tél. : 04 74 11 16 16 - Email : [direction@mr-bellefontaine.fr](mailto:direction@mr-bellefontaine.fr)



## LA CLINIQUE DU VIVARAIS

Située à Aubenas (12 000 habitants) au cœur de l'Ardèche du sud, la Clinique du Vivarais bénéficie d'un environnement et d'un climat privilégié. La qualité de vie tout au long de l'année est particulièrement agréable. La Clinique du Vivarais est depuis 66 ans un acteur incontournable du paysage de santé local. Elle rayonne sur un bassin de santé de près de 96 000 personnes.

Établissement pluridisciplinaire, pratiquant uniquement de la chirurgie programmée (60 % ambulatoire) avec 4 salles d'opération, 6 postes en salle de réveil, 1 unité de soins continus, 65 lits et places, 20 praticiens libéraux, 67 salariés.

**Nous recherchons actuellement pour renouveler ou compléter nos équipes :**

- > 1 orthopédiste membre inférieur et chirurgie du sport
- > 1 gynécologue-obstétricien
- > 1 chirurgien ophtalmologiste (pour association en cabinet de ville)
- > 1 anesthésiste-réanimateur

Facilité d'installation. Temps plein ou partiel (possibilité partage avec secteur public). Grand choix d'installation toutes spécialités pour conjoint(e).

**Contacts :**

- Marie-Ange AOMAR - Secrétaire de direction - 04 75 35 70 11
- Docteur Pierre-Marie CHANAREILLE - Président CME - 04 75 35 70 00





Association Hospitalière  
SAINTE-MARIE

## LE CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE DE PRIVAS (ESPIC)

Recrute pour la mise en œuvre de son projet  
d'établissement et pour l'ensemble des secteurs

### UN MEDECIN PSYCHIATRE (H/F) CDI temps plein ou temps partiel

Inscrit au Conseil de L'Ordre des Médecins. Contrat de droit privé CCN 51FEHAP.  
Possibilité de détachement pour un praticien hospitalier.

#### Avantages collectifs :

- Formation professionnelle continue.
- Mutuelle et prévoyance.
- Paiement des six premiers mois de loyers.
- Retraite par capitalisation.
- Frais de déménagement pris en charge.

Versement d'une prime d'installation de 10 000€ bruts, au prorata du temps de travail,  
versés par quart à l'échéance de chaque semestre dans les deux premières années.

Adresser la candidature (CV et lettre de motivation) à :

Monsieur Le Directeur - Centre Hospitalier Sainte Marie - 19 cours du Temple - BP 241 - 07002 PRIVAS CEDEX  
Tél. : 04 75 20 15 15 - Fax : 04 75 64 59 73 - [direction@privas-groupe-sainte-marie.com](mailto:direction@privas-groupe-sainte-marie.com)

Renseignements concernant les fonctions auprès du docteur Lamolerie - Président de CME - Tél. : 04 75 20 14 41



Association Hospitalière  
SAINTE-MARIE

## LE CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE DE RODEZ (AVEYRON)

ESPIC de 950 salariés, spécialisé en psychiatrie

Recherche  
pour la mise en œuvre de son  
projet d'établissement

### DES MÉDECINS PSYCHIATRES (H/F)

CDI Temps plein

Inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins  
Contrat de droit privé CCN 51FEHAP

**Possibilité de détachement pour un praticien hospitalier**

#### Avantages collectifs :

- Formation professionnelle continue
- Retraite par capitalisation
- Mutuelle et prévoyance

Adresser la candidature à :

Monsieur Le Directeur  
Centre Hospitalier Sainte Marie  
CS 23207 OLEMPES - Lieu-dit Cayssiols  
12032 RODEZ CEDEX 9  
[rrh@rodez-groupe-sainte-marie.com](mailto:rrh@rodez-groupe-sainte-marie.com)

**Renseignements Service Ressources Humaines :**

Tél. : 05 65 67 53 03  
Mail : [rrh@rodez-groupe-sainte-marie.com](mailto:rrh@rodez-groupe-sainte-marie.com)



## Centre Hospitalier Ariège Couserans

Au pied des pyrénées ariégeoises, à une heure de Toulouse, proche stations de ski, à 2 heures de la Méditerranée et à 3 heures de l'Atlantique, le CHAC bénéficie d'un cadre de vie exceptionnel.

Le centre hospitalier comprend plus de 1 000 salariés dont plus de 60 médecins, 4 pôles cliniques, des activités diversifiées (MCO, urgences, SSR, SIR, centre de réadaptation neurologique, psychiatrie intra et extra de l'Ariège, EHPAD) et un plateau technique complet avec laboratoire, pharmacie et scanner.

