

# LE MAG DE L'INPH

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

**N°7**

AVRIL 2016

QUADRIMESTRIEL  
GRATUIT



## **DOSSIER :** **S'IL TE PLAÎT, DESSINE-MOI** **UN TERRITOIRE**

**UNIVERSITÉS ET TERRITOIRES :**  
**ENJEUX, RISQUES, CHANCES ...**

**CHRONIQUE D'HÔPITAL :**  
**APPROCHE INTERCULTURELLE DE LA SANTÉ ET DE LA MALADIE**

[WWW.INPH.ORG](http://WWW.INPH.ORG)



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)

## 15 SYNDICATS POUR VOUS DÉFENDRE

|   |  |
|---|--|
| <b>SNPH-CHU</b><br>Syndicat National des PH de CHU<br><b>Président : Dr J.M. BADET</b>                            | <b>SNPEH</b><br>Syndicat National des Pédiatres Des Etablissements Hospitaliers<br><b>Président : Dr J.L. CHABERNAUD</b>     |
| <b>SNPH TP</b><br>Syndicat National des Praticiens Hospitaliers à Temps Partiel<br><b>Président : Dr T. RAHME</b> | <b>FPS</b><br>Fédération des Praticiens de Santé<br><b>Président : Dr J. AMHIS</b>   |
| <b>SPEEP</b><br>Syndicat des Médecins Exerçant en Milieu Pénitentiaire<br><b>Président : Dr E. CHAIGNE</b>        | <b>SYNPREFH</b><br>Syndicat National des Pharmaciens Des Etablissements Publics de Santé<br><b>Président : Dr P. LEGLISE</b> |
| <b>CNAH</b><br>Confédération Nationale des Assistants des Hôpitaux<br><b>Président : Dr J.M. FARNOS</b>           | <b>SNHG</b><br>Syndicat National Des Hôpitaux Généraux<br><b>Président : Dr A. JACOB</b>                                     |
| <b>SNMInf</b><br>Syndicat National des Maladies Infectieuses<br><b>Président : Dr H. AUMAÎTRE</b>                 | <b>SNHU</b><br>Syndicat National Des Hospitalo-Universitaires<br><b>Président : Dr B. DIQUET</b>                             |
| <b>SPEP</b><br>Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public<br><b>Président : Dr M. TRIANTAFYLLOU</b>               | <b>SNOHP</b><br>Syndicat National des Odontologistes Des Hôpitaux Publics<br><b>Président : Dr E. GERARD</b>                 |
| <b>SPHPF</b><br>Syndicat des Praticiens Hospitaliers de Polynésie Française<br><b>Président : Dr M. LEVY</b>      | <b>SCPF</b><br>Syndicat des Chirurgiens Pédiatres Français<br><b>Président : Dr P. MONTUPET</b>                              |

**SMPHNC**  
Syndicat des médecins et pharmaciens de Nouvelle Calédonie  
**Président : Dr E. MANCEL**

## 15 SYNDICATS QUI VOUS ATTENDENT

# SOMMAIRE N°07



## 04 ÉDITORIAL

## INFORMATION

### 06 Les News / Les Views

Le décret gouvernance CME

### 09 Un pas de côté

Universités et Territoires : enjeux, risques, chances

## RÉFLEXION

### 14 Chroniques d'hôpital

Approche interculturelle de la santé et de la maladie

### 18 Dossier

S'il te plaît, dessine-moi un territoire

## CONSTRUCTION

### 37 Interview

Rencontre avec Didier TABUTEAU

## ANNONCES

### 41 Les annonces de Recrutement

# LE MAG DE L'INPH

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

### Editeur & Régie publicitaire

Macéo Editions, Reseauprosante.fr

M. TABTAB Kamel, Directeur

6, avenue de Choisy, 75013 Paris

Tél. : 01 53 09 90 05

Email : [contact@reseauprosante.fr](mailto:contact@reseauprosante.fr)

Web : [www.reseauprosante.fr](http://www.reseauprosante.fr)

Édition quadrimestrielle

ISSN : 2274-7575

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

D<sup>r</sup> MICHEL TRYANTAFILLOU

D<sup>r</sup> JOSETTE MAHEUT-LOURMIERES

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.

**« La patience  
a beaucoup  
plus de  
pouvoir que  
la force »**

*Plutarque*

## LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE A LA FIN DE LA DÉCENTRALISATION, ÉTAIT

L'enfer est parfois pavé de bonnes intentions.

Telle risque de se présenter bientôt la récente loi de santé de Mme TOURAINE.

Les déclinaisons corporatistes, forcément corporatistes, vont à l'envers de ce qui devrait être, de ce qui est urgent pour assurer la modernisation de nos hôpitaux publics, hier encore étiquetés comme référents mondiaux, mais aujourd'hui distancés.

C'est une des raisons qui conduisent l'INPH à favoriser et à maintenir au plus haut niveau le dialogue avec tous et avec chacun.

La réforme est difficile, le monde hospitalier est compliqué.

Deux raisons qui auraient dû conduire à proposer vite et bien une réforme simple.

Nous n'en sommes plus là.

Mais puisque « *la patience a beaucoup plus de pouvoir que la force* » (Plutarque), l'INPH assume ses responsabilités institutionnelles et participe à la défense de ses mandants sur ce texte aussi, depuis le début, dès la naissance du processus de mise en place de la nouvelle loi de Santé.

Au départ était un constat, sous forme d'un rapport, comme souvent.

Ici celui de Mme Jacqueline HUBERT et de M Frédéric MARTINEAU.

Par-delà la nécessité de regroupement parfois constatée, au-delà des effets secondaires pernicieux, surnage l'urgence « d'une stratégie hospitalière de groupe » afin de préserver l'égalité d'accès aux soins.

# EDITO

## TERRITOIRE OU GHT

### LA FUSION...

Le GHT est sous le feu de notre actualité, interrogeant la plupart des professionnels de santé. Partagés entre plusieurs devenirs, chaque praticien pressent et redoute une forte rationalisation de l'offre médicale, ou craint celle d'un transfert d'activité déployé à terme vers la fusion puisque la rationalisation par le transfert n'est pas exclue.

La nécessité ne se transformera pas en réalité opérationnelle sans le concours des acteurs de santé. L'INPH porte et portera notre volonté d'être naturellement impliqués toujours et encore, jusques et y compris en revisitant de fond en comble l'attractivité de nos carrières.

Sans cela, rien.

Dans ce numéro 7 de votre MAG de l'INPH, l'interview de M. Didier TABUTEAU est un axe majeur de réflexion.

Son regard sur le système de santé issue de son expérience en qualité de Directeur de Cabinet de M. KOUCHNER, le conduit à s'engager sur la voie de la confiance avec les acteurs de santé, dans le cadre d'une démocratie sanitaire.

Son approche ne laissera pas indifférents.

Alors, même s'il est bien tard dans ce quinquennat, nous tenterons de nous affranchir du chronomètre pour déployer, corriger et enclencher une vraie réforme de santé, parce que c'est le moment d'agir.

Toujours.

Il y a autant d'évolution ou même de révolutions numériques ou technologiques en lien avec le progrès scientifique que de défis financiers à relever.

Mais ce serait « *mission impossible* » y compris sur ce volet GHT si nous laissions s'éloigner les valeurs d'humanité et de proximité qui fondent la qualité de notre art.

La rédaction a tenté de vous apporter quelques éléments de réponse sur le GHT et vous convie à prendre part aux débats sur nos pratiques de demain dans une nouvelle organisation territoriale qui est en marche.

La formule employée par Mme TOURAINE - « *rien ne sera plus comme avant* » - est-elle de nature à rassurer ?

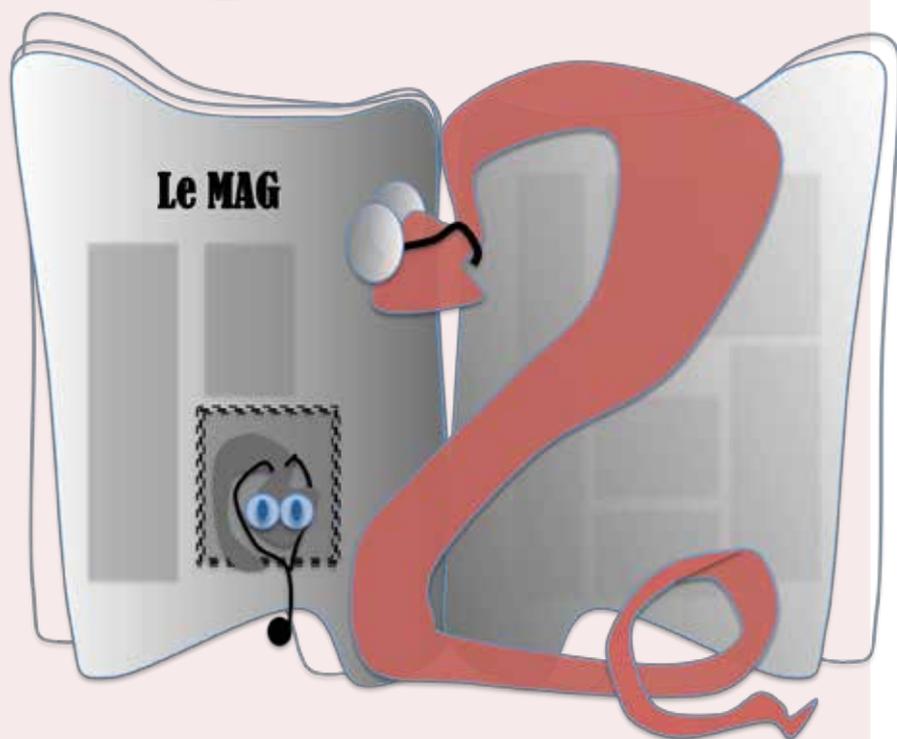
Bonne lecture.

Présidente de l'INPH  
Dr Rachel BOCHER



# LE DÉCRET GOUV

NEWS



## Petites annonces

« Vend service, Etat presque neuf (n'a pas servi depuis juillet 2011)  
Retrouvé caché au fond d'un pôle ;  
Notice de fonctionnement à demander auprès de la DPC, section management... »\*



Dr Jean-Michel Badet  
SNPHCHU - Vice-Président INPH

## Un peu d'huile dans les rouages

La Loi de Modernisation du système de santé publiée le 26 janvier de cette année contenait des améliorations de la gouvernance hospitalière (Article 195).

# PERMANENCE CME



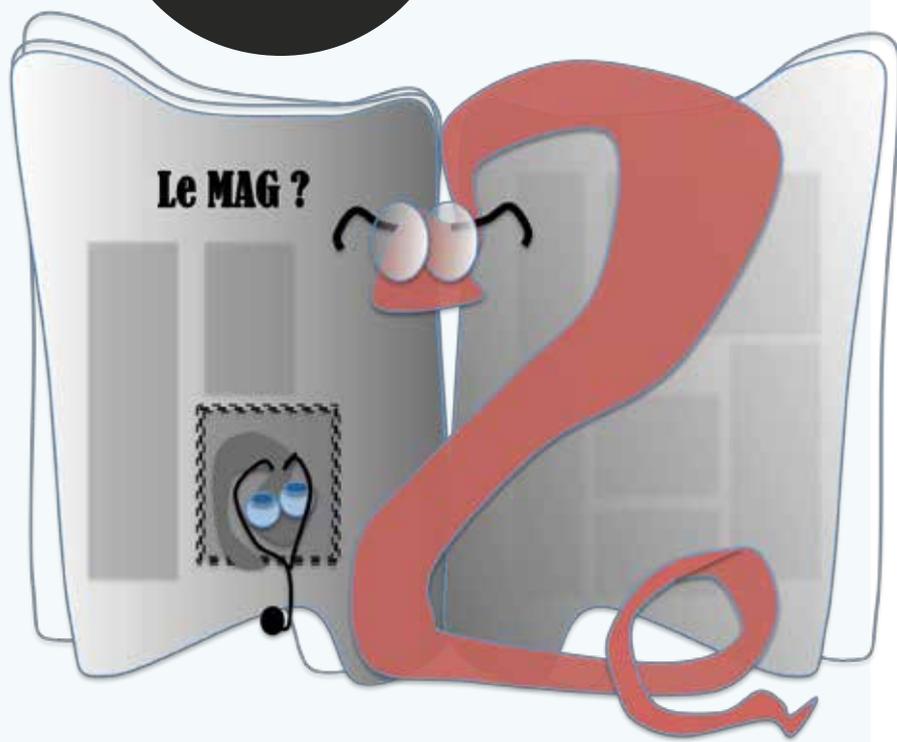
Le décret n°2016-291 du 11 mars 2016 publié au JO du 13 mars (1) permet la mise en application de ces améliorations qui devront être mises en œuvre dans les 6 mois.

1. Le service revient en première place des structures constitutives des pôles.
2. La CME se prononce sur la cohérence médicale de l'organisation en pôles.
3. Les chefs de service seront nommés sur proposition du président de CME après avis du chef de pôle et non plus l'inverse. Après nomination, une formation leur est proposée.
4. La CME établit son règlement intérieur et définit librement son organisation.
5. Le directeur perd l'initiative s'il souhaite mettre fin aux fonctions d'un chef de service.
6. Le règlement intérieur de l'établissement doit définir les principes de fonctionnement des pôles mais aussi les relations entre chef de pôle et chef de service en particulier pour :
  - ☒ La recherche clinique et l'innovation ;
  - ☒ L'enseignement ;
  - ☒ La qualité et la sécurité des soins ;
  - ☒ La permanence des soins ;
  - ☒ La prise en charge médicale, son organisation, sa coordination et son évaluation ;
  - ☒ La gestion des ressources humaines ;
  - ☒ L'autorité fonctionnelle au sein des services ;
  - ☒ La formation et l'évaluation des fonctions de chef de service ;

Ce point est un nouvel article du Code de Santé Publique (R.6146-9-2) Il va être le guide de toutes les futures relations entre chef de pôle et chef de service au sein des établissements.

(1) <https://www.legifrance.gouv.fr/decret-CME>

# VIEWS



## Petites annonces

« Vend service, Etat presque neuf (n'a pas servi depuis juillet 2011)  
Retrouvé caché au fond d'un pôle ;  
Notice de fonctionnement à demander  
auprès de la DPC, section management... »\*

\*Cédé avec Colocataires  
Co gestionnaires  
Co décisionnaires  
Co frères  
Adeptes de la démocratie interne

Ce décret n'apporte pas beaucoup de nouveauté par rapport au contenu de la Loi promulguée le 26 janvier de cette année.

L'INPH s'est beaucoup investie pour faire progresser cet article de la Loi qui améliore la gouvernance hospitalière et limite un peu les effets délétères de la Loi précédente dite HPST.

Nous aurions souhaité aller plus loin en particulier sur la gouvernance au plus près des praticiens en redonnant au chef de service l'autorité fonctionnelle que l'organisation en pôles lui a enlevée.

La Loi HPST avait voulu faire disparaître un symbole de l'organisation hospitalière, le service. Il retrouve enfin sa place, place qu'il n'avait d'ailleurs jamais quittée dans le langage de nos patients.

Tout aussi symboliquement, la nomination du chef de service se fait sur proposition du président de CME et non du chef de pôle. Le chef de service est en lien avec la communauté médicale et non en subordination au chef de pôle.

Le projet médical retrouve sa place pour la cohérence de la construction des pôles. A la CME de faire respecter cette rémédicalisation.

La CME reprend une place plus importante et l'édition de son règlement intérieur sera un temps fort des prochains mois. Il faut en faire un document de **démocratie interne**, véritable charte des bonnes pratiques institutionnelles.

Il en est de même du règlement intérieur de l'établissement qui doit faire l'objet d'une large consultation de tous les PH car il va concerner votre exercice quotidien et sera un document de référence en particulier en cas de conflit au sein d'un service, d'un pôle ou de l'établissement.

A vous de vous saisir de ces outils de démocratie, avec l'aide de vos représentants syndicaux au niveau local et régional. Nous serons là pour répondre aux questions que vous ne manquerez pas de vous poser.

Votre liberté de parole, de prise de position passe par votre indépendance. C'est en adhérant à l'un des syndicats constitutifs de l'INPH que vous trouverez les moyens d'exercer cette liberté et cette indépendance.

L'INPH, par son action, a permis de remettre de l'huile dans la pipette !!!  
A vous de graisser les rouages !

**Dr Jean-Michel Badet**

# UNIVERSITÉS ET TERRITOIRES :

# ENJEUX, RISQUES, CHANCES



**Pr Henry COUDANE**

Professeur de Médecine Légale et  
Droit de la Santé, Université Nancy  
Chirurgien des Hôpitaux  
Doyen Honoraire

## 1° Introduction

**Il y a plus de 10 ans un rapport de novembre 2005 (2005/103) effectué par l'Inspection générale de l'Administration de l'Education nationale et de la Recherche mettait en exergue les contributions des collectivités territoriales à l'effort national en matière de recherche et développement : l'exemple rapporté concernait le plateau de Saclay qualifié de véritable « territoire d'exception ».**

L'actualité plus récente a permis l'émergence de 13 nouvelles régions. La division par 2 du nombre de régions soutient l'image d'une France qui se réorganise avec comme corolaire des compétences redistribuées et de nouveaux objectifs à atteindre. Les nouvelles régions sont légitimes à partir du moment où elles ont les moyens pour mener des actions en termes d'aménagement du territoire, de développement économique et de formation professionnelle.

## 2° Le contexte politique

Le 19 août 2013, le Président de la République a souhaité que soit engagée une démarche prospective, visant à définir une stratégie à 10 ans pour la France. Pendant plusieurs mois, débats, et contributions ont alimenté ce projet. Le rapport « *Quelle France dans dix ans ?* » a été remis au président de la République et au Premier ministre le 25 juin 2014. Parmi les 10 axes d'intervention des dix prochaines années figure un chantier intitulé « une

*économie décloisonnée et ouverte sur le monde* ». En effet, la France ne peut pas « *rester à l'écart des mutations économiques, scientifiques, technologiques et sociales qui transforment la planète* ». Ce rapport propose de « *développer des écosystèmes territoriaux en prenant appui sur le potentiel d'entraînement des métropoles* ». **La place des universités dans ces écosystèmes comme moteur de croissance est importante : celles-ci présentent des avantages compétitifs par**

**l'innovation, de la recherche et du développement et surtout elles concentrent la majorité des dépenses françaises de R&D.** Si la France concentre 4 % du volume global mondial de dépenses de recherche (1 300 milliards au niveau mondial), il est alors nécessaire d'évoquer le concept de concentration des moyens et d'articulation des acteurs pour « *ne pas disperser les moyens* ».