# RECHERCHE

## UN PRATICIEN HOSPITALIER ANESTHÉSISTE

## DEUX PRATICIENS HOSPITALIERS EN GÉRIATRIE

- Unité cognitivo comportementale mise en place début 2014 – 12 lits.
- Unité de court séjour gériatrique 10 lits (en création).
- USLD (en projet).

Equipes dynamiques.

Conditions de travail agréables dans un cadre de vie exceptionnel.

Pyrénées ariégeoises.

300 km de la Côte Atlantique et 200 à peine de la Méditerranée.

Autonomie importantes dans l'exercice des fonctions.

Responsabilités possibles d'unités fonctionnelles.

## DEUX PSYCHIATRES TROIS PEDOPSYCHIATRES

(Toutes les candidatures seront étudiées – Sur poste PH temps plein Titulaire ou PH Contractuel)  
(P.A.E obligatoire pour médecin hors Union Européenne)

### Adresser CV et lettre de motivation à :

**Mr D. GUILLAUME - Directeur des Ressources Humaines Centre Hospitalier Ariège Couserans**

**BP 60111 - 09201 SAINT GIRONS CEDEX**

**Ou par mail : [secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr](mailto:secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr)**



## LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE FRÉJUS/SAINT-RAPHAËL

240, Avenue de St Lambert - BP 83608 - 110 FREJUS Cedex

### RECRUTE UN PRATICIEN TEMPS PLEIN

Pour l'Unité d'Anesthésiologie qui dispose d'un bloc central récent et d'une activité de chirurgie ambulatoire, couvrant les activités de :  
Chirurgie ambulatoire, gynécologie, orthopédie, obstétrique, ophtalmologie, traumatologie, urologie, et viscéral.  
Pédiatrie à partir de 3 ans : 1 650 accouchements, 70% de péridurale.  
Gardes sur place avec temps additionnel - Equipe au complet de 9 praticiens.

Adresser candidature et curriculum vitae à :

Madame le docteur Reynaud - Responsable de l'Unité - Tél. : 04 94 40 20 62 - reynaud-s@chi-frejus-saint-raphael.fr  
Monsieur Croisy - Directeur adjoint DRH/DAM - Tél. : 04 94 40 21 44 - drh@chi-frejus-saint-raphael.fr

Le Centre Hospitalier  
de Calvi-Balagne  
situé en Corse

## Recherche un praticien hospitalier ou contractuel pour 1 poste temps plein en service de médecine polyvalente

Toute candidature est à adresser à :

Mme Catherine LANGLADE - Directrice - 06 10 19 21 61  
ou au Dr RYCKEWAERT - Président de la CME - 06 08 28 58 43

Centre Hospitalier CALVI-BALAGNE - Lieu-dit Guazzole - 20600 CALVI



CENTRE HOSPITALIER  
DES PAYS DE MORLAIX

### Le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix (29)

établissement de 1 054 lits, avec des activités MCO  
Psychiatrie - SSR - USLD - EPHAD

Recherche afin de compléter l'équipe médicale  
de ses services de médecine et de psychiatrie :

## 1 neurologue (H/F)

Le poste est à pourvoir dans une équipe médicale composée de 5 praticiens  
(2 rhumatologues, 1 diabétologue, 2 médecins Internistes, 1 neurologue).

## 2 psychiatres temps plein

Le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix comporte un grand nombre de spécialités (cardiologie, gastro-entérologie, médecine interne, médecine gériatrique, chirurgie viscérale et orthopédique, urgences, réanimation, gynécologie), d'une filière gériatrique complète (court séjour, SSR PAPD, USLD, consultation mémoire, UCC), d'un plateau technique performant.

Le pôle de Psychiatrie/Addictologie (274 lits+ 50 lits USLD, 187 places) comprend 3 secteurs de psychiatrie adulte, un intersecteur de pédopsychiatrie, un intersecteur d'addictologie, une fédération intersectorielle de 50 lits de géro-psycho, ainsi que 5 services spécialisés à recrutement intersectoriel - géro-psycho, hospitalo-requérants, UPEC/Liaison, centre de réhabilitation et de réinsertion pour patients souffrant de schizophrénie, unité pour patients autistes adultes et souffrant de déficiences psychomotrices sévères (18 psychiatres, 5 médecins généralistes dont un gériatre et un addictologue).