### 3° Innovation et universités

Mohamed Harfi, chargé de mission au département Travail-Emploi de France Stratégie, qui a réalisé cette étude a présenté les conclusions du rapport « *Quelle France dans 10 ans ?* », sous l'angle de **l'innovation et des universités** ; il précise que « *Notre modèle d'innovation linéaire existe toujours mais l'innovation a changé. Elle est aujourd'hui en interactions, entre les acteurs, en réseau, très ouverte dans certains domaines. La chaîne de valeur mondiale se fragmente, ce qui*

*est une conséquence de la concurrence entre les différents segments et les politiques économiques de chaque pays. Quand on fait une analyse de la localisation des activités de recherche et de production au niveau mondial, on observe des « ensembles d'acteurs publics et privés qui interagissent en vue de produire ou d'innover ». En France, ceux-ci devraient tirer la croissance nationale vers le haut. Toutefois il met en exergue un risque : « si cela n'est pas canalisé, les métropoles pourraient se développer en*

**isolats, ne diffusant pas assez l'innovation autour d'elles.** Les métropoles doivent donc être des facteurs de développement à renforcer. Il faut lever les barrières et atténuer les effets négatifs de leur développement. **Le maintien de la cohésion nationale doit être assuré en évitant la concurrence entre métropoles au profit de la complémentarité et en suscitant l'émergence d'une intelligence collective autour de l'intérêt commun** ».

### 4° Les Schémas Régionaux d'ESR (SRESR)

**Les Schémas Régionaux d'enseignement supérieur et de la recherche (SRESR) ont été confiés aux régions** dans le cadre de la loi ESR. Les régions gèrent aujourd'hui les crédits européens (Feder, etc.), chacune ayant mis en place une stratégie de spécialisation « *en prenant en compte les problématiques territoriales mais aussi économiques* ». Le financement de l'innovation est en train de changer de façon considérable, notamment avec les partenariats tissés entre les régions et la BPI (banque publique d'investisse-

ment). Parallèlement, **le dispositif national de recherche évolue en parallèle des dispositifs territoriaux, couplant régions et métropoles, à travers un concept très franco-national qui a de l'avenir pour peu que les systèmes de constructions méthodologiques des dossiers trouvent une fluidité qui puisse sublimer le jacobinisme centralisateur et les intérêts locaux** qui restent probablement encore si dépendants des aspects culturels et historiques de la politique régionale... « *Les collectivités sont des partenaires*

*actifs dans la mise en place des politiques d'ESR* ». Toutefois des investissements sont nécessaires pour permettre à l'immobilier universitaire d'évoluer avec son époque et d'offrir « *des équipements de vie étudiante conformes aux objectifs stratégiques de notre pays* ». Cela implique de nouvelles modalités visant à une efficacité accrue, par l'intermédiaire de circuits simplifiés, et une refonte des stratégies nationales, régionales et locales de l'innovation.

### 5° Le Patrimoine universitaire

Lors d'un colloque intitulé « *Universités et Territoires* » à la CPU qui s'est déroulé le 08/04/2015, Simone Bonnaïfous, Directrice générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle au ministère de l'ESR, a salué l'idée de rassembler ainsi élus, associations de villes et d'agences d'urbanisme, représentants de l'Université et du MESR. Elle a critiqué la notion « *du triste tableau du paysage universitaire français* » et s'est appuyée sur ses nombreuses visites de sites pour dresser un bilan plus

modéré. **Si la superficie du parc universitaire français est excessive aujourd'hui au regard des besoins, si une vétusté existe bel et bien parfois, les chantiers de rénovation existent sur tous les sites.** Or, « *à force de pleurer sur les amphithéâtres qui fuient, on finit par donner une image très dégradée de l'Université française* ». Il ne s'agit donc ni de nier les efforts encore à accomplir, ni d'occulter les réelles avancées et réalisations efficaces. **Ainsi, dans le contexte d'une concurrence internationale très forte, il y a une amélioration**

**du patrimoine universitaire, due à la fois à l'État et aux collectivités locales.** Dans le cas de l'effort de l'État, précisément, il ne fut longtemps mesurable que via le CPER (contrat état plan région) – la part État du précédent ayant été chiffrée à 1,6 milliard d'euros environ. Aujourd'hui, en plus de ce dernier, on trouve d'une part les intérêts des dotations campus pour les sites disposant de telles dotations, à hauteur de 15 à 20 millions par an (Bordeaux, Montpellier, Strasbourg, etc.). Au total, un milliard de ces intérêts

viendront en supplément des 840 millions du CPER. D'autre part, la dévolution du patrimoine, si elle ne concerne aujourd'hui que trois universités, permettra à ces établissements d'obtenir 131 millions d'euros de dotation spécifiques sur la période du CPER. Avec ces trois outils, la somme totale s'élève à 1,9 milliard d'euros. On note donc une réelle diversification des outils, afin de lancer de grandes opérations (comme à Lyon), mais aussi des études et des travaux de rénovation intermédiaires, moins

importants mais contribuant à la qualité de l'insertion des établissements sur le territoire. Plusieurs questions se posent néanmoins aujourd'hui : l'avenir de la dévolution du patrimoine, « éminemment responsabilisant », « l'investissement sur l'immobilier étant un investissement sur le futur » ; le maintien d'une politique de rationalisation, de meilleur usage des mètres-carrés (y compris en abandonnant ou reconvertissant, à la suite d'une nécessaire concertation, un certain nombre

de sites) ; la question du retour de prix de cession, enfin, puisqu'aujourd'hui une grosse part du produit de cession revient au désendettement de l'Etat, un choix compréhensible mais très démobilisateur pour les établissements. « Mme Bonnafous a par ailleurs fait part de son intérêt pour les montages financiers innovants avec le soutien de la CDC, en particulier pour la réhabilitation énergétique du patrimoine ». (Cf. bibliographie colloque 04/08/2015 Universités et Territoires)

## 6° PIA et territoire

Thierry Francq, Commissaire général adjoint à l'investissement, a rappelé lors du colloque d'avril 2015 qui réunissait Universités, Mesr et responsables politiques territoriaux, que le Commissariat utilise des jurys internationaux qui ont eu une approche très exigeante dans l'attribution des PIA (projets d'investissement d'avenir), ce qui est aussi une manière « de diffuser un peu plus les investissements sur le territoire français ». De manière générale, **le Commissariat a conscience**

**que le succès de l'ensemble des opérations soutenues par le PIA tient beaucoup à l'organisation territoriale.** L'innovation se joue désormais dans les territoires, à l'image des régions qui ont souvent modulé leurs budgets en fonction des PIA attribués. Pour le moment, le PIA 3 en est plutôt au stade de l'idée. Les PIA ont été jusqu'à maintenant un effort d'investissement « dans l'économie de l'intelligence », même en pleine période de crise. Tout le monde espère que cela soit mobilisé au

mieux afin que cela crée des emplois. Le PIA 3 pourrait être un élément permettant de « finir le travail des PIA précédents. Mais il devra sûrement y avoir « des liens plus forts avec les régions, dans le cadre des réformes de la loi NOTRe ». Il y a par exemple un lien évident à faire entre les SATT des universités et les incubateurs soutenus par les régions. Il faut aussi ancrer ces outils dans les territoires, qui se distingueront en fonction des gouvernances propres qui seront mises en place ».



**A l'INPH cela fait longtemps que nous nous sommes saisis du concept d'intelligence collective (drapeaux régionaux des participants au MAG7)**

**Le maintien de la cohésion nationale doit être assuré en évitant la concurrence entre métropoles au profit de la complémentarité et en suscitant l'émergence d'une intelligence collective autour de l'intérêt commun**



## 7° Conclusions

La nouvelle organisation territoriale constitue probablement un nouveau paradigme pour l'innovation universitaire car des concepts nouveaux tels les écosystèmes d'innovation se développent et s'épanouissent davantage au niveau des métropoles. Si la gestion du patrimoine universitaire reste un problème, il faut toutefois retenir que l'augmentation des étudiants dans les universités françaises est d'environ 2 % par an. **Par ailleurs les universités françaises restent très attractives dans l'accueil des étudiants puisqu'en en 2014, la France occupait la 3<sup>ème</sup> place du classement mondial derrière les Etats-Unis et la Grande Bretagne avec pour particularité l'accueil de nouvelles nationalités, les étudiants chinois représentant derrière les étudiants marocains le contingent désormais le plus**

**important. L'organisation territoriale doit prendre en considération ces éléments nouveaux pour que formation, accueil, vie universitaire soient réellement décentralisés.**

Il suffit de prendre en 2016 le métro parisien pour voir fleurir des annonces publicitaires mettant en exergue les qualités de certaines universités provinciales pour comprendre la concurrence à laquelle se livrent désormais les universités dans ce concept de territorialité...

Force est de constater que la notion de « territorialité » est un nouveau mode d'organisation probablement en phase avec la concurrence mondiale ; **il faut souhaiter que cette territorialité trouve une place et un fonctionnement efficaces qui évitent à**

**la fois et la tentation du jacobinisme centralisateur et les picrocholines querelles régionales ou interrégionales plombées par le poids de l'histoire.** Enfin, il faut évoquer l'aspect financier qui reste très dépendant de la situation économique nationale et dont les circuits restent au minimum complexes et parfois opaques. Quant à l'organisation de la recherche, de l'enseignement du secteur santé, elle reste engoncée dans la célèbre ordonnance de 1958 qui mériterait peut-être d'être adaptée aux nouvelles dispositions législatives de la territorialité universitaire... Mais il s'agit probablement là, d'une autre équation de Schrödinger à résoudre...

L'auteur PU-PH ne déclare aucun conflit d'intérêt dans la rédaction de cet article.

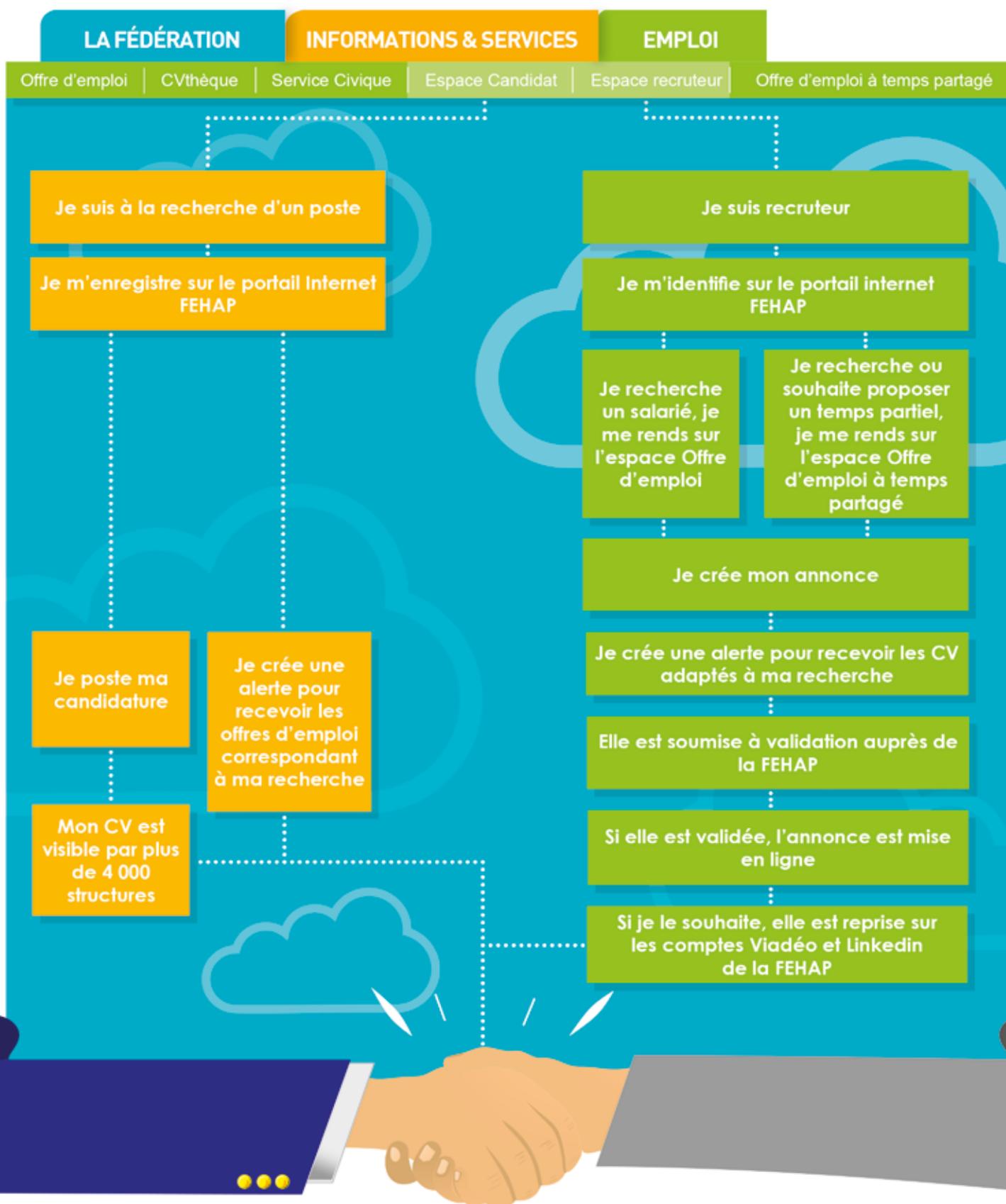
## Bibliographie

1° Rapport 2005/103, nov. 2005 Inspection générale de l'administration de l'Éducation nationale et de la Recherche

2° Documentations accessibles sur le site <http://www.universites-territoires.fr/> en particulier le N° 106 à partir duquel ce texte a été réalisé.

# RECRUTEZ EN QUELQUES CLICS

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



## MATCHING !



**CHRONIQUE  
D'HÔPITAL**

# APPROCHE INTERCULTURELLE DE LA SANTÉ ET DE LA MALADIE



Erica Mancel Salino  
e.mancel@cht.nc

« Médecin ophtalmologiste d'origine calédonienne, Erica Mancel exerce à l'hôpital de Nouméa depuis 25 ans. Elle a été copilote du second projet d'établissement du GHT de Nouméa, dans lequel elle a mis en place une démarche d'approche culturelle de la maladie, qui a abouti, entre autres, au recrutement d'un ethnopsychologue travaillant transversalement pour l'ensemble des services de l'hôpital.

Également impliquée dans le milieu associatif, elle est vice-présidente de la branche calédonienne de l'AFFDU (association des femmes françaises diplômées d'université), membre de l'association « Femmes au-delà des mers », et présidente de la « Société Interculturelle d'Océanie » liée à l'approche culturelle de la santé et plus généralement des conditions de vie.

Les médecins sont des techniciens qui basent cependant leur pratique sur la relation humaine, tant pour la collecte de l'histoire de la maladie, des antécédents, que pour l'annonce du diagnostic et la réalisation d'un projet thérapeutique. L'amélioration de cette relation médecin malade, pour pouvoir diminuer la souffrance des patients (par exemple pour l'annonce d'un diagnostic difficile) ou pour améliorer le plus possible l'observance d'un plan de suivi et de traitement, peut constituer une démarche qualité.

Dans le cadre de cette démarche, on peut utiliser des outils comme la relation d'aide ou l'alliance thérapeutique. Néanmoins, quand un blocage est identifié comme pouvant avoir une origine culturelle (dans une culture proche de celle du médecin ou dans une culture différente), une approche culturelle de la santé et de la maladie présente un grand intérêt. Cette approche culturelle de la maladie peut avoir trois niveaux d'approfondissement.

Le premier niveau est celui de **l'apprentissage par le médecin des données ethnologiques** qui régissent la santé et la maladie dans la culture de son patient, en particulier pour la nosologie des maladies qui peut être très différente de la nosologie occidentale enseignée dans les universités. C'est ce qui est fait en Nouvelle Calédonie lors de formations sur l'approche culturelle de la maladie dans le monde kanak, ou dans la société wallisienne. Ces formations sont importantes pour le médecin hospitalier qui prend ses fonctions, et encore plus pour le médecin de dispensaire de brousse.

En Nouvelle Calédonie, la société kanak est une société cosmopolite où tout élément maté-

riel, vivant ou inanimé, patent ou construit, est perçu comme appartenant au cosmos et devant interagir dynamiquement avec d'autres éléments, avec comme pivot l'organisation humaine profondément structurée. Le fonctionnement de la société humaine repose sur le respect de règles de position sociale où chacun interagit sur la base d'échanges échappant à toute métrique ou inégaux, ce qui permet la pérennité des échanges alors qu'un échange égal, donc ne nécessitant pas de contrepartie, aboutit à l'arrêt des échanges. Le rituel de ces échanges est fortement ritualisé et porte le nom de coutume. Tout dysfonctionnement des échanges aboutit au « malheur » dont la maladie est une des manifestations. Ainsi, les kanak s'intéressent aux circonstances de la maladie au sens large car le rétablissement du fonctionnement cosmique est nécessaire pour guérir, même si la contribution du docteur est recherchée.

Dans la culture kanak existent les « maladies du vieillissement », c'est-à-dire les pathologies du type cataracte ou rhumatisme, ou les « maladies du docteur » pour les maladies importées, qui n'existaient pas avant l'arrivée des Européens : la grippe ou la rougeole, par exemple. Mais le principe de maladie chronique n'existe pas. Les maladies ne durent que 5 jours, ou un petit multiple de 5 jours, et donc beaucoup de patients sont au bout de quelques mois en rupture de traitement d'un diabète ou d'une hypertension artérielle, d'un glaucome ou d'une uvéite.

Enfin, on a tout ce qui relève du « malheur » : l'événement grave, le drame qui survient quand un dysfonctionnement ou une dysharmonie perturbe l'ordre du

cosmos, ou quand un tabou n'est pas respecté. Le malheur peut être une pathologie, mais pas seulement : tout événement subit et dramatique, un accident de voiture ou un cyclone qui emporte le toit de la maison, sont aussi des malheurs. Quand il s'agit d'une maladie, le malheur ne s'abat pas forcément sur la personne qui est à l'origine de la faute. Ainsi, une personne peut être malade parce que l'un de ses ancêtres a brisé un tabou ou s'est comporté de façon irrespectueuse.

Avant de consulter un médecin, les Océaniens vont toujours voir un guérisseur. Il faut respecter cette démarche, totalement constitutive de l'identité kanak ou plus globalement océanienne. Elle leur donne de l'énergie, de la motivation. C'est important dans le cadre d'un protocole de soin. C'est en respectant ce que sont les gens qu'on diminue leur angoisse, et qu'on les mobilise pour guérir.

Cette démarche est aussi mise en place à Hawaï, où les médecins américains peuvent être formés aux données des natifs d'Hawaï sur la santé ; ou en Nouvelle Zélande pour la prise en charge de la population maorie.

L'acquisition par le médecin de données ethnologiques pour une population qu'il soigne souvent (par exemple en Europe pour les populations migrantes d'Afrique ou d'Asie) peuvent amener le médecin à modifier son discours, pour mieux coller à la réalité du patient. C'est ainsi que la prise en charge et la prévention du SIDA a été modifiée il y a quinze ans en région parisienne, en tenant compte des spécificités culturelles, ce qui a amélioré l'efficacité de cette prise en charge.

Le deuxième niveau est celui de **l'intégration des données culturelles dans l'organisation et/ou le déroulé de la consultation**. C'est ce qui a été fait depuis plusieurs dizaines d'années au Centre Georges Devereux en région parisienne, où Tobie Nathan a créé l'ethnopsychiatrie, travail qui est continué actuellement par des psychiatres comme le Dr Marie Rose Moro.

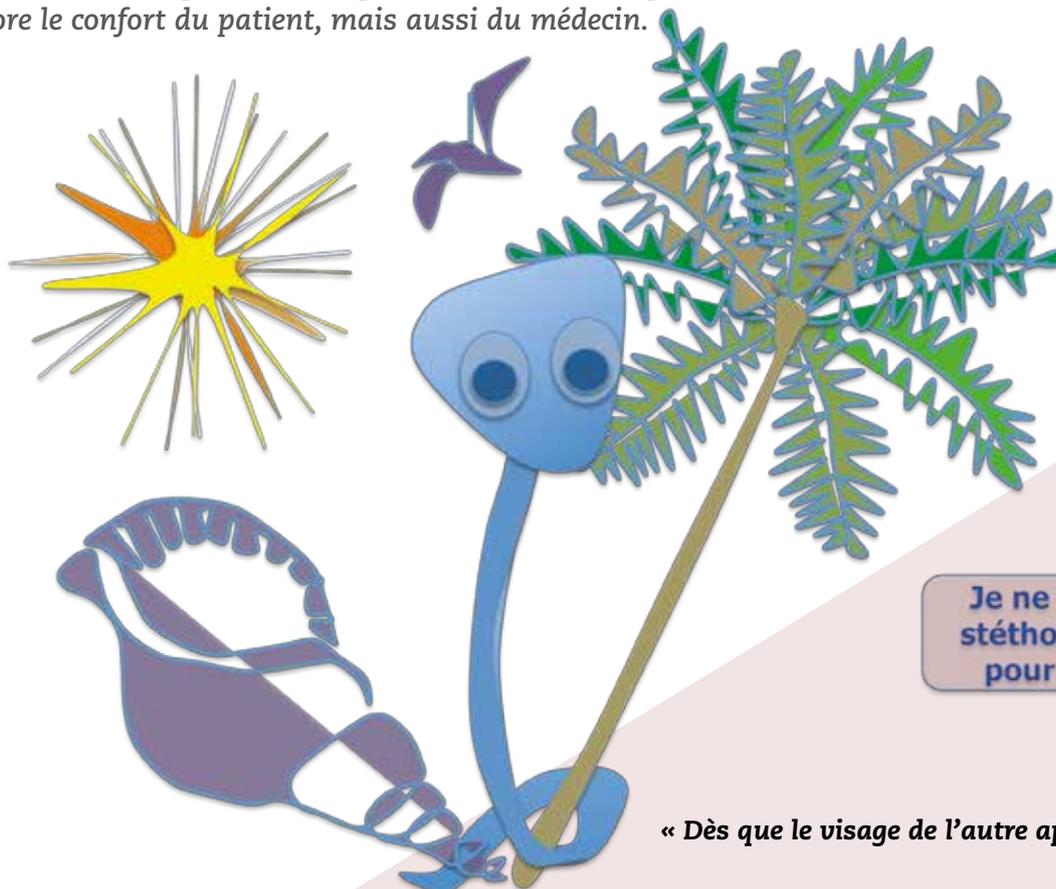
C'est ce que font aussi certains médecins du travail en Nouvelle Calédonie, en installant une natte par terre pour discuter avec certains patients, ou en discutant ouvertement de l'usage que font les patients de leurs médecines traditionnelles. Le but est dans

ce dernier cas, non de critiquer ou d'appuyer l'usage des médecines traditionnelles, mais de reconnaître que le patient est un tout, et de rassembler autour de lui tout ce qui peut le rendre actif et positif dans la prise en charge de la maladie. De plus, les relations interpersonnelles dans la société kanak étant basées sur le respect, témoigner du respect pour une pratique traditionnelle emporte le respect de la pratique « moderne » sachant qu'il est parfaitement admis dans ce modèle que le médecin occidental fixe les limites et impératifs de sa pratique.

Le troisième niveau est celui de la médiation culturelle de la maladie. Ce dispositif s'applique aux

situations de crise, par exemple l'annonce d'un handicap visuel sévère, ou la prise en charge d'une complication après rupture thérapeutique, etc. Ce dispositif est lourd puisqu'il faut réunir en plus du patient et du médecin traitant, un traducteur de la culture du patient, voire un médecin animateur de la médiation, et que sa réalisation nécessite plusieurs heures de consultation d'affilée, qui peuvent éventuellement être renouvelées. C'est un mode de prise en charge qui a été par exemple développé dans le centre de prise en charge de la douleur à la fondation ophtalmologique Rothschild à Paris, par le Dr Margot-Duclot.

*La société Kanak est une société cosmo sociale où tout élément matériel, vivant ou inanimé, patent ou construit est perçu comme appartenant au cosmos et devant interagir dynamiquement avec d'autres éléments, avec comme pivot l'organisation humaine profondément structurée... Cette démarche de prise en compte de la culture du patient dans la relation médecin/malade améliore le confort du patient, mais aussi du médecin.*



« Dès que le visage de l'autre apparaît, il m'oblige. »  
Emmanuel Levinas



La première phase de l'entretien est une clarification de l'histoire médicale du patient, des logiques d'intervention des médecins rencontrés dans son parcours thérapeutique, des données actuelles et de l'évolution.

La deuxième phase de la consultation consiste en une prise en compte active du point de vue du patient et/ou de ses proches sur l'origine des problèmes médicaux.

Le but pour le patient est donc celui d'une meilleure compréhension du problème, d'un niveau d'angoisse moindre, et d'une meilleure motivation pour le suivi et le traitement.

Cette démarche nous amène à cultiver encore plus l'écoute active, la neutralité, le non-jugement, et la confidentialité, qui sont déjà des outils classiques du médecin. Dans ce cadre, on peut utiliser là encore la relation d'aide, ou l'alliance thérapeutique.

En conclusion, cette démarche de prise en compte de la culture du patient dans la relation médecin/malade améliore le confort du patient, mais aussi du médecin (par exemple moins de conflits avec des patients angoissés qui explosent ou qui ne reviennent plus, une pratique plus sereine, et plus gratifiante puisque plus

efficente). Elle est également importante sur un plan plus général de santé publique pour l'efficacité des messages de prévention, comme pour le diabète ou les campagnes de prévention du glaucome. Enfin, elle est également au centre du rapport de Xavier Déau pour le Conseil National de l'Ordre des médecins en 2005 : « Pratique médicale et identité culturelle ».

## Références

- [1] Salino D, Nicolas G. L'appréhension du capital santé selon les conceptions culturelles. L'exemple de la Nouvelle Calédonie in Corps et Patrimoine, LEH, les Cahiers du droit de la santé, n°18, 2014, pp85-105.
- [2] Mancel Salino EH. Cultural management of diagnosis announcement in ophthalmology. J Fr Ophtalmol. 2010 Jan; 33(1):40-3.
- [3] Mancel E. Actes du colloque « De la douleur au soin en situation interculturelle » ; Discours d'accueil, p 21-24 ; débat, p 137-147 ; Mise en pratique de la formation [approche culturelle de la maladie], p 151-152 ; Sous la direction de D. Salino ; Novembre 2011
- [4] Mancel Salino E.L'approche culturelle de la maladie au sein des outils de la relation médecin-malade. Bulletin Médical Calédonien et Polynésien. 2013 Nov ; 64.
- [5] Interculturalité et politiques de santé-sécurité dans l'entreprise en Nouvelle Calédonie. Dr Dominique Salino, Dr Daniel Ponchet et Dr Patrick Dubois. Poster pour le Congrès de Médecine du travail, Clermont Ferrand 2012.

# DOSSIER : S'IL TE PLAÎT, DESSIN

## SOMMAIRE

Antoinette GELOT  
PH SNPH CHU - INPH

### LECTURE DU TEXTE DE LOI

### CONTEXTE

#### L'AVIS DES INTERESSÉS

Point de vue de Conférence nationale  
des Présidents de CME des CH

Point de vue de Syndicat des Managers  
Publics de Santé

Point de vue du DIM

GHT, une opportunité à haut risque  
pour les pharmaciens hospitaliers

Point de vue du syndicat  
des praticiens de santé

Point de vue de la psychiatrie

### CONCLUSION

Point de vue de l'INPH

## 1/ TERRITOIRE (LMSS article 107 I (art L 6132-1) (1)

- I. « Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de **groupement hospitalier de territoire**. Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale.
- II. Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.
- III. Tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au IV de l'article L. 6132-3. Cette association est traduite dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire. ».

## 2/ TERRITOIRE (Dictionnaire Larousse)

- ☒ Étendue de pays qui ressortit à une autorité, à une juridiction quelconque. (Le territoire d'un État est l'espace terrestre, maritime et aérien sur lequel les organes de gouvernement peuvent exercer leur pouvoir).
- ☒ Étendue dont un individu ou une famille d'animaux se réserve l'usage.
- ☒ Espace relativement bien délimité que quelqu'un s'attribue et sur lequel il veut garder toute son autorité : Sa chambre, c'est son territoire.
- ☒ Ensemble des organes, des muscles et des portions cutanées auxquels se distribuent un vaisseau ou un nerf.

## 3/ TERRITOIRE [Woody Allen]

"Il est instamment recommandé de ne jamais tomber malade le mercredi après-midi nulle part sur tout le territoire des États-Unis sauf sur les parcours de golf. Tous les médecins sont là".

# E-MOI UN TERRITOIRE

Les GHT sont une transformation majeure du paysage hospitalier, qui impactera l'ensemble des intervenants : médicaux et administratifs, hospitaliers et universitaires, disciplines médicales dont certaines auront une organisation commune territoriale obligatoire (imagerie, biologie, DIM), dont d'autres ont déjà une organisation sectorisée mais pas forcément territoriale (psychiatrie) ou enfin d'autres devront compter avec leur caractère potentiel de référence ou de recours. Quand aux universités qui, par le biais des CHU, doivent être partie prenante des GHT, leur point de vue a été développé dans la rubrique « un pas de côté » dans ce magazine.



## LECTURE DU TEXTE DE LOI

Les groupements hospitaliers de territoire sont définis par l'article 107 de la loi de modernisation du système de santé dans son chapitre V « Ancrer l'hôpital dans son territoire ».

Ce chapitre V définit entre autres la mission des ARS (art. 98), des établissements de santé publics (art. 99 chapitre I) et du service public hospitalier (chapitre II) qui « exerce l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé par le chapitre I<sup>er</sup> du présent titre ainsi que l'aide médicale urgente, dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité ». c'est-à-dire dans le respect des fondements du service public (Cf. MAG 1).

**Les groupements hospitaliers de territoires sont définis dans l'article 107 de la LMSS :** (art. L 6132-1, ci-dessus)

**1)** Dans l'introduction de l'article 107 apparaissent toutes les notions-clé reliées aux GHT : convention de groupement, projet médical partagé, rationalisation des modes de gestion, mise en commun et transferts d'activité, association à un CHU, bénéfices attendus pour le patient : « **assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité** ».

**2)** Relevons la notion d'absence de personnalité morale qui signifie que le GHT ne relève ni de la responsabilité civile, ni de la responsabilité pénale pour des actes commis au sein des établissements de santé qui la constituent.

**3)** Si la promulgation des GHT est subordonnée à l'élaboration d'un projet médical partagé (ce qui paraît sinon souhaitable du moins fondamental, s'agissant de la santé de la population du territoire), cette subordination est toute relative car d'une part l'article 6132-5-II précise fort opportunément que « L'attribution des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la .. est subordonnée à la conclusion par cet établissement d'une convention de groupement hospitalier de territoire » **et d'autre part en l'absence de projet médical partagé, le directeur de l'ARS fera malgré tout la promulgation du GHT** (art 6132-5 I).



**Les articles suivants (L 6132-2, 3, 4)** vont mettre en place les modalités fonctionnelles du territoire : mode de constitution, organisation fonctionnelle (objet de la convention) et gouvernance ainsi que la chronologie de mise en place : la liste des GHT sera arrêtée par les directeurs d'ARS le 1<sup>er</sup> juillet 2016 après que les ARS aient reçu les projets médicaux partagés. La promulgation de cette liste sera suivie de la création des comités territoriaux, issus des conseils de surveillance des ES partie prenante dans le GHT.

**1)** La convention, cœur du GHT, doit, avant d'être appliquée, franchir plusieurs étapes : elle doit en premier lieu être « appréciée », « approuvée » ou « modifiée » par le directeur de l'ARS au regard de sa conformité avec le projet régional de santé (art. 158 LMSS) ; elle doit ensuite être saisie par le comité stratégique de mise en œuvre de la convention, dont la composition brille par sa pénurie en médecins. On en viendrait à regretter le directoire où certes les voix médicales ne sont que consultatives mais où du moins peuvent elles se faire entendre.

**2)** L'établissement de santé support (ESS) apparaît comme un véritable suzerain du territoire de santé, car il concentre tous les moyens nécessaires au fonctionnement des autres ES) ainsi qu'à leur gestion (achats, activités techniques et administratives, instituts de formation paramédicale, activités médico techniques. Or la désignation de cet établissement support repose sur la décision des conseils de surveillance des ES impliquées dans le GHT (à minorité médicale) ou à défaut par le directeur de l'ARS après avis

du comité territorial des élus. Il apparaît donc que pour deux paramètres clé de la mise en place des GHT (convention, ESS), la prise en compte de l'aspect médical est drastiquement minoritaire, tandis que celui de l'aspect financier et politique est prépondérant.

| Comité territorial des élus                      | ARS   | GHT                                 | Impacts sur les Etablissement de santé (ES)              | impact sur les Patients   | impact sur les PH  |  |                        |                               |
|--|---|-------------------------------------|--|---|--|--|------------------------|-------------------------------|
|  | EPRD  | Rationalisation<br>Modes de gestion | Obligation à une convention de GHT                       | égalité d'accès aux soins sécurisés et de qualité                                       |  |  |                        |                               |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Apprécient la conformité des conventions avec le projet régional de santé</b></li> <li>• <b>Approuvent</b></li> <li>• <b>Modifient</b></li> </ul> | Conventions entre ES                | 1 - Activités inter ES                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en commun</li> <li>• Transfert</li> </ul> | Prise en charge graduée et commune offre de soins de proximité, accès à une offre de recours et de référence | Projet médical partagé<br>équipes médicales communes<br>pôles inter-établissements |                        |                               |
|  |   |                                     | 2 - Organisation   | Activités médicales   |  | Postes nominations   |                        |                               |
|  |   |                                     |  | commune   |  | Biologie médicale  |                        |                               |
|  |   |                                     |  | +/- pole inter ES   | <b>Mobilité entre les ES</b>   | Imagerie diagnostique et interventionnelle   |                        |                               |
|  |   |                                     |  | 3 - Répartition   | Emplois  |  | Emplois médicaux       |                               |
| Avis   |   |                                     | Désignation par défaut de l'ESS                          |   | 4 - ES support (ESS)   | Désigné par 2/3 conseils de surveillance (4)                                       |                        |                               |
|  |   |                                     |  |   | 5 - Doit gérer   | Gestion commune des SIM  | Dossier patient commun |                               |
|  |   |                                     |  |   |  | Gestion d'un DIMT  |                        | DIM responsable de territoire |
|  |   |                                     |  |   |  | Achats   |                        |                               |
|  |   |                                     |  |   |  | Coordination des instituts de formation PM   |                        |                               |
|  |   |                                     | 6 - Peut gérer   | Pôles inter ES  |  |  |                        |                               |
|  |   |                                     |  | Activités administratives et techniques   |  |  |                        |                               |
|  |   |                                     |  | Activités médico techniques   | <b>Mobilité entre les ES</b>   |  |                        |                               |
|  |   |                                     | 7 - Comité stratégique de mise en œuvre de la convention | <b>DH, PDSI, PDSR, PCSMT</b><br>PCME de l'ensemble des ES                               |  |  |                        |                               |
|  |   |                                     | 8 - Projet médical partagé                               | Articulation ?<br>Instance commune  |  | CME  |                        |                               |
| Évaluation des actions mises en œuvre par le GHT |   |                                     | 9 - Rôle du comité territorial d'élus                    |   | Garantir l'accès à des soins sécurisés et de qualité : paramètres d'évaluation ?                             |  |                        |                               |
|  |   |                                     | 10 - Associations entre CHU et ES                        | Coordination  |  | Enseignement recherche   |                        |                               |
|  |   |                                     |  | Gestion   |  | Démographie médicale   |                        |                               |
|  |   |                                     |  |   | <b>Mobilité entre les ES</b>   | Missions de référence et de recours  |                        |                               |

**L'article L. 6132-7 définit les modalités pratiques de mise en œuvre : par décret en Conseil d'Etat** qui « *détermine les conditions d'application du présent chapitre* », dont la définition du projet médical partagé, les conditions dans lesquelles est accordée la dérogation (à l'appartenance à un GHT), les conditions d'élaboration de la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire,

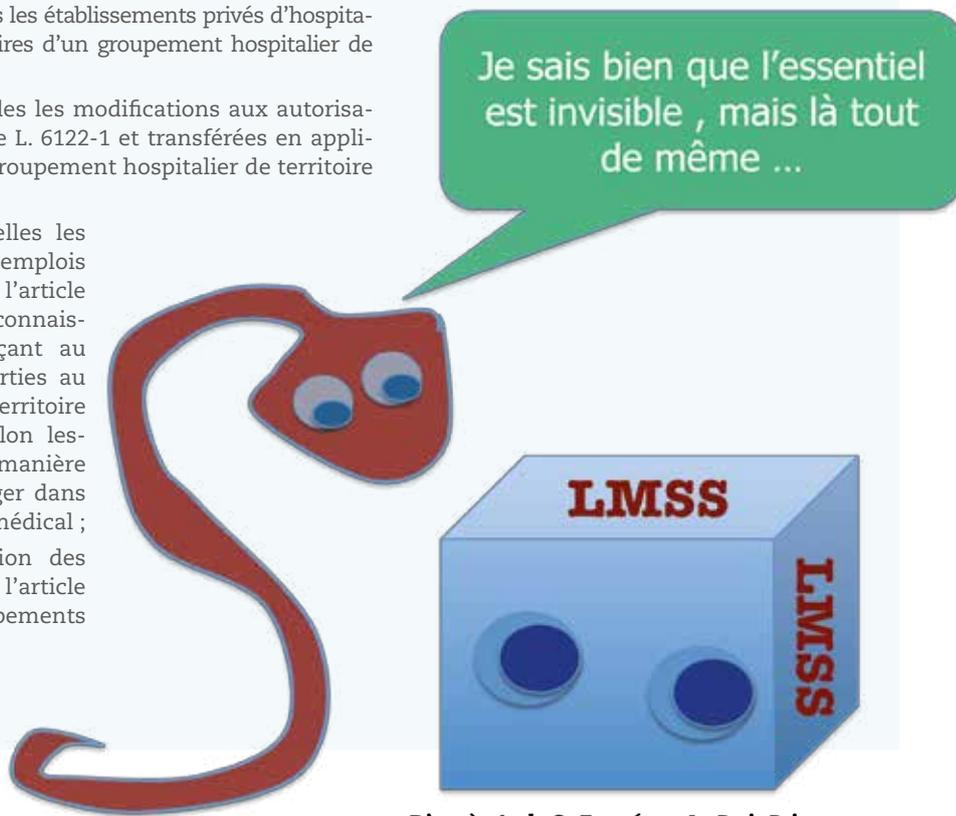
les conditions dans lesquelles les postes (découlant du projet médical partagé et inclus dans des équipes médicales communes) sont portés à la connaissance des praticiens ainsi que les modalités selon lesquelles ils sont pourvus, les conditions de délégation des fonctions. En dernière partie sont abordées les modalités de transformation des communautés hospitalières déjà existantes en GHT.