Contact

Centre Hospitalier des Pays de Morlaix - Kersaint Gilly - 29600 MORLAIX

Tél. secrétariat affaires médicales : 02 98 62 69 11

Courriel : azarella@ch-morlaix.fr

Site internet : www.ch-morlaix.fr



**Le Foyer d'Accueil Médicalisé A.P.F.  
« Gabrielle Bordier » de Parthenay (79)  
recherche :**



## 1 médecin coordonnateur (h/f)

**C.D.I 0.40 ETP - 14.00 heures hebdomadaires - C.C.N.51 - Poste à pourvoir à partir du 01/01/2015**

### Descriptif du poste :

- Assure la mise en œuvre du projet institutionnel de soin et contribue à son évolution.
- Apporte sa contribution à l'élaboration, la mise en place et l'évaluation du volet soin du projet personnalisé du résident.
- Organise, en collaboration avec la responsable « santé et vie quotidienne », la coordination globale des professionnels de santé, salariés et libéraux, intervenant dans l'établissement.
- Veille à la constitution et à la tenue du dossier médical au sein du dossier unique de l'utilisateur.
- Conduit la politique de prévention, construit les procédures et protocoles nécessaires, organise les partenariats et conventionnements nécessaires.

**Motif du recrutement :** Création de poste.

### Candidatures (lettre de motivation manuscrite + CV)

**sont à adresser à :**

**Foyer A.P.F. « Gabrielle Bordier »  
Monsieur le Directeur Lionel CANTET  
10, rue Manakara - BP 40039 - 79201 PARTHENAY CEDEX  
Tél. : 05 49 94 31 33 - Fax : 05 49 94 02 38  
Mail : lionel.cantet@apf.asso.fr**



**Le Centre Hospitalier de Saintonge  
recherche pour son Unité Sanitaire (maison d'arrêt de Saintes)**

## Un médecin polyvalent temps partiel 0,60 ETP

**Possibilité d'un temps plein pour activités partagées soit unité sanitaire/urgences,  
soit unité sanitaire/autre spécialité.**

Ses missions seront :

- Assurer les consultations médicales de diagnostic, de suivi, d'approfondissement.
- Coordonner les soins au sein de l'unité sanitaire : IDE, psychologue, avis spécialisés, examen complémentaires.
- Travail en réseau avec les structures d'accompagnement psycho-sociales.
- Pilotage et participation aux actes d'éducation et de prévention de la santé.



**Pour tout renseignement, contacter :**

**Mme Amélia DA SILVA BIGOT - Directrice des Affaires médicales - Tél. : 05 46 95 12 55 - Mail : a.da-silva-bigot@ch-saintonge.fr**



**LE CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE (GUYANE)**

## RECHERCHE DES MÉDECINS H/F

**Urgences (Urgences/SAMU/SMUR) | Anesthésie Réanimation  
Médecine Générale | Chirurgie Orthopédique et Traumatologique**

### Conditions de recrutement :

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

### Pour tout contact :

Merci de contacter la Direction des Affaires Médicales :

• afm@ch-cayenne.fr

• au 05 94 39 51 26

• ou par voie postale :

Rue des Flamboyants - BP 6006 - 97306 CAYENNE CEDEX

# Le Groupe Hospitalier Est Réunion (GHER)

Situé dans l'Est de l'île, et bénéficiant d'une implantation récente dans des locaux modernes équipés des dernières technologies,

**recrute**

**1 ANESTHESISTE**  
à temps plein

**1 PEDIATRE**  
à temps plein

**1 DIABETOLOGUE**  
à temps plein

**1 GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN**  
à temps plein

**1 CHIRURGIEN VISCERAL**  
à temps plein

**1 NEUROLOGUE**  
à temps plein

Poste à pourvoir immédiatement  
Rémunération très attractive (majoration DOM de 40%)  
Prise en charge du billet d'avion et de l'hébergement

Pour tout renseignement,  
Merci de contacter la Direction des Affaires Médicales du GHER  
par mail : [affaires.medicales@gher.fr](mailto:affaires.medicales@gher.fr)  
à l'attention de Mme Sabrina WADEL