La mise en œuvre par décret signifie que la loi, aussi précise soit-elle aujourd'hui, n'a pour l'instant qu'une valeur d'intention (d'incantation ?) : elle est un contenant dont le contenu n'est pas encore connu ; on comprend alors toute l'inquiétude des intervenants du GH dans l'attente du passage à l'acte que seront les promulgations des décrets.

### Article L6132-7

**Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application** du présent chapitre, notamment :

- 1° La définition du projet médical partagé prévu au II de l'article L. 6132-2 ;
- 2° Les conditions dans lesquelles est accordée la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 ;
- 3° Les conditions d'élaboration de la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire ;
- 4° Les conditions dans lesquelles les établissements privés d'hospitalisation peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire ;
- 5° Les conditions dans lesquelles les modifications aux autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1 et transférées en application de la convention de groupement hospitalier de territoire sont approuvées ;
- 6° Les conditions dans lesquelles les postes correspondant aux emplois mentionnés au 4° du II de l'article L. 6132-2 sont portés à la connaissance des praticiens exerçant au sein des établissements parties au groupement hospitalier de territoire ainsi que les modalités selon lesquelles ils sont pourvus, de manière à leur permettre de s'engager dans la mise en œuvre du projet médical ;
- 7° Les conditions de délégation des fonctions mentionnées à l'article L. 6132-3 au sein des groupements hospitaliers de territoire.



D'après A. de St Exupéry « Le Petit Prince »

## CONTEXTE

Dans la note N°20 (février 2015) du conseil d'analyse économique (CAE) est abordée la problématique « **promouvoir l'égalité des chances à travers le territoire**. Pour les auteurs, dont l'abord est économique (*comment concilier les objectifs d'équité territoriale et de croissance macroéconomique*) **deux réponses possibles : la « classique » : ré-**

**partir l'activité sur le territoire, et la « moderne » : concentrer les moyens de production en certains lieux de territoire et répartir les fruits de la croissance sur l'ensemble du territoire, la réalisation de cette répartition relevant de la responsabilité des autorités publiques** « en matière d'éducation, d'accès à l'emploi et de santé ».

Se penchant plus spécifiquement sur le domaine de la santé, les auteurs soulignent la persistance de fortes inégalités d'accès à la santé, reflétée par les différences interrégionales d'espérance de vie. Ils soulignent même la tendance à leur accentuation, alors même que « la réduction des inégalités en termes d'éducation, d'accès à l'emploi ou de

revenus disponibles devrait contribuer à diminuer les différentiels d'espérance de vie entre régions ou départements ». Selon les auteurs, ces inégalités sont certes sous-tendues par des inégalités socioéconomiques, mais le territoire intervient également en tant que tel. Ainsi, les performances hospitalières (en termes de mortalité par une pathologie donnée) varient considérablement d'une région à l'autre, du fait de l'utilisation de thérapeutiques innovantes mais également de l'organisation de l'offre hospitalière « une concentration locale des patients sur de gros hôpitaux réduisant la mortalité ».

Il apparaît ainsi les limites spatiales de l' « **égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité** » qui est subordonnée à une **nécessité de concentration intra territoire pour certaines activités du moins.**

Mais il existe un pendant négatif de cette concentration d'offre de soins qui est une concentration concomitante des dépenses de santé par habitant qui « suivent plus l'offre que les besoins », notamment en termes de soins ambulatoires spécialisés (ce qui est ennuyeux car les soins en ambulatoires sont présentés comme un facteur d'économie... mais peut-être pas pour le patient, cf. MAG 5).

Le CAE préconise donc, dans sa recommandation N°8 de « Renverser la logique actuelle d'affectation des moyens en fonction de la consommation et donc de l'offre médicale, par une affectation du financement de la santé en fonction des besoins des populations et en s'appuyant sur une décentralisation au niveau des Agences régionales de santé ».

Question : comment sont évalués les besoins des populations ?

Réflexion : si les dépenses augmentent avec l'offre médicale, ne sera-t-on pas tenté tôt ou tard, dans la contexte de contrainte économique où nous sommes, de réduire l'offre afin de réduire les dépenses ? (par la prise en charge de gestes médicaux par des paramédicaux par exemple).

Inquiétude : La note ne dit rien de l'impact de la hausse des dépenses de santé par habitant sur la qualité de santé de la population, ce qui malgré tout nous semble important...

Le rapport définitif Hubert/Martineau de mission GHT (\*\*\*) rendu en février 2015 a dressé un état des lieux sur le terrain. Cette mission paritaire (médecin, directeur d'hôpital) souligne la conviction très forte qu'ont les acteurs de terrain de la nécessité d'une « stratégie de groupe » hospitalière afin de préserver l'égalité d'accès aux soins.

Mais la mission souligne la diversité des territoires et préconise une « grande souplesse » dans la mise en place des GHT, en termes de marge de manœuvre pour « les acteurs en responsabilité », responsabilité dont il faut envisager le partage « par des organisations innovantes ».

## L'AVIS DES INTERESSÉS

Si l'outil GHT comme moyen de préservation de l'égalité d'accès aux soins sur le territoire apparaît comme acquis par les acteurs de terrain, son caractère inachevé (décrets à venir) suscite questions et inquiétudes. Il nous a semblé important de recueillir leur avis, que nous vous livrons en fin de dossier, en tant que « acteurs de responsabilité » : présidents de CME (page 24), directeur d'hôpital (page 26), mais aussi d'acteurs responsables impliqués dans les transferts d'activité : DIM, (page 28), Pharmaciens (page 30), ou futurs participants à des équipes médicales communes : chirurgiens, (page 31), psychiatres (page 33).





## Point de vue de Conférence nationale des Présidents de CME des CH

**Dr David Piney**

Secrétaire Général, Conférence nationale des Présidents de CME des Centres Hospitaliers  
Président de CME, CH de Lunéville

La Loi de Modernisation de notre système de santé annonce l'arrivée prochaine de Groupements hospitaliers de territoire (GHT). Si de nombreux débats agitent actuellement la communauté hospitalière pour disposer d'un cadre réglementaire opérationnel, le principe d'une organisation collective de la santé sur un territoire doit rester la cible de chacun. Le projet médical assure aux usagers un égal accès à des soins sécurisés et de qualité. Il doit donner du sens à l'engagement des professionnels et de l'intelligence dans les réorganisations qu'ils pourraient impliquer. **La réussite de la réforme ne reposera en effet que sur l'adhésion des communautés médicales à cette vision car elle implique aussi de nouvelles organisations tant individuelles que collectives.**

**Les conditions et les clés de la réussite ne sont pas totalement réunies à ce jour.** De nombreux signaux convergent pour dénoncer l'orientation de certains découpages déconnectés du caractère nécessairement opérant des GHT et contraires aux parcours de

soins des patients. Certains projets visent en effet actuellement à créer des "macrostructures" connues pour leur inefficience et leur méconnaissance des réalités des territoires et des bassins de vie. Si le travail de préfiguration des GHT engagé par les ARS est utile, il ne doit pas s'imposer aux acteurs sous peine de les enfermer dans des "mariages forcés". L'esprit du législateur doit en ce sens être respecté. Les établissements doivent pouvoir proposer un périmètre différent s'ils arrivent à s'accorder sur une convention constitutive et un projet médical cohérent en termes de gestion et de bassin de population.

La diversité des territoires et l'histoire des coopérations engagées exigent ensuite une certaine souplesse pour organiser une gouvernance opérationnelle garante de la mise en œuvre du projet médical. **Seul un équilibre médico-administratif organisé à tous les niveaux, comme dans les établissements de santé, permettra aux communautés hospitalières de se projeter. Une définition des rôles et prérogatives du directeur**

**et d'un responsable médical en charges du pilotage du GHT sont indispensables pour les dissocier de leurs responsabilités exercées dans leurs établissements.** Cette dichotomie facilitera la transparence des coopérations et limitera les enjeux de pouvoir.

Dans cette perspective, **le responsable médical** doit pouvoir fédérer les communautés médicales des établissements parties au GHT pour élaborer le projet médical partagé, assurer un suivi de sa mise en œuvre, et participer à son évaluation. Il coordonne la politique médicale du GHT. Il est chargé du suivi de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des parcours de soins au sein du GHT. Il est impliqué dans la gestion des activités médicales gérées en commun au sein du GHT. **Il bénéficie d'une légitimité électorale pour assurer ses missions mais n'est pas obligatoirement issu de l'établissement support. De par ses fonctions, il n'a pas nécessairement vocation à être issu d'un collège universitaire si un CHU est partie au groupement.**



La constitution d'une Commission médicale de groupement est à encourager mais elle dépend aussi du degré de maturité des coopérations entre les établissements du GHT. Si la cible est à retenir, commencer par un collège médical représentatif des différentes communautés médicales et animé par un Président de CME peut être utile.

Concernant les organisations médicales, trois niveaux seront à différencier :

- ☒ **La constitution d'équipes médicales de territoire** pour organiser une spécialité entre plusieurs établissements dans une logique de filière et de subsidiarité. Il s'agit d'un levier important pour la réussite d'une organisation territoriale. Elle repose sur de nouvelles modalités de management et d'acceptation des professionnels.
- ☒ **L'animation de filières** confiée à des praticiens identifiés et missionnés pour assurer la cohérence des projets et leur évaluation. Elles ont vocation à organiser les parcours des patients entre les différents services ou pôles des établissements parties au GHT. Elles peuvent concerner plusieurs équipes qui se coordonnent autour d'une même thématique.

- ☒ **La mise en place de pôles inter-établissements.** Ils se substituent aux pôles existants dans les établissements parties aux GHT. Il ne s'agit pas d'une extension des pôles de l'établissement support mais d'une nouvelle disposition approuvée par les établissements concernés. Le chef de pôle inter-établissement est désigné selon des modalités particulières impliquant le Directeur de l'établissement support, même s'il n'y est pas systématiquement rattaché.

**Une politique d'attractivité médicale et de fidélisation doit enfin accompagner le changement culturel attendu.** Elle repose sur le juste dimensionnement des projets médicaux (réponse cohérente aux besoins de santé, gradation des soins, taille des équipes, qualité du plateau technique, organisation de la permanence des soins, convergence des systèmes d'information, pratiques harmonisées...) et sur une réelle reconnaissance de l'exercice territorial et de la pénibilité associée.

**L'adhésion des acteurs médicaux est indispensable pour la réussite des GHT. Elle dépendra en grande partie de l'intérêt professionnel qu'ils trouveront dans un**

**L'adhésion des acteurs médicaux est indispensable pour la réussite des GHT. Elle dépendra en grande partie de l'intérêt professionnel qu'ils trouveront dans un projet médical partagé cohérent et opérationnel.**

**projet médical partagé cohérent et opérationnel.** Le sens donné à de nombreuses coopérations sera probablement impacté par cette réforme. La confiance qui s'est construite au fil du temps ne doit pourtant pas être remise en cause. Les acteurs ont maintenant à s'approprier ce nouvel outil pour construire une offre de santé pérenne et de qualité pour une population qui adhère à nos valeurs.



## Point de vue de Syndicat des Managers Publics de Santé

**Jérémie Sécher**

Président du Syndicat des Managers Publics de Santé

### Quelle vision ont les directeurs d'hôpital des GHT ?

La réforme des groupements hospitaliers de territoire (GHT) est, encore aujourd'hui, une réforme aux contours incertains, notamment sur le degré d'intégration réel des établissements de santé au sein des GHT. Et en raison de ce caractère nébuleux, les opinions et le ressenti des collègues directeurs sont assez divers. Je vais néanmoins faire une synthèse des principales idées et principaux questionnements et attentes que j'ai pu recenser. Cette synthèse est notamment issue du tour de France des régions que j'ai commencé sur le sujet dès mai 2015 et que je finirai d'ici l'été.

Faisons tout d'abord un point sur les conséquences attendues des GHT sur la recomposition de l'offre de soins. Les GHT seront une réforme structurante pour l'hôpital public. L'enjeu global, c'est l'aboutissement d'une stratégie de groupe publique pour l'hôpital au bénéfice des patients. Cela devrait permettre, si la réforme est un succès, de créer des filières de soins mieux structurées pour renforcer l'égalité d'accès aux soins, grâce aux points forts de chaque établissement public de santé.

La Loi prévoit aussi une mutualisation des moyens hospitaliers sur un territoire, visant à réaliser des économies sur certaines fonctions supports, comme les achats.

Soyons clairs, le Syndicat des Managers Publics de Santé a soutenu cette réforme dans ses objectifs depuis le départ, y compris dans son aspect le plus volontariste portant adhésion obligatoire des établissements. Notre syndicat a cependant rappelé à plusieurs reprises que cela ne peut fonctionner que si, et seulement si, le périmètre du GHT est pertinent sur le plan médical et organisationnel.

La cohérence et le caractère prioritaire des projets médicaux partagés doivent être les fondamentaux incontournables des GHT. Notre syndicat porte une vision des GHT en adéquation avec les flux de populations, sur des périmètres géographiques adaptés pour garantir des filières de soins pertinentes et rendre possibles des économies sur un territoire. A ce sujet, il est intéressant de lire les commentaires du rapport de l'IGAS<sup>1</sup> de 2012 sur les super-structures et les risques de déséconomies d'échelle (coûts liés au fonctionnement de siège/périphérie, à la nécessité de créer de nombreuses procédures etc.). Mais ce périmètre raisonnable est aussi vital pour prévenir la dégradation des conditions d'exercice des directeurs, ingénieurs, cadres et médecins liée à l'exercice territorial.

Le risque, si l'on ne prend pas ce paramètre en compte, c'est la démotivation et la perte de sens pour les acteurs qui seraient engagés dans des projets dans lesquels ils ne verraient pas in fine d'amélioration pour le patient et le service public de santé. Et la mise en évidence d'un intérêt à agir pour les acteurs, d'une motivation pour mettre en œuvre une nouvelle réforme complexe d'un système de santé qui ne cesse de se réformer, sera je pense une des clés de la réussite des GHT.

Il s'agira notamment de prendre en compte le coût humain de la réforme, les évolutions fortes des conditions d'exercice et des fonctions des directeurs et cadres comme des praticiens hospitaliers au sein des GHT. Il faut que les pouvoirs publics y apportent une réponse, en termes d'accompagnement des professionnels comme d'évolutions statutaires. Dans le cadre du « big bang » territorial et managérial qu'occasionneront les GHT, il ne serait pas acceptable pour le SMPS que les professionnels hospitaliers paient le prix de la réorganisation du système de santé.

Une deuxième condition indispensable consistera à garantir souplesse et créativité pour les acteurs de terrain afin de répondre véritablement aux besoins locaux. A l'heure de la

<sup>1</sup> Rapport de l'IGAS de 2012, intitulé « Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années ? »



concertation relative aux décrets d'application, les pouvoirs publics doivent entendre les communautés hospitalières et leur manifester la plus grande confiance. Il en va du succès de la réforme. C'est pourquoi le SMPS s'est uni avec l'INPH pour demander une clarification de la vision des GHT et une réécriture du projet de décret d'application tel que présenté aux syndicats de directeurs et praticiens hospitaliers le 24 février dernier.

Si cette version est moins intrusive et directive que la précédente, le SMPS considère que ce texte doit être considérablement amélioré, sous peine de ne pouvoir mettre en œuvre les futurs GHT. Nous proposons notamment d'introduire une distinction entre deux modèles de GHT : certains seront en direction commune et pourront ainsi aller vers une intégration croissante ; les autres - tous ceux qui ne seront pas en direction commune - se dirigeront vers

un mode de coopération simple et de coordination des activités.

Nous demandons également une convention constitutive et un projet médical simplifiés dans le cadre du calendrier proposé. Pour le projet médical notamment, il nous semble indispensable de ne pas rentrer pas dans le détail de l'organisation des filières de soins, pour permettre aux établissements du GHT de s'adapter à l'évolution permanente de la demande de soins.

Les souhaits portés par le SMPS comme représentant les directeurs, des ingénieurs et des cadres sur les GHT tournent autour de trois axes : clarifier l'objectif cible des GHT qui devra être médicalement, managérialement et économiquement pertinent ; donner de la souplesse et du temps pour s'adapter aux contextes locaux et pouvoir mener une démarche concertée notamment sur le pro-

## **La cohérence et le caractère prioritaire des projets médicaux partagés doivent être les fondamentaux incontournables des GHT.**

jet médical partagé ; prendre en compte les professionnels, en particulier les directeurs, ingénieurs, cadres et praticiens hospitaliers qui seront les premiers impactés par la réforme.

Pour le SMPS, ces trois axes devront être menés de front par les pouvoirs publics pour que les groupements hospitaliers de territoire soient une réforme utile et améliorent l'accès aux soins de qualité des patients.



## Point de vue du DIM

**Annie Serfaty**

Médecin de santé publique, Département de l'Information Médicale  
APHP Groupe hospitalier Trousseau La Roche Guyon  
Hôpitaux Universitaires Est Parisiens

### Le « Territoire de Santé », une notion qui a évolué depuis les années 70

D'un espace de planification de l'offre de soins, à des activités concertées en santé publique.

La carte sanitaire est l'instrument de planification de l'offre hospitalière par la répartition quantitative des équipements [Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970]. Des réseaux de soins commencent à émerger en France, dans le début des années 80 ; actions expérimentales visant à mieux coordonner les soins pour une prise en charge globale centrée sur la personne. La circulaire ministérielle relative à la mise en place des réseaux ville – hôpital parait le 4 juin 1991. La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière définit les Schémas régionaux de l'organisation sanitaire (Sros), comme instrument de planification sanitaire sur un bassin de population et non sur la seule répartition quantitative des lits et équipements.

L'institutionnalisation des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) [ordonnance du 24 avril 1996], inscrit la planification de l'offre de soins dans une politique régionale sur la base des Sros. L'offre est régulée par des autorisations d'activité et des dotations en équipements lourds. De plus, cette ordonnance fixe aux réseaux de soins un triple objectif : assurer la continuité et la coordination des soins, favoriser l'orientation adéquate des patients et apporter des réponses graduées aux besoins de santé. Rapidement, ces réseaux deviennent réseaux de santé avec la loi du 4 mars 2002, qui se voient attri-

buer des missions de santé publique : « ...peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations... » [Article L.6321-1 du code de la Santé publique].

L'Ordonnance du 4 septembre 2003 supprime la carte sanitaire. Le Sros devient l'outil unique de planification et les "secteurs sanitaires" sont remplacés par les "territoires de santé". Le Groupement de coopération sanitaire (GCS) devient le cadre naturel des coopérations sanitaires entre établissements publics et privés et des réseaux de santé. Les nouveaux Sros s'inscrivent dans une organisation territoriale pour maintenir ou développer des activités de proximité et garantir une offre de soins adaptée aux besoins de la population.

Le territoire de santé remplace le secteur sanitaire et devient le cadre réglementaire de l'organisation des soins, dont les contours sont définis par les ARH. Les projets médicaux sont désormais territorialisés et font l'objet d'une concertation entre les acteurs du champ de la santé au sens large en impliquant le secteur médico-social, les élus et les usagers.

La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) (2009) prévoit que « l'Agence Régionale de Santé » (ARS) définisse des territoires de santé pertinents

pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours ». (art. L.1434-16 du code de la Santé Publique). L'esprit des ARS est de décloisonner l'action médico-sociale de l'action sociale.

Le groupement hospitalier de territoire (GHT), une innovation de la loi 2016 de modernisation du système de santé, est un dispositif qui régit la coopération entre plusieurs établissements publics de santé d'un même territoire.



## L'information médicale : un enjeu majeur

### Des missions de DIM d'établissement de santé à celles d'un DIM de GHT, voire de territoire de santé.

La création des départements d'information médicale (DIM) date de la circulaire n°275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics ayant au moins 200 lits. Cette circulaire précise notamment la fonction de recueil de l'information médicale (IM) dans le cadre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), dans la gestion des dossiers médicaux, le conseil et l'expertise en matière d'analyse de l'IM. Elle pose les principes de la transparence et confidentialité encadrant le PMSI. Le DIM est inscrit dans un département pour garantir l'exercice de ces missions transversales sur l'ensemble des services cliniques et médicotecniques d'un établissement de santé. Cette circulaire intégrait déjà la notion de coopération hospitalière dans le domaine de l'IM.

Le décret « Relatif aux groupements hospitaliers de territoire », inscrit le DIM dans la section V : « Fonctions mutualisées ». Les missions proposées sont assez similaires

des missions initiales, à savoir : « l'assurance de l'exhaustivité et de la qualité des données transmises, l'analyse de l'activité et médico-économique des données, en vue de leur utilisation dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'établissement parties et du projet médical partagé, sa participation à la mise en œuvre des dispositions relatives à la protection des données médicales nominatives des patients. Il Contribue aux travaux de recherche clinique, épidémiologique, informatique de santé et médico-économique des établissements parties au groupement hospitalier de territoire. ».

Alors comment imaginer la traduction des missions des DIM de GHT dans le cadre d'un territoire de santé, si la mission princeps de la loi santé de 2016 [LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé] est de réduire les inégalités de santé en privilégiant un parcours de santé de proximité ?

La réponse aux impératifs de la loi nécessite d'envisager plus qu'une analyse médico-économique des données au niveau des établissements parties au GHT, une analyse des données à un niveau territorial. Cette analyse des données viserait à mesurer le recours aux soins et de santé présent sur le territoire, à celles des données de recours aux soins de la population domiciliée sur le territoire. De plus, il apparaît comme primordial de procéder à la mesure des écarts des données de recours aux soins et de prévention, et du parcours de santé des personnes vivant sur le territoire, par rapport aux besoins de santé de la population vivant sur le territoire. En effet, la recherche de l'adéquation entre besoins de la population du territoire avec l'offre de prévention et de prise en charge, à l'image des réseaux de santé, est un impératif de santé publique, pour suivre les indicateurs d'inégalité en santé.

## En conclusion

La loi santé 2016, ouvre un champ à remplir dans l'exercice des missions des DIM de GHT « le DIM de territoire » : de l'assurance qualité de la Production professionnalisée du PMSI, dans la proximité des patients et des acteurs à l'identification des écarts entre besoins de la population du territoire et l'accès

à l'offre de soins et de prévention. La certification des comptes des établissements de santé est une opportunité pour pouvoir exercer la mission d'assurance qualité du recueil des données et leur fiabilité, notamment dans le cadre du PMSI, à condition que les moyens en termes de ressources humaines

soient en adéquation avec la mission toute aussi fondamentale, qui est celle de l'analyse des données, pour que l'espace de planification de l'offre de soins, s'oriente vers des activités concertées en santé publique, comme celle des réseaux de santé.

## Références indicatives

- » Coldefy M, Lucas-Gabrielli V.(Irdes). Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification. Irdes. 2008 ;31p.
- » Hubert J, Martineau F. Mission Groupements Hospitaliers de Territoire. Ministère de la santé et des droits des femmes. Mars 2015. 52p.
- » Serfaty A, Gold F, Benifla JL, Breart G. [The eastern Paris perinatal network (2008-2010). Defining the target population and assessing health needs]. Rev Epidemiol Sante Publique. Apr 2010;58(2):127-138.
- » Serfaty A, Gold F, Benifla JL, Breart G. From knowledge to planning considerations: a matrix to assess health needs for the perinatal network in eastern Paris. Eur J Public Health. Aug 2011;21(4):504-511.
- » [http://intranet.apmnews.info/print\\_story.php?numero=268433](http://intranet.apmnews.info/print_story.php?numero=268433)



## GHT, une opportunité à haut risque pour les pharmaciens hospitaliers

**Dr Patrick Leglise**  
Président du SYNPREFH

La Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 propose la création de Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) afin de permettre une prise en charge homogène de tous les malades sur un territoire, dans le cadre d'une gradation des plateaux techniques, organisée et contrôlée au niveau régional par l'ARS.

La loi impacte de façon importante les futures organisations des activités médicotéchniques des établissements membres et notamment les activités des Pharmacies à Usage Intérieur (PUI). Par voie d'ordonnances, le gouvernement peut désormais prendre diverses mesures visant à simplifier le cadre réglementaire des activités pharmaceutiques hospitalières afin de le rendre compatible avec la mise en œuvre des GHT, particulièrement en facilitant les coopérations entre PUI.

Le projet d'ordonnance concernant les PUI a été présenté aux inter-syndicats de praticiens hospitaliers le 24 février 2016.

L'INPH et le SYNPREFH, favorables à la mise en place des GHT et à la coopération entre PUI d'un même territoire, défendent les intérêts des praticiens hospitaliers qui seront au cœur du dispositif, acteurs dans sa réussite, dans un double objectif de meilleure prise en charge des patients et de garantie de sécurisation du circuit des produits de santé.

Au-delà de leurs missions contribuant au bon usage des médicaments et dispositifs médicaux stériles au sein des établissements de santé, **les PUI, et notamment les pharmaciens chargés de leur gérance, ont**

**une obligation de résultat vis-à-vis de la communauté nationale à garantir la continuité pharmaceutique du circuit des médicaments qui est la condition sine qua none de la lutte contre tout trafic, charlatanisme, malveillance et contrefaçon concernant les médicaments.**

Parce que les médicaments et dispositifs médicaux stériles ne sont pas des produits dématérialisables comme les résultats de biologie médicale ou d'imagerie, Parce que la pharmacie hospitalière n'est pas une activité médico-technique comme les autres, l'INPH et le SYNPREFH portent une attention particulière sur plusieurs principes :

- ☑ L'INPH et le SYNPREFH s'opposent à la notion de pharmacie unique de territoire centrée sur l'établissement support. **Cette voie est antinomique entre missions et responsabilités des pharmaciens** chargés de gérance des PUI des établissements membres au GHT et non adaptée à l'efficacité des activités pharmaceutiques à l'échelle des GHT.
- ☑ Les activités pharmaceutiques des GHT doivent être définies autour d'un projet pharmaceutique de territoire obligatoire intégré au projet médical partagé.
- ☑ Pour répondre aux objectifs du projet pharmaceutique de territoire l'INPH et le SYNPREFH proposent que des conventions de coopération soient établies, sur proposition des pharmacies à usage intérieur des établissements membres.

☑ L'INPH et le SYNPREFH proposent que les différentes PUI des établissements membres du GHT puissent le cas échéant, sous forme de pôles inter-établissements après concertation et avis conforme de l'ensemble des pharmaciens (être ?) chargés de gérance des PUI du GHT.

☑ L'INPH et le SYNPREFH souhaitent que l'activité d'approvisionnement liée aux produits pharmaceutiques (médicaments et dispositifs médicaux stériles) soit clairement exclue de la fonction achat afin que l'indépendance d'exercice du pharmacien chargé de gérance soit préservée et que la chaîne de responsabilité pharmaceutique ne soit pas rompue.

L'INPH et le SYNPREFH se félicitent de l'intégration de la pharmacie clinique dans les activités des PUI et considèrent ce point comme une avancée majeure pour l'amélioration de la prise en charge médicalemente des patients notamment tout au long de leurs parcours de soins au sein des filières médico-chirurgicales définies par le projet médical partagé du GHT.





## Point de vue du Syndicat des Praticiens de Santé (FPS)

**Dr. Patricio Trujillo Gutierrez**

Président de la FPS

Chirurgien Viscéral et Digestif

Chef de l'unité de Chirurgie Viscérale et Digestive du Centre Hospitalier Sud Essonne

Conscients de l'importance de leur rôle et de l'implication dans la possible réussite ou échec du projet médical partagé pièce maîtresse de la stratégie du futur Groupement Hospitalier du Territoire (GHT), les praticiens hospitaliers décident non seulement de rester les principaux acteurs mais demeurent vigilants afin de défendre leur statut et revaloriser leur carrière la moins attrayantes en Europe.

Le projet du GHT ne va pas bouleverser la pratique quotidienne des professionnels de santé exerçant dans les établissements publics puisqu'il tend à officialiser ce qui se passe sur le terrain, « dans la vraie vie ».

Il s'agit de regrouper (mutualiser) des établissements de la même région ou département au sein d'un groupement hospitalier avec un directeur des directeurs, une CME des CME, un président des présidents de CME ainsi que des pôles référents avec leur chef de plusieurs chefs de pôles.

La pratique de la médecine hospitalière de nos jours en France n'est plus celle des années 90 puisque tous les établissements collaborent de manière graduée CHG-CIC-CHRU-CHU dont le but principal est d'assurer aux usagers la même qualité de soins et une sécurité optimale.

Ce n'est pas le volet relatif au projet médical du GHT qui inquiète mais celui relatif aux modalités de fonctionnement et surtout la désignation des instances communes et leurs représentants.

Comment envisagera-t-on une représentativité équitable inter-établissements dans une région alors qu'elle est loin de satisfaire l'ensemble de la communauté médicale au sein d'un seul établissement ?

### Loi HPST

Les praticiens hospitaliers désirent obtenir des précisions sur :

- ☑ La désignation des instances communes, la nomination ou le vote de la CME du GHT ainsi que le rôle de l'ARS.
- ☑ La convention du GH, la représentativité équilibrée du personnel.
- ☑ La nouvelle répartition des emplois.

Il est évident que la politique d'achats, le contrôle de gestion et les activités d'approvisionnement seront le nerf de la guerre en raison des économies visées par la tutelle.

Les praticiens de santé n'ont pas attendu l'élaboration du projet GHT pour mettre en place des pôles d'activités cliniques et médicotéchniques entre les établisse-

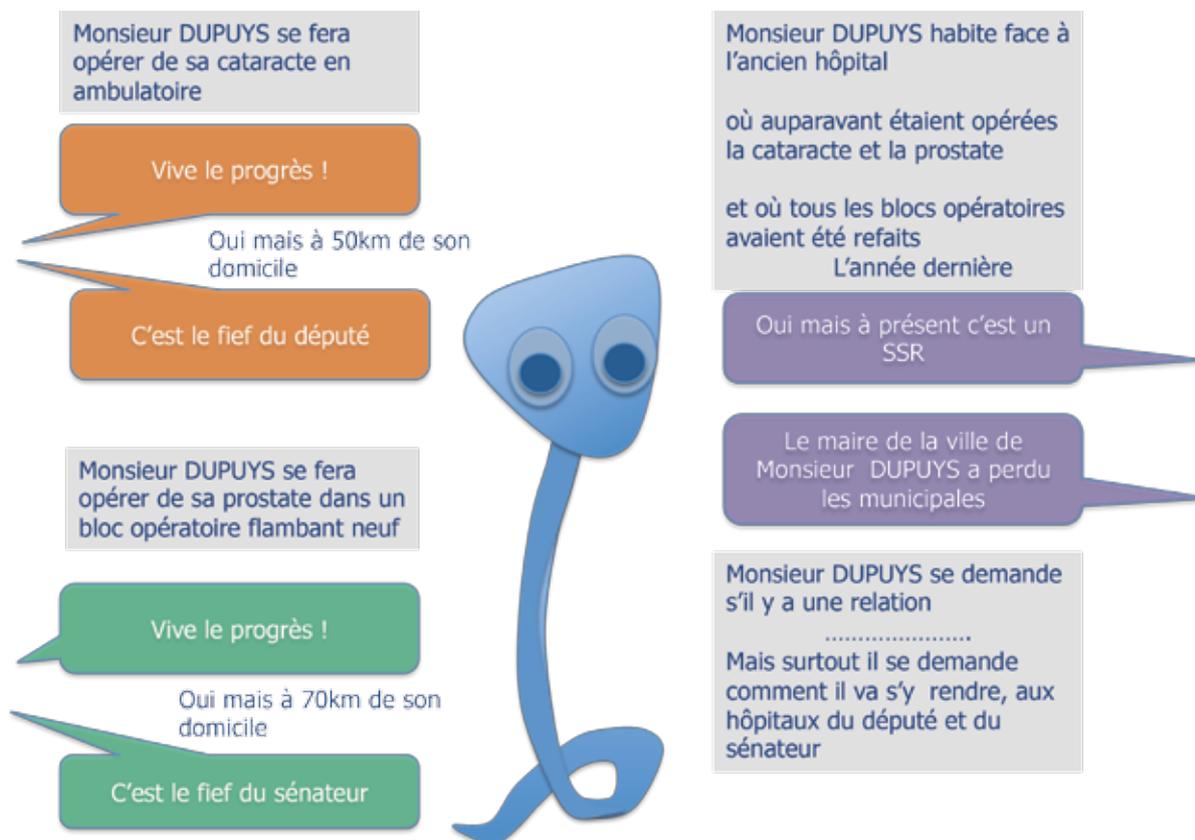
## Les praticiens de santé n'ont pas attendu l'élaboration du projet GHT pour mettre en place des pôles d'activités cliniques et médicotéchniques entre les établissements...

ments puisqu'ils s'imposent à eux-même une rigueur et des pratiques basées sur les dernières recommandations scientifiques mises à jour régulièrement par les sociétés savantes et validées par la HAS.

Ceci intéresse principalement la cancérologie avec ses RCP référentes dans des centres validés.

La chirurgie lourde, spécialisée notamment en cancérologie ne peut être réalisée que dans des centres référents.

Les techniques interventionnelles (radiologie, cardiologie, endoscopie digestive) nécessitent des moyens lourds en plateau technique et personnel qualifié.



Va-t-on voir des hôpitaux dits de proximité se vouer aux consultations, au suivi et à l'accueil des urgences uniquement pendant la journée ?

Va-t-on voir une augmentation massive de la charge de travail au sein des futurs établissements dits référents tout en gardant le même nombre de médecins et de personnels déjà à la limite du burnout ?

Va-t-on garder le même nombre de matériel vieillissant, le même nombre de personnel de bloc et des plateaux techniques ?

Va-t-on déshabiller Paul pour habiller Jacques ?

Les praticiens de santé ouverts à tout projet visant l'amélioration de la qualité des soins s'inquiètent par ailleurs du « superpouvoir » accordé à un chef des chefs de pôles qui aura autorité « fonctionnelle » sur l'ensemble du personnel :

- Médical.
- Soignant.
- Administratif.

Le chef des chefs de pôle organise l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités et des lieux de réalisation de l'activité.

La nomination et le statut du praticien hospitalier sont des acquis indiscutables, raison pour laquelle nous disons non au nouveau statut de praticien hospitalier nomade, non au médecin nomade inter-établissements et appelons à une revalorisation de la carrière des praticiens.

Le GHT semble gigantesque comme projet, novateur mais malheureusement mal élaboré et trop imprécis pour un hôpital public qui se trouve confronté à deux échéances majeures, l'une actuelle, plombée par la crise budgétaire ; l'autre en 2020 (dans 4 ans) : 30 % des praticiens hospitaliers partiront à la retraite.