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

**Les HUG recrutent** pour divers départements

**DES MEDECINS CHEF(FE)S DE CLINIQUES**  
AVEC OU SANS TITRE DE SPECIALITE DE 50% À 100%

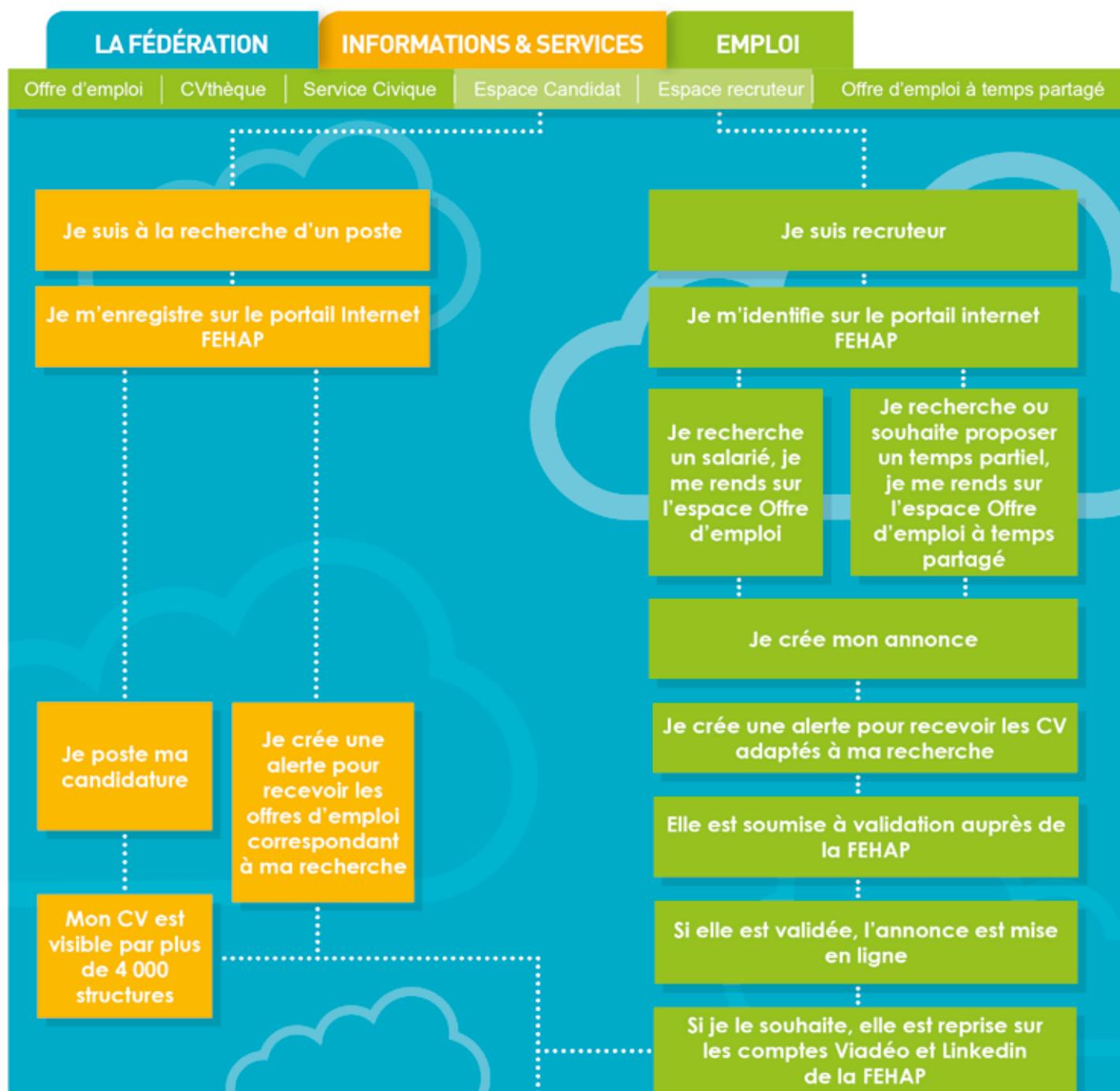
Laissez-vous tenter par une expérience professionnelle enrichissante dans un cadre de vie associant les plaisirs urbains aux loisirs de la montagne et du lac.



Pour connaître nos offres d'emploi : [www.hug-ge.ch](http://www.hug-ge.ch) - Rubrique offres d'emploi  
Pour déposer votre candidature spontanée : [www.hug-ge.ch](http://www.hug-ge.ch) - Rubrique candidatures spontanées

# RECRUTEZ EN QUELQUES CLICS

sur notre portail internet [www.fehap.fr](http://www.fehap.fr)



## MATCHING !



Association pour les praticiens hospitaliers et assimilés

## Une association solidaire

10 000 médecins hospitaliers ensemble pour leur protection



Des contrats adaptés à chaque statut hospitalier et hospitalo-universitaire.

### Prévoyance

Percevoir son salaire, ses primes et ses indemnités de gardes en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité. Protéger sa famille en cas de décès.

### Complémentaire Santé

Bénéficier de remboursements frais de santé performants

Obtenir  
un conseil  
personnalisé

**01 75 44 95 15\***

\* Les contrats APPA sont distribués par Ressources France - SAS au capital de 41.024 € RCS PARIS B 414926 740 - APE 5522Z - Immatriculation O945 07002783 - www.appa.fr - Organisme de conseil pour toute information  
ACPR - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09

[www.appa-asso.org](http://www.appa-asso.org)

APPA - Association à but non lucratif, régie par la loi de 1901 - Siège social : 23 rue Bailu - 75009 Paris

PRÉVOYANCE



SANTÉ



RETRAITE