**La nomination et le statut du praticien hospitalier sont des acquis indiscutables, raison pour laquelle nous disons non au nouveau statut de praticien hospitalier nomade...**



Jean Paul Bouvattier



Angelo Poli



Michel Triantafyllou

### Les Effets de la Territorialisation sur l'Organisation de la Psychiatrie

#### Le secteur de Psychiatrie Publique

Le secteur de psychiatrie publique a été initié par la circulaire du 15 mars 1960 et défini par la circulaire du 16 mars 1972 complétée par les évolutions réglementaires qui se sont succédées jusqu'à aujourd'hui.

Le territoire national est découpé en aires géographiques juxtaposées appelées "secteurs". Ceci constitue déjà une organisation territoriale marquée dès l'origine par une volonté ambulatoire forte.

Le secteur se définit par la mise à disposition d'un service public de protection en santé mentale à une communauté géo-démographique.

Le principe fondamental du secteur est le refus de la ségrégation du malade mental.

Cela implique de la part de l'équipe soignante pluriprofessionnelle une volonté d'intégration, de maintien ou de réintégration du patient dans son milieu familial et social.

Le second principe est la continuité des soins : le parcours de soins et de vie des patients sont conçus dans la continuité de leur prise en charge entre lieux d'hébergement, lieux de prise en charge ambulatoire et domicile, garantie par la même équipe pluriprofessionnelle dite équipe de secteur psychiatrique.

L'organisation du secteur de psychiatrie a donc été pensée dans une perspective de réseau qui favorise les liens avec les équipes des différents services et avec les institutions médicosociales et sociales qui interviennent auprès des patients dans le domaine de la santé mentale et qui permet des actions coordonnées en termes de prévention, d'éducation sanitaire, d'organisation des soins et de devenir des patients.

Les équipements du secteur psychiatrique découlent de cette définition (Arrêté du 14.03.1986) :

- ☒ Equipements et services ne comportant pas d'hébergement :
  - Centres médico-psychologiques (CMP) ;
  - Centres d'accueil permanent ;
  - Hôpitaux de jour (HDJ) ;
  - Ateliers thérapeutiques ;
  - Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ;
  - Services d'hospitalisation à domicile (HAD).
- ☒ Equipements et services comportant l'hébergement
  - Unités d'hospitalisation à temps complet ;
  - Centres de crise ;
  - Hôpitaux de nuit ;
  - Appartements thérapeutiques ;
  - Centres de postcure ;
  - Services de placement familial thérapeutique.

Ce même décret institue l'existence de trois types de secteurs :

- ☒ Les secteurs de psychiatrie générale répondant aux besoins de la population âgée de plus de 16 ans.
- ☒ Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile pour les enfants et adolescents correspondant à une aire géographique desservie par un ou plusieurs secteurs de psychiatrie générale.
- ☒ Les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire répondant aux besoins de santé mentale d'une population incarcérée dans les établissements relevant d'une région pénitentiaire. Ces secteurs sont rattachés à un établissement hospitalier public et comportent, en particulier, un Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) aménagé dans un établissement pénitentiaire qui peut assurer en outre une mission de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Pour ce qui concerne les patients mineurs entre 16 et 18 ans, les textes permettent une certaine souplesse s'agissant de l'accueil dans le secteur de psychiatrie générale ou dans le secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

Le choix devra être déterminé dans l'intérêt du patient, après discussion entre le secteur infanto-juvénile et le secteur adulte concernés.

L'équipe de santé mentale de référence est désignée en fonction du domicile des parents ou de la personne titulaire de l'autorité parentale.

Quatre principes de base s'appliquent en matière de sectorisation psychiatrique :

- ☒ La sectorisation en psychiatrie garantit, au sein d'une aire géographique donnée, l'accès et la continuité des soins au plus près du lieu de vie du patient.
- ☒ La désignation du secteur psychiatrique est déterminée par l'adresse du domicile du patient.
- ☒ En l'absence de domicile stable, la sectorisation psychiatrique ne doit pas être un frein à l'accès et à la continuité des soins pour le patient. Dans ce cas, le secteur psychiatrique de référence sera désigné en fonction de la « résidence habituelle » du patient.
- ☒ Toute personne « faisant l'objet de soins psychiatriques » ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence.

### **Loi de modernisation du Système de Santé (LMSS), Organisation Territoriale de la Psychiatrie Publique et GHT**

Visant dès sa conception à l'organisation d'un service public territorial de santé, puis à un service territorial de santé au public, la Loi de Modernisation du Système de Santé prévoit, dans son article 65, l'organisation de communautés professionnelles territoriales de santé.

Malgré ces glissements sémantiques successifs, la Loi dans son article 69 prévoit la mise en place du "projet territorial de santé mentale".

Elle réintroduit ainsi la mission de secteur de psychiatrie qui avait dis-

paru dans la loi HPST et reconnaît la pertinence du modèle d'organisation territoriale que constitue le secteur de psychiatrie publique ainsi que sa spécificité.

Dans ce même article elle instaure un projet territorial de santé mentale dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture. Elle ne fait ainsi que rappeler et conforter nos pratiques de secteur.

Ce projet territorial, défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale établi par les acteurs de santé du territoire, associe les représentants des usagers, les professionnels de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les services et les établissements de l'état concernés, les collectivités territoriales ainsi que les conseils locaux de santé et les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM). Elle donne ainsi une existence légale aux CLSM existants et à venir.

Le projet territorial permet également " la coordination territoriale de second niveau, qui est déclinée dans l'organisation des parcours de proximité, de façon à assurer à chaque patient, notamment aux patients pris en charge dans le cadre de la mission de psychiatrie de secteur, l'accès à l'ensemble de dispositifs et de services ".

Un autre enjeu majeur de cette nouvelle loi de santé est la création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT).

Le Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public (SPEP), partie prenante de L'INPH, a défendu l'organisation de GHT spécifiques à la Psychiatrie.

Nous n'avons pas obtenu que ce dispositif soit inscrit dans la loi comme le modèle d'organisation de la psychiatrie publique. Sur les 120 à 140

GHT prévus, seuls 15 à 25 seront des GHT de Psychiatrie.

Par ailleurs, le SPEP, soutenu par l'INPH, a présenté des propositions visant à la création de Communautés Psychiatriques de Territoire (CPT), et à garantir leur mise en œuvre et leurs modalités de fonctionnement.

Elles sont proposées dans le cadre de la discussion du décret d'application des GHT. Le texte doit selon nos propositions :

- ☒ Inciter et garantir l'implication au sein de la CPT de tous les acteurs en santé mentale qui font partie du GHT "généraliste" (ou "polyvalent").
- ☒ Prévoir d'y associer les acteurs médico-sociaux sous une forme à définir.
- ☒ Affirmer la nécessité d'un projet médical partagé en santé mentale et garantir son inscription dans le Projet Médical du GHT.
- ☒ Etablir les relations fonctionnelles avec le GHT et le mode de représentation de la filière Santé Mentale (CPT) au sein des instances de gouvernance du GHT et de la Commission Médicale du Groupement.

Pour conclure, la psychiatrie publique a été le précurseur de la territorialisation en santé et s'inscrit sans difficulté dans les nouveaux dispositifs de la Loi de Modernisation du Système de Santé. L'article 69 réintroduit dans la loi l'existence du secteur de psychiatrie publique qui voit ainsi sa spécificité reconnue.

Toutefois, nous n'avons pas obtenu la reconnaissance de cette même spécificité dans le cadre de la mise en œuvre des GHT. La constitution des Communautés Psychiatrique de Territoire (CPT) constitue donc un enjeu majeur qui engage le devenir de la discipline.

# CONCLUSION

Ainsi que rapporté par la mission Hubert/Martineau, l'implication et le souhait d'aboutissement des acteurs de terrain sont grands, et vont au-delà des clivages « corporatistes » (4 : **note commune praticiens hospitaliers, cadres et directeurs d'hôpital**). Néanmoins, l'importance des enjeux nécessite que soit accouché un texte vivant (intégrant l'implication de tous les acteurs : c'est l'enjeu de la gouvernance des GHT) et viable pour les patients (c'est l'enjeu de la logique médicale primordiale). A ces fins, l'INPH préconise 13 bonnes pratiques. Tout reste à faire, mais tout reste possible.

## INPH et GHT : 13 BONNES PRATIQUES

Les GHT (groupements hospitaliers de territoires) sont définis à l'article 107 de la Loi de modernisation du système de santé et précisés par un décret en conseil d'Etat en cours d'écriture. Concernant la psychia-

trie, ces textes sont complétés par l'article 69 de la Loi et un décret en conseil d'Etat en cours d'écriture.

But de la création des GHT : Permettre une prise en charge homo-

gène de tous les malades sur un territoire, dans le cadre d'une gradation des activités et des plateaux techniques, organisée et contrôlée au niveau régional par l'ARS.

### 1° LES CONDITIONS DE CONSTITUTION DES GHT

La constitution des GHT ne doit pas être réalisée avec le regard de l'aménagement territorial.

L'INPH demande impérativement que la constitution d'un GHT soit basée sur une démarche MÉDICALE.

C'est le projet médical partagé qui en fixe les contours, les objectifs et le fonctionnement.

C'est la convention constitutive qui crée le GHT, elle comporte deux volets :

- ☒ Le projet médical partagé qui devra être soumis à l'avis de chacune des CME des établissements parties du GHT ainsi que des CTE et CSIRMT.
- ☒ La description des modalités de fonctionnement et notamment des instances communes.

L'INPH demande que le périmètre du GHT évite le gigantisme et que sa définition fasse l'objet d'une concertation avec les établissements constitutifs du futur GHT.

La convention constitutive est approuvée par l'ARS.

L'INPH rappelle qu'une réunion de la CRP sera indispensable car elle est en particulier compétente sur la permanence des soins et les modifications structurelles des établissements concernant les emplois de PH.

### 2° LE PILOTAGE DES GHT

☒ La désignation de l'établissement support doit être approuvée par les deux tiers des conseils de surveillance des établissements parties du GHT.

☒ Le comité stratégique est chargé de la mise en œuvre de la convention et du projet médical. Sa composition sera fixée par la convention constitutive.

L'INPH réclame que ce comité soit calqué sur les directoires de chacun des établissements ainsi permettant une majorité médicale de sa composition. Il serait présidé par le directeur général de l'établissement support. Le président de la CME du GHT en serait le vice-président.

☒ La CME de GHT (CMG) est optionnelle dans la Loi.

L'INPH demande que cette instance soit obligatoire. Son président aurait la responsabilité de la stratégie médicale du GHT et serait assisté d'un vice-président.

Les modalités de constitution de ces 2 instances relèveraient du règlement intérieur du GHT qui sera soumis à l'avis des CME et CTE des établissements membres.

☒ Le comité territorial des élus locaux sera le garant de l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.



### 3° L'EXERCICE MÉDICAL AU SEIN D'UN GHT

3 modes d'exercice pourront cohabiter :

- ☒ La création du GHT n'aboutit à aucun changement pour le service et/ou la spécialité qui reste dans le même établissement. Il n'y aura pas de modification de l'affectation du praticien.
- ☒ Le regroupement d'activité acté par le projet médical partagé fait disparaître une activité sur un

site pour la regrouper en totalité sur un des établissements parties du GHT. Le projet médical doit détailler les activités transférées sur cet établissement et les modalités d'exercice des praticiens. Une réaffectation pourra être nécessaire.

- ☒ Il est nécessaire de conserver une activité/spécialité sur 2 ou plusieurs établissements. La création

d'un pôle inter-établissement est possible mais non indispensable car c'est le projet médical qui définit la coopération sur le territoire. Les modalités pratiques d'exercice au sein de ce pôle inter-établissement sont définies par le règlement intérieur. En cas de création d'un pôle inter-établissement, une réaffectation du praticien pourra être nécessaire.

### 4° LE STATUT DE PRATICIEN HOSPITALIER

- ☒ Nomination

L'INPH affirme que quel que soit le mode d'exercice d'un PH au sein du GHT, il ne peut être dérogé au principe de nomination nationale sous la responsabilité du CNG.

Pour l'INPH, quel que soit la future affectation du PH au sein du GHT, la nomination se fait toujours au sein d'un établissement. Il ne peut pas être envisagé de territorialisation du statut.

- ☒ Affectation : le décret d'application en précisera les modalités

Pour l'INPH l'affectation se ferait au sein d'un pôle de l'établissement par le DG de l'établissement après avis du PCME et du chef de pôle.

L'INPH demande que l'avis du chef de service ou du responsable d'unité soit requis.

L'INPH réclame que dans le cadre d'un pôle inter-établissement, le PH soit affecté par le DG du GHT dans un service de l'établissement où il a été nommé après avis du PCME du GHT et du chef de pôle inter-établissement.

L'INPH demande que les fiches de postes soient claires et précisent les modalités d'exercice au sein du pôle inter-établissement.

- ☒ Rémunération

- La création d'une prime d'exercice territorial est prévue par le plan d'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public.

L'INPH soutient que l'engagement des praticiens hospitaliers dans une démarche volontaire au service de toute la population avec la création des GHT doit s'accompagner du bénéfice de la prime d'exercice territorial pour tous les praticiens hospitaliers. Son montant doit être significatif de l'intérêt de l'Etat pour la réforme. Son instauration doit s'accompagner de son introduction dans l'assiette de cotisation sociale pour retraite.

La création d'une permanence des soins sur tout le territoire doit s'accompagner d'une disparition des 2 modes d'astreintes en ne conservant que l'astreinte opérationnelle.

L'INPH insiste sur la nécessité d'introduire des procédures de recours.

- ☒ Quel que soit le mode d'activité du praticien, celle-ci sera décrite dans le profil de poste lors du recrutement. S'il s'agit d'une modification d'activité au cours de la carrière du PH, celle-ci ne pourra se réaliser que de manière volontaire pour le PH.
- ☒ La commission régionale paritaire des PH serait consultée en application de l'article R. 6152-326 et en particulier pour tout ce qui concerne la permanence des soins et le suivi des emplois médicaux.
- ☒ Tout transfert d'activité d'un établissement vers l'établissement support du GHT est à considérer au même titre que les restructurations hospitalières et faire l'objet d'une saisine du CNG.

#### Le bureau de l'INPH

» [http://www.intersyndicat-des-praticiens-hospitaliers.com/images/3\\_Fevrier\\_2016\\_Dr\\_BOCHER.pdf](http://www.intersyndicat-des-praticiens-hospitaliers.com/images/3_Fevrier_2016_Dr_BOCHER.pdf)

» [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=1F21F828AFACDF5AE939EA438B386853.tpdila17v\\_2?cidTexte=JORF-TEXT000031912641&categorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=1F21F828AFACDF5AE939EA438B386853.tpdila17v_2?cidTexte=JORF-TEXT000031912641&categorieLien=id) (Article 107 et 69 en particulier)

### BIBLIOGRAPHIE

(1) LMSS 2016-03-15

[https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=D11BF03E407CD4CE95B9A0D5770E101C.tpdila15v\\_3?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=D11BF03E407CD4CE95B9A0D5770E101C.tpdila15v_3?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id)

(2) Conseil d'analyse économique, février 2015, note N°20.

(3) Mission HUBERT/MARTINEAU, février 2016.

(4) Communiqué commun INPH SMPS, 2 mars 2016.

# INTERVIEW

## DIDIER TABUTEAU



Par Serge Canasse

**Responsable de la chaire santé de Sciences, codirecteur de l'institut Droit et santé de l'Université Paris Descartes INSERM UMR S 1145**

**Didier Tabuteau, quel est votre regard sur le système de santé actuel ?**

*Il est construit sur 4 clivages que nous devons surmonter impérativement sous peine de le voir s'effondrer.*

**Le 1<sup>er</sup> clivage réside dans la discontinuité de la répartition des compétences et des rôles entre les professions de santé.** En France, le médecin est beaucoup plus distant des autres professions que dans de nombreux autres pays où les compétences sont réparties de façon plus continue entre professions médicales et paramédicales. Par exemple avec le rôle d'infirmier expert ou clinicien. Il s'agit là d'un véritable enjeu car cette situation pèse sur l'organisation des soins et les relations entre professions.

**Le 2<sup>ème</sup> clivage est le clivage ville/hôpital :** La médecine de ville s'est construite en France au 19<sup>ème</sup> siècle sur son indépen-

dance et même son opposition par rapport aux pouvoirs publics, à la différence d'autres pays européens comme l'Allemagne ou l'Angleterre, où les médecins et l'Etat ont construit ensemble le système de santé. Le système conventionnel a ensuite, dans les années 1970, été édifié dans le champ de la démocratie sociale et donc encore à distance de l'Etat, régulateur de l'hôpital. De ce fait, la médecine de ville en France dispose d'une autonomie considérable et, en conséquence, médecine de ville et l'hôpital sont deux mondes séparés.

Or, le parcours de santé, le travail en équipe, la prise en charge globale requièrent exactement le contraire ; nous sommes en présence de 2 mondes parallèles qui par initiatives individuelles parviennent certes à se rencontrer mais globalement quel lien existe-t-il entre le médecin généraliste qui a envoyé son patient à l'hôpital et le service hospitalier qui l'a reçu ? Or, le grand

enjeu aujourd'hui pour l'hôpital est de se concentrer sur les activités pour lesquelles il est indispensable, et cela suppose une communication systématique et pérenne avec la médecine de ville. Il faut rapprocher, intégrer la médecine de ville et l'hôpital et au-delà ajouterai-je, toutes les formes intermédiaires entre la médecine de ville et l'hôpital.

**Le 3<sup>ème</sup> clivage est à mon sens très préjudiciable pour le système de santé : c'est la séparation entre l'Etat et l'assurance maladie,** il y a deux pilotes dans l'avion ; je suis favorable à ce que ce soit l'UNCAM qui négocie les conventions médicales mais pour le compte du ministre, sous son autorité : le ministre est en charge de la politique hospitalière, il doit également être le pilote de la médecine de ville, sinon médecine hospitalière et médecine de ville ne se rencontreront jamais. Il faut les mettre dans une même dynamique. On peut imaginer qu'à intervalles réguliers, les fé-

dérations hospitalières, les syndicats médicaux, paramédicaux, les représentants des usagers, les partenaires sociaux puissent se retrouver autour d'une table et échanger. Les conventions pourront alors être construites à partir d'un socle auquel tous les acteurs auront contribué. Pour moi il s'agit d'un clivage qui peut être surmonté rapidement même si bien sûr il susciterait beaucoup de réactions.

**Le 4<sup>ème</sup> clivage est pour moi le plus nocif pour le système de santé à terme : c'est le clivage assurances obligatoires / assurances complémentaires** : on observe aujourd'hui une montée en puissance des complémentaires dans le remboursement des soins courants (hors hospitalisation et hors affection de longue durée) pour lesquels le taux de remboursement par la SS est inférieur à 50 %. Cette situation est irrationnelle, coûteuse, inefficace et très profondément inégalitaire. En effet, les cotisations des complémentaires sont défavorables aux familles, aux personnes âgées (et donc aux personnes malades puisque le risque de pathologie augmente avec l'âge) et ne sont pas, ou très partiellement dans les cas plus rares où elles le sont, proportionnés aux revenus. A contrario, la CSG n'augmente pas avec les charges de famille ou avec l'âge et est proportionnelle aux revenus : elle s'inscrit dans une logique de solidarité. Il en résulte que tout ce qui accroît le champ des complémentaires réduit la solidarité (hausse du ticket modérateur et dépassements d'honoraires ou de tarifs notamment).

Cela est flagrant dans la dynamique actuelle de généralisation de la complémentaire santé pour tous les salariés. Que va-t-il se passer ? : 4 millions de personnes de 20 à 60 ans qui travaillent et qui sont des « bons risques », au sens des assurances, vont sortir des contrats individuels pour les contrats d'entreprise. En revanche, les retraités et les chômeurs de longue durée qui resteront dans les contrats individuels verront leurs cotisations de complémentaire augmenter, parfois fortement. Ainsi, sous couvert d'une mesure de généralisation de la complémentaire santé qui peut apparaître comme une bonne mesure sociale, la solidarité entre bien portants et malades sera profondément altérée.

## **Et le service public ?**

**Il faut que le service public regagne du terrain... sur tous les terrains.**

**Sur la prise en charge des soins d'abord ainsi que nous l'avons abordé plus en amont.** Notez cependant que la prise en charge globale des soins a augmenté en France depuis 2012 (alors qu'elle baissait constamment auparavant) . Il nous faudrait tendre d'ici 10 ans vers un remboursement par la SS de 80 % en moyenne de tous les soins et à 100 % des soins primaires, notamment des actes des médecins généralistes. Cela ne suppose pas de prélèvements supplémentaires mais de convertir des prélèvements inégalitaires pour les complémentaires, qui sont des prélèvements quasi obligatoires, en prélèvements pour la sécurité sociale plus égalitaires.

**Pour le service public hospitalier ensuite, cette reconquête ne peut se faire sans la définition précise de ses particularités.**

En effet, il ne s'agit pas d'opposer médecine de ville et médecine hospitalière mais de les articuler et donc de définir précisément les places de chacune.

Mais peut-on vraiment, à ce jour, dire quelles sont les particularités du service public hospitalier ? Je regrette que le service public ne produise pas davantage d'études et de données sur ce qui fait sa particularité. Pour expliquer par exemple qu'il ne peut avoir un taux d'occupation de 100 % (une particularité et non un défaut de gestion NDLR) dès lors que sa mission de service lui commande d'être en mesure de pouvoir répondre à toute situation quand elle se présente. De même, il lui faut démontrer qu'en moyenne les établissements publics accueillent plus de personnes en situation sociale défavorisée ou de personnes isolées, et prennent en charge des cas plus complexes médicalement. Le débat sur la tarification des pathologies et le mode de financement des activités hospitalières est fondamental. Je place beaucoup d'espoirs dans la mission VERAN qui devrait définir ce que la T2A peut faire et ne pas faire et comment elle doit le faire.

**Il faut être très exigeant à l'égard du service public mais il faut défendre l'idée qu'il a une vocation spécifique que ce soit pour l'assurance maladie ou pour le service public hospitalier.**

## Et la loi de modernisation du système de santé ?

La loi HPST a supprimé le service public hospitalier (SPH) et même pire : elle l'a émietté en missions ; ainsi le SP se diluait progressivement ce qui rendait le processus peu visible et tendait à le rendre irréversible.

**La LMSS rétablit la notion de bloc de SPH : c'est une excellente chose.**

**Quand à l'organisation de santé au niveau régional,** bien sûr il y a, avec les ARS, un risque d'hypertrophie administrative mais le secteur de la santé est si peu régulé que vraiment il ne s'agit pas du premier sujet d'inquiétude pour moi.

Si je suis profondément convaincu du fait qu'il doit y avoir des règles nationales fondamentales (sur le remboursement des soins, sur l'organisation du SPH, sur l'organisation nationale de la médecine de ville par la convention nationale) garantes d'un bon mode d'organisation prenant en compte la globalité de la situation, je suis également persuadé que, dès lors que ces règles sont fixées, il faut surtout faire confiance aux acteurs de terrain et aux organisations territoriales.

**En effet, le seul intérêt des ARS (le grand intérêt des ARS), fondamentalement c'est de bien connaître leur territoire.** Il faut leur donner un contrat d'objectifs à respecter et leur laisser une liberté de déci-

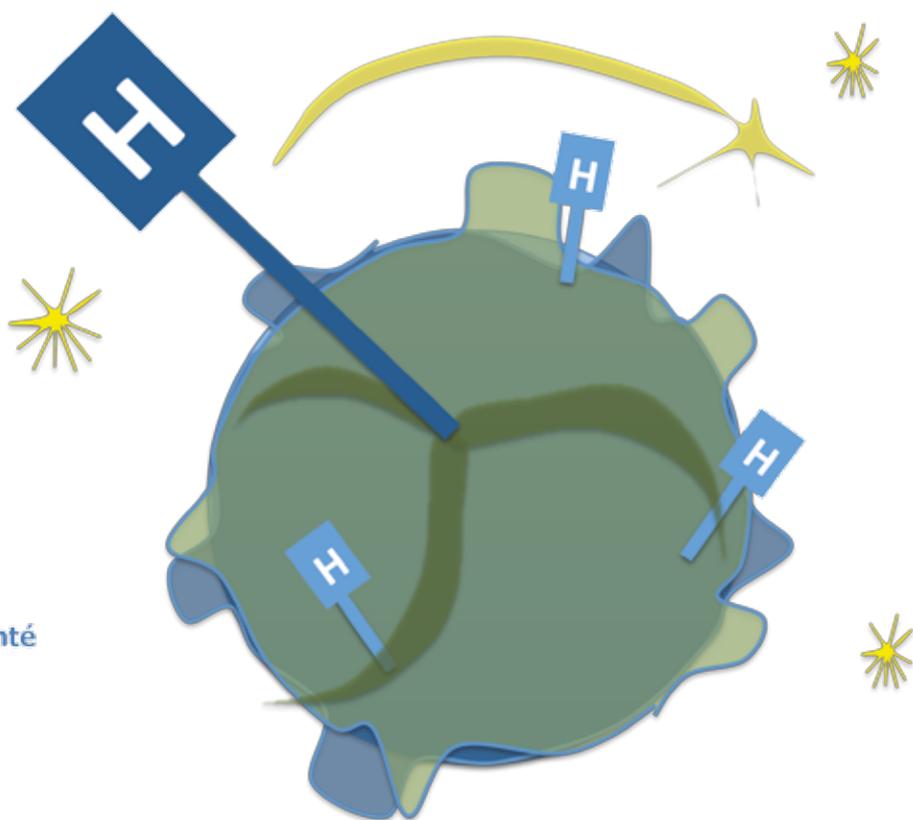
sion ; elles seront ensuite jugées sur les résultats.

Or, aujourd'hui nous sommes encore très loin de ce système. Les ARS sont le bras armé d'une administration centrale. Ce lien entre le pouvoir central et les ARS doit être contenu strictement. Il faut que les ARS ne soient pas sous le feu nourri de centaines de circulaires chaque année afin qu'elles puissent disposer du temps et de la liberté nécessaires à répondre à la spécificité de la région dont elles ont la responsabilité. Nous sommes encore timorés par rapport aux ambitions que les ARS pourraient avoir dans le cadre d'une concertation avec l'ensemble des acteurs du système, les représentants des professionnels et des usagers.

**La démocratie sanitaire doit permettre de déconcentrer les décisions sans pour autant les donner à un pouvoir qui n'a pas de contre pouvoir.**

**H** Etablissement  
ante support

**H** Autre établissement de santé





**Malheureusement, l'organisation des territoires n'inclut pas véritablement la médecine de ville.** (NDLR : En effet dans le volet « permanence des soins » de la LMSS système libéral n'est pas opposable).

Je plaide certes pour des conventions nationales mais avec des volets régionaux de la convention nationale qui soient négociés entre l'ARS et les représentants régionaux des signataires des conventions nationales et les associations d'usagers ; ce n'est que dans ces conditions là que la prise en charge du patient sera globale, de qualité et efficace. Actuellement les ARS ne peuvent intervenir à ce niveau que par voie d'incitation.

Or, pour pouvoir organiser les parcours de soins, il faut pouvoir le faire en interpénétration entre l'hôpital et la médecine de ville et en étant partie prenante de tous les dispositifs conventionnels.

Cela est d'autant plus dommageable que nous savons que les modalités de recours aux soins sont hautement variables d'une région à l'autre, notamment dans le recours aux hôpitaux, aux cliniques ou à la médecine de ville.

## **L'enjeu est aujourd'hui de faire confiance aux acteurs de terrain, dans le cadre d'une démocratie sanitaire...**

L'enjeu est aujourd'hui de faire confiance aux acteurs de terrain, dans le cadre d'une démocratie sanitaire (terme dont D. TABUTEAU est le concepteur NDLR) qui tente de se développer et qui me paraît fondamentale même s'il reste du chemin à parcourir. Il faut pour cela développer des contre-pouvoirs aux ARS sur le terrain. La démocratie sanitaire doit permettre de déconcentrer les décisions sans pour autant les donner à une structure d'État sans contre-pouvoirs. Les conférences régionales de la santé et de l'autonomie et les instances conventionnelles qui seraient développées si le système conventionnel était déconcentré devraient en être les pivots. Il faut sortir de l'extrême défiance qui imprègne aujourd'hui le fonctionnement de notre système de santé au niveau national comme régional.

## **Un mot sur les GHT ?**

Ce sont des ensembles plus vastes de SPH pour prendre en charge la population de manière la plus complète et égalitaire possible. Oui, je suis persuadé qu'il s'agit d'un instrument qui peut être utile car les progrès médicaux font qu'il y a des spécialisations de plus en plus fortes et qu'il faut pour une même prise en charge disposer de spécialités et de compétences de plus en plus variées. Pour moi, ces regroupements vont dans le sens du SPH, car si l'on veut pouvoir offrir la meilleure prise en charge à tous, la logique est de regrouper les spécialités qui permettent cette prise en charge.

Après c'est une question de parcours pour y arriver : si le système conduit à dépecer certaines structures ou réduire l'offre, cela va déstabiliser le système. En revanche, si le rapprochement par exemple du CHU et CH permet d'offrir plus de services, des consultations spécialisées qui étaient inenvisageable auparavant dans certains hôpitaux, comme on peut déjà le constater ici ou là, le regroupement sera une très bonne chose.

**Merci !**

Didier Tabuteau « Démocratie sanitaire : Les nouveaux défis de la politique de santé », Ed. Odile Jacob 2013

# Les Annonces de Recrutement



**Vous avez le sens du service public, l'esprit d'équipe et le goût des responsabilités. Nous avons des missions de management et d'expertise à vous confier.**

Nous recherchons des

## Médecins de Prélèvement (H/F)

Garant de la sécurité du don (plasma, plaquettes et sang total), vous assurez l'information, la sélection et la surveillance médicale des donneurs de sang.

Vous encadrez l'activité de prélèvement sur les lieux de collecte et êtes responsable du management des équipes (IDE, secrétaires, chauffeurs). Vous participez à la fidélisation des donneurs et aux relations avec les associations de donneurs et collectivités.

Par ces missions, vous jouez un rôle majeur dans le développement d'une médecine transfusionnelle de qualité.

Nous recherchons également des

## Médecins ou Pharmaciens Biologistes

sur l'ensemble du territoire (métropole et DOM).

Premier laboratoire d'analyses médicales en France, nos activités LABM sont multiples et recouvrent différents domaines allant de l'immunologie ou à l'hématologie au HLA et à la thérapie cellulaire.

**Vous voulez faire partie d'un grand établissement public proposant des champs d'intervention multiples et de réelles opportunités de carrière ?**

**Vous partagez nos valeurs : service public, excellence, respect, efficacité. Rejoignez-nous !**

Rendez-vous sur notre site de recrutement : <http://efsrecrute.fr> pour découvrir nos opportunités et postuler en ligne ou postulez par mail à : [recrutement@efs.sante.fr](mailto:recrutement@efs.sante.fr)



Carte des postes à pourvoir sur l'ensemble de la France :

- Médecin de Prélèvement
- Médecin/Pharmacien Biologiste



web



**L'EFS : DES TALENTS POUR LA VIE**



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

LE MINISTÈRE DE LA JUSTICE RECHERCHE

# DES MEDECINS DE PREVENTION

**Temps partiel :** Ain • Ardennes • Aube • Aude • Cantal • Charente • Charente-Maritime • Cher • Bouches-du-Rhône • Dordogne • Eure • Eure-et-Loir • Hautes Alpes • Haute Corse • Indre • Lot • Marne • Morbihan • Nord • Orne • Saône-et-Loire • Seine-Maritime • Val-d'Oise • Val-de-Marne • Vienne • Yonne.

**Temps plein :** Bouches du Rhône • Essonne • Fleury • Loire Atlantique • Nord • Rhône.

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

**Envoyer CV à :**

Docteur Nadine TRAN QUY - nadine.tranquy@justice.gouv.fr - Tél. : 01 70 22 72 01 - 06 70 61 16 18

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

FRANCE



CENTRE  
HOSPITALIER  
DE **BLIGNY**

## Le Centre Hospitalier de Bligny

Convention FEHAP du 31/10/1951.

Situé dans un parc boisé de 85 ha, à 30 km Sud de Paris - 15 mn des Ulis, à proximité des axes A10 - N20 et N118 - RER B (Massy Palaiseau) + Bus.

Etablissement Spécialisé 385 lits et places : Court Séjour et Soins de Suite et de Réadaptation, 5 pôles : Cardiologie-vasculaire, Pneumologie, Hémato-Cancérologie, Médecine Interne et Maladies Infectieuses, Activités transversales dont 12 lits en Unité de Soins Intensifs.

### LE POLE DE CARDIOLOGIE :

Equipe médicale composée de 10 Cardiologues et 3 Diabétologues. 30 lits de court séjour avec une activité de diabétologie et de cardiologie médicale non invasive, assorti d'un plateau technique complet : échographie (y compris de stress et d'effort), holters, tests d'effort, examens Doppler vasculaires. 34 lits de réadaptation cardiaque + 10 place d'hôpital de jour (autorisation : SSR spécialisé pour affections cardiologiques) recevant des patients en post-accident coronaire, post-opératoire de chirurgie cardiaque, après greffe ou assistance circulatoire. Plateau technique autonome comportant échographie et TE avec mesure de la VO2.

### PROFIL RECHERCHE :

Médecin spécialiste en cardiologie. Le Praticien recherché participera à la prise en charge des patients hospitalisés, effectuera des vacations au plateau technique et en consultations.

**STATUT ET REMUNERATION :** Rémunération CCN51 avec reprise d'ancienneté.

Adresser votre candidature de préférence par mail CV+ lettre motivation à :

Madame Madeleine ROUSSEAU - Directrice des Ressources Humaines - drh@chbligny.fr - 01 69 26 30 10

Dr Jean-Baptiste MERIC - Directeur Médical - jb.meric@chbligny.fr - 01 69 26 30 02



## RECHERCHE **CARDIOLOGUE** OU **MEDECIN GENERALISTE H/F**

POSTE : CDI à temps plein à compter de juin 2016.

### AVANTAGES SOCIAUX :

- › Mutuelle Employeur
- › Retraite supplémentaire
- › Avantage Comité d'Entreprise.

ILE-DE-FRANCE

Le Centre Médico Dentaire de la Porte Saint-Martin à Paris 10 Recherche

## Ophtalmologue • Dermatologue Gynécologue • ORL • Cardiologue

A deux pas du métro Strasbourg St Denis, dans un plateau moderne, un équipement de qualité et un encadrement professionnel pour un exercice motivant.



**Contrat CDI attractif**  
**Sylvainb@monmail.org - 06 25 84 86 25**



Le Groupe Hospitalier Les Cheminots  
Association à but non lucratif MCO/SSR (200 lits) certifiée V2010

**RECHERCHE UN MEDECIN (H/F) en CDI temps complet (ou temps partiel)**

Notre établissement, le Groupe Hospitalier les Cheminots, est réparti sur deux sites distants de 2,5 km : l'un sur Draveil et l'autre sur Ris-Orangis. Nous sommes à la recherche **d'un praticien hospitalier** pour le service d'oncologie adulte pendant les périodes : inter-cures de chimiothérapie comme de radiothérapie, post chirurgicales et en convalescence.

Les lits dédiés en soins palliatifs, accueillent principalement des patients cancéreux et quelques patients en insuffisance respiratoire terminale.

Expérience indispensable en cancérologie et/ou soins palliatifs.

Inscription au conseil de l'ordre obligatoire.

Service RH : [sagnola@gh-cheminots.fr](mailto:sagnola@gh-cheminots.fr) - Tél. : 01 69 52 76 00

Bureau des Ressources Humaines - 14, rue Alphonse Daudet - 91210 DRAVEIL



Dans le cadre de son projet médical, le CH d'Arpajon (Essonne) 420 lits et places, 30 km sud de Paris, RER C, souhaite recruter pour renforcer son service de Médecine polyvalente :

## Un Pneumologue Un Médecin Généraliste

Statut : PH, PHC, Praticien Attaché ou Assistant

Inscription à l'Ordre Exigée

Postes à pourvoir en novembre 2016



Contact :

**Mme BOLGAR - Affaires Médicales**  
**01 64 92 90 12 - [abolgar@ch-arpajon.fr](mailto:abolgar@ch-arpajon.fr)**



Centre Hospitalier  
Ariège-Couserans

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.

Etablissement public de santé dont le siège social est à Saint Girons - Le Centre Hospitalier comprend plus de 1000 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

### DES PSYCHIATRES

(toutes les candidatures seront étudiées - sur poste PH temps plein - titulaire ou PH Contractuel)  
(P.A.E obligatoire pour les médecins hors Union européenne)

Affectations diverses possibles sur la psychiatrie :

Psy adulte/urgences psychiatriques avec projet CAP 72 - projet HAD - Unités d'admission - CMP et HJ

### DES ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS - Postes disponibles 2017

(toutes les candidatures seront étudiées - sur poste PH temps plein - titulaire ou PH Contractuel)  
(P.A.E obligatoire pour les médecins hors Union européenne)

### UN PRATICIEN HOSPITALIER EN GÉRIATRIE

Unité cognitivo-comportementale.

- 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.

**Envoyer candidature conforme à la réglementation nationale et européenne et CV détaillé à :**  
**M. D. GUILLAUME - Directeur des Ressources Humaines - Centre Hospitalier Ariège Couserans**  
**BP 09201 - 60111 SAINT GIRONS CEDEX ou par mail : [secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr](mailto:secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr)**

**APEI du Grand Montpellier (23 établissements et services, 640 salariés et 900 personnes accueillies), recrute des**

## médecins psychiatres & pédopsychiatres

- 0.10 ETP soit 15.17 heures par mois pour l'ATO Les Terres Blanches à Montpellier.
- 0.30 ETP soit 45.50 heures par mois pour le FAM Le Guilhem à Montpellier.
- 0.20 ETP soit 30.33 heures par mois pour le SESSAD Les Pescalunes à Lunel (enfants de 0 à 14 ans).
- 0.50 ETP soit 75.84 heures par mois pour l'IME Les Pescalunes à Lunel (enfants de 5 à 20 ans).
- 0.23 ETP soit 34.88 heures par mois pour l'ESAT de Castelnaud le Lez.

Il est tout à fait possible de postuler partiellement voire cumuler plusieurs de ces offres.

Contrat à durée indéterminée. Salaire de base brut mensuel conformément à la CCNT du 15/03/1966 annexe des médecins spécialistes.

Ces postes sont à pourvoir :

Au plus tôt pour l'ATO "Les Terres Blanches" et le FAM Le Guilhem à Montpellier, ainsi que pour l'ESAT "l'Envoi" de Castelnaud le Lez, à partir du début 2016 pour le SESSAD/IME "Les Pescalunes" à LUNEL.

#### Missions :

Dans le respect des valeurs et orientations de notre Association et sous la responsabilité directe des Directeurs d'Établissements, vous êtes chargé(e) de :

- Mettre en place et suivre le projet de soins (diagnostic, thérapie, guidance...) • Apporter votre expertise et aider à la compréhension des problématiques rencontrées • Participer à l'élaboration du projet individualisé • La Formation et du soutien clinique aux professionnels • Participer aux réunions institutionnelles de préparation de bilan et de synthèse • Accompagner et soutenir la personne handicapée, sa famille et l'équipe pluridisciplinaire (soutien technique)
- Assurer le lien avec les différents partenaires (réseau) au regard de votre fonction • Assurer la veille, la préparation et l'alerte (maltraitance, mal être, ...).

#### Aptitudes :

- Connaître le secteur médico-social et ses enjeux • Inscrire son action dans un cadre institutionnel, éthique et déontologique • Connaître le handicap mental.
- Avoir de réelles qualités relationnelles et aptitudes au travail en équipe • S'inscrire dans un réel partenariat tant en interne qu'en externe.

Les candidatures (lettre de motivation manuscrite, curriculum-vitae) sont à adresser à :  
**M. le Président - APEI DU GRAND MONTPELLIER**  
**1572, Rue Saint-Priest - 34090 MONTPELLIER**



# Le Centre Hospitalier de Dunkerque Recrute

## DES PNEUMOLOGUES ET MEDECINS GENERALISTES TEMPS PLEIN

Le service de pneumologie comprend une unité conventionnelle de 23 lits, avec accès à l'hôpital de jour, et une unité de sommeil-VNI de 4 lits.

### Activités :

consultations, TILE, TME, vidéoendoscopie-autofluorescence, EBUS, EFX.

Plethysmographie (Pi max-sniff) GDS en secteur de consultation, réhabilitation respiratoire ambulatoire.

3 praticiens travaillent aujourd'hui dans le service qui accueille également 2 assistants à temps partagé avec le CHRU de Lille et 1 poste d'interne.

Le Centre Hospitalier de Dunkerque comprend 950 lits et places installés dont 330 de médecine.

**Contact : Dr Christophe ARON - 03 28 28 63 31**

## PEDIATRE NEONATALOGIE

La maternité du Centre Hospitalier de DUNKERQUE, située actuellement au sein de la Polyclinique de GRANDE-SYNTHE recherche un pédiatre temps plein pour compléter l'équipe de maternité-néonatalogie qui est composé de 2,5 praticiens.

› Projet de restructuration (achevée fin 2017) dans un nouveau bâtiment sur le site du Centre Hospitalier de Dunkerque où se trouve actuellement le service de pédiatrie (13 médecins et 4 Internes).

› Service de néonatalogie niveau 2A de 12 lits intégré dans un réseau périnatal avec prise en charge :

- Prise en charge des prématurés nés à partir de 34 semaines d'aménorrhées et ou de plus de 1500g, ne présentant pas de détresse respiratoire importante, ni de troubles circulatoires.

- Prise en charge des nouveau-nés, transférés de la maternité ou d'un autre établissement, nécessitant une surveillance médicale particulière qu'ils soient nés ou non dans la maternité du CHD (infection, problèmes d'alimentation, troubles biologiques, détresses respiratoires, circulatoires ou neurologiques modérées).

- Mise en condition avant transfert en réanimation vers le centre de niveau III du Centre Hospitalier de CALAIS ou du Centre Hospitalier Universitaire de LILLE, ainsi que la poursuite de la prise en charge après séjour en réanimation.

› Gardes sur place.

› Bonne coopération gynéco-obstétricale avec une équipe dynamique composé de 9 praticiens.

› Possibilité de développer une surspécialité.

**Contact : Dr Emmanuelle ROBIN - 03 28 58 61 14**

Centre  
Hospitalier  
DUNKERQUE

Permet un cadre de vie  
de qualité grâce à la proximité immédiate des plages notamment..



## ONCOLOGUE

Le centre hospitalier de Dunkerque, recherche un médecin sénior pour compléter son service d'oncologie qui se verrait confier un poste à responsabilité pour des interventions variées, en rapport avec toutes les spécialités concernées de l'établissement.

En 2017, un tout nouveau département complet de médecine nucléaire comprenant un TEP-Scan de dernière génération viendra compléter le plateau technique complet (Scanner, IRM). Cette activité englobera non seulement la routine clinique quotidienne mais pourra également être utilisée à des fins de recherche (clinique et autre).

L'oncologue sera amené à participer et à animer des réunions multidisciplinaires (RCP). Il pourra également s'impliquer dans la recherche clinique déjà présente dans le service grâce au centre d'investigation clinique de l'établissement.

Sa participation, dans le cadre d'un travail d'équipe, à la prise en charge du patient oncologique sera déterminante et se fera en lien avec un autre collègue oncologue déjà sur place ainsi que les médecins spécialistes d'organe actifs eu sein de l'hôpital.

le service fonctionne actuellement en hôpital de jour et comporte un volet important de consultations. Il a pris en charge en 2014, 1030 séjours dont 843 séances de chimiothérapie. En 2013, 3998 chimiothérapies adultes et 17 chimiothérapies enfants avaient été assurées.

Des liens avec les structures de référence – CHRU de Lille et le Centre Oscar Lambert – sont actifs de même qu'avec la médecine de ville.

## ANESTHESISTE

Dans le cadre d'une restructuration et de l'augmentation de son activité, le Centre Hospitalier de Dunkerque recherche des Praticiens en Anesthésie-Réanimation pour ses 2 sites devant se regrouper sur le site du CHD (fin 2017) :

› Dunkerque (12 500 interventions/an, astreinte opérationnelle) : Chirurgie générale et viscérale - Orthopédie-Traumatologie - Thoracique - Vasculaire - Bariatrique - OPH - ORL - Urologie.

› Grande-Synthe (2 500 interventions/an, garde sur place) : Périnatalité - Maternité de niveau 2a (1 700 accouchements/an) - Gynécologie.

Le poste peut être aujourd'hui uni- ou bi-sites.

Il s'agit de postes en temps continu (horaires connus et définis), bénéficiant d'un contexte organisé sécurisé.

Le centre hospitalier de Dunkerque qui s'inscrit dans un rapprochement des filières anesthésie et réanimation médicale.

Service : Radiologie, TDM, IRMN, Biologie, Chirurgie Robotisée, Urgences, Service de Réanimation et Unité de Surveillance Continue (activité partagée possible, service validant pour le DESC de Réanimation Médicale).

L'équipe d'Anesthésie comprend actuellement 6 Praticiens ainsi que des vacataires.

L'équipe de réanimation comporte 7 praticiens et 6 internes.

Le Service d'anesthésie est validant pour le DES d'Anesthésie-Réanimation (validation du module « Anesthésie locorégionale » dans la maquette) et offre 3 postes d'internes.

Profil des candidats :

- › Ancien DESAR.
- › Formation Managériale et/ou Qualité, Gestion des Risques bienvenue.

**Envoyer CV + lettre à : Isabelle Riou - Directrice des Affaires Médicales**  
**03 28 28 52 95 - dam@ch-dunkerque.fr**

*Dunkerque, Agglomération accueillante de 210 000 habitants, située idéalement à 45 minutes de Lille, 1h30 de Londres et Bruxelles, 2h00 de Paris.*



8<sup>e</sup> département de France  
(1 500 000 habitants,  
894 communes, 34 EPCI et  
1,9 Mrd d'€ de budget).  
5 300 agents départementaux et  
1 950 Assistantes familiales au  
service du Département.

Parce que les valeurs du  
Pas-de-Calais s'incarnent dans  
les solidarités, il nous appartient  
d'être attentifs, combatifs et bons  
gestionnaires pour conduire nos  
actions de solidarités.

Titulaire d'un doctorat en médecine et spécialisé ou qualifié en pédiatrie, gynéco-obstétrique, pédopsychiatrie ou en santé publique, vous justifiez d'une expérience d'au moins 3 ans dans un service départemental de PMI. Vous disposez de bonnes connaissances des enjeux et évolutions en matière de politiques publiques de santé, des missions réglementaires de la PMI, de la protection de l'Enfance et du tissu institutionnel sanitaire et social. Vos compétences managériales avérées vous permettront de piloter une politique publique prioritaire pour le Département tout en impulsant et développant des projets. Disponible et force de proposition, vous savez faire preuve d'initiative et montrez une appétence pour la santé publique et la PMI.

Poste à temps plein, basé à Arras, avec déplacements fréquents et réguliers à prévoir (permis B exigé). Obligation de maintenir ses connaissances médicales dans le cadre du développement professionnel continu (DPC).

**Pour toute information complémentaire :** Mme Aspasia TEVI, chargée de recrutement au 03 21 21 56 51 ou [tevi.aspasie@pasdecalais.fr](mailto:tevi.aspasie@pasdecalais.fr)  
**Renseignements sur la nature du poste :** Docteur Marie-Odile SCHMITT, Chef de Mission d'Appui et Coordination et Chef du service Départemental de Protection Maternelle et Infantile par intérim au 03 21 21 65 52 ou [schmitt.marie.odile@pasdecalais.fr](mailto:schmitt.marie.odile@pasdecalais.fr)

Merci d'adresser votre candidature, sous la réf. AT/RL CSDPMI, à Monsieur le Président du Conseil départemental du Pas-de-Calais, Direction des Ressources Humaines, DRH GPRH-Bureau RH Pôle Solidarités, Hôtel du département, 62018 Arras Cedex 9 ou par mail à [recrutement@pasdecalais.fr](mailto:recrutement@pasdecalais.fr)

Profil du poste détaillé sur [www.pasdecalais.fr/recrutement](http://www.pasdecalais.fr/recrutement)

Solair-rh.fr



E.P.S.M.D. de l'Aisne  
Etablissement Public de Santé Mentale Départemental – 02320 PREMONTRE  
1 h 30 du nord de PARIS (100 km) 1 h de REIMS (80 km) – 20 mn de SOISSONS (25 km)

Présentation de l'Etablissement  
Etablissement psychiatrique de 862 lits et places à compétence  
départementale (50 structures extérieures)



### RECRUTE

**1 Médecin Psychiatre - Compétence médico-judiciaire**  
**2 Médecins Psychiatres**  
**2 Médecins Pédo-Psychiatres**

#### Profil requis

- Poste de praticien hospitalier temps plein ou temps partiel.
- Praticien contractuel.
- Praticien lauréat de la PAE.

#### Pour tout renseignement contacter :

Monsieur le Docteur N'DIAYE Papa Oumar - Président de la CME

Les candidatures accompagnées d'un curriculum vitæ, et une lettre de motivation, sont à adresser au 03 23 23 97 20 (secrétariat) Directeur des Ressources Humaines - EPSMD de l'Aisne - 02320 PREMONTRE Nadège BIDAUD - 03 23 23 79 09 - Mail : [nadège.bidaud@epsmd-aisne.fr](mailto:nadège.bidaud@epsmd-aisne.fr)



### LE CENTRE HOSPITALIER DU CATEAU CAMBRÉSIS RECHERCHE

Le Centre Hospitalier du Cateau-Cambrésis est un établissement de santé public assurant des missions de premier recours à travers les Urgences, la Surveillance Continue, la Maternité, ses services d'addictologie, ses services de gériatrie, son Centre d'Action Médico-sociale Précoce (CAMSP). Depuis 2015, un centre de consultations pluridisciplinaires est venu renforcer l'offre de soins sur le site du Centre Hospitalier. Son action s'inscrit dans une pratique de réseau et de partenariats notamment au travers du Pôle de Santé du Pays de Matisse, 1<sup>er</sup> modèle de partenariat public-privé en France, qui regroupe sur un site unique la Clinique des Hêtres, pour les prises en charge chirurgicales, un Centre d'Imagerie Médicale libéral et une Maison Médicale de Garde.

#### PRATICIEN URGENTISTE

Participation permanence de soins en garde en binôme de 24 h - 13 000 passages/an - 5 lits UHCD - Temps plein  
Poste ouvert aux praticiens titulaires d'un DES ou d'un DIU, DU, CAMU... en médecine d'urgence dans le cadre de la formation initiale.  
Pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez contacter : M. le Docteur LUCAS - Chef du pôle Urgences - LSC - Médecine Polyvalente - [flucas@ch-lecateau.fr](mailto:flucas@ch-lecateau.fr)

#### PRATICIEN EN GERIATRIE

Pas de permanence de soins - Service validant - 30 lits SSR Polyvalent - 20 lits CSG - 4 Gériatres - Temps plein  
Recrutement dans le cadre du développement d'activité sur pôle de gériatrie (création d'une Unité d'Hébergement Renforcée psychogériatrique fin d'année 2016 de 14 lits, de consultations d'Algogériatrie en place et d'oncogériatrie à venir ainsi qu'un hôpital de Jour gériatrique). Une expérience souhaitée en gériatrie et de préférence titulaire d'une capacité en gériatrie ou gérontologie (ou d'un DESG).

Pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez contacter :  
M. le Docteur GAUTRET - Chef du pôle Gériatrie - [ygauret@ch-lecateau.fr](mailto:ygauret@ch-lecateau.fr)  
M. le Docteur LEVEQUE - Président de la CME - Gériatrie - [pleveque@ch-lecateau.fr](mailto:pleveque@ch-lecateau.fr)

Inscription à l'ordre des médecins, ou en cours d'inscription, impérative. Un hébergement temporaire peut être proposé.

#### Situation géographique

Gare SNCF - Située sur les grandes lignes Paris-Bruxelles/Paris-Cologne  
En voiture : Autoroute A2 sortie Cambrai (30 mn) Le Cateau-Cambrésis se situe : à 30 mn des autoroutes (A3-A23-A26) à 35 mn Valenciennes (RD 643) à 7h20 de Paris et de Bruges

Dépôt de candidature (CV et lettre de motivation) à :  
Mme la Directrice Déléguée - Centre Hospitalier du Cateau Cambrésis  
28, Boulevard Paturle - 59360 LE CATEAU-CAMBRESIS  
Tél. : 03 27 84 66 01 ou e-mail: [direction@ch-lecateau.fr](mailto:direction@ch-lecateau.fr)



## Le Centre Hospitalier de Toulon (Var, Provence-Alpes-Côte d'Azur)

Capacité de 1 200 lits, premier établissement hospitalier non universitaire de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur – Etablissement pivot du territoire de santé – Zone d'attraction de 500 000 habitants à forte croissance démographique – Nouvel Hôpital Sainte Musse ouvert depuis mars 2012.

Dans une agglomération de 500 000 habitants, cadre de vie agréable, 3<sup>ème</sup> établissement de la région PACA après les CHU de Marseille et de Nice, recherche

### 1 Pédopsychiatre PH ou Assistant

Etablissement qui compte plus de 1 000 lits dont 212 en psychiatrie. Implantation des activités de MCO et de psychiatrie nouveau site, le pôle de psychiatrie infanto-juvénile est constitué d'une équipe de 12 praticiens. Le pôle de pedo comprend tous les dispositifs de soins de la périnatalité, filière petite enfance, à la filière adolescent.

Contacts :

Renseignements : Docteur CARBONEL - Chef du Pôle Infanto-Juvenile  
isabelle.carbonel@ch-toulon.fr - Tél. : 04 94 03 87 87

### 1 Hématologue PH ou Assistant

Le service d'onco-hématologie de l'Hôpital Sainte Musse recrute un hématologue temps plein afin de renforcer son équipe d'hématologie.

L'équipe médicale se compose actuellement de 3 oncologues temps plein et 2 hématologues temps plein.

Le service (onco + hémato) se décompose en 22 lits d'hospitalisation complète dont 5 lits dédiés soins palliatifs, 8 lits d'hospitalisation de semaine et 19 postes d'hôpital de jour (activité commune HDJ).

Contacts :

Renseignements : Docteur Claudine SOHN - Responsable de Structure Interne d'Onco-Hématologie - claudine.sohn@ch-toulon.fr - Tél. : 04 94 14 58 36

### 1 Assistant Spécialiste en Cardiologie

Profil souhaité : Ancien interne de cardiologie à la recherche d'un poste d'assistant et pratiquant ou en formation pour des explorations non invasives.  
1 poste immédiatement libre.

### 1 Praticien Hospitalier Cardiologue

Profil souhaité : Cardiologue formé en explorations non invasives pour une activité mixte clinique et d'explorations. 1 poste immédiatement libre.

Activités du service :

Coronarographie et Angioplastie (2 300 actes/an).

Pacing, défibrillateur et multisites (500 actes/an).

Ablation flutter et FA (100 actes/an).

Echocardiographie simple, trans œsophagienne et de stress.

Epreuve d'effort, Holter ...

Renseignements et candidatures :

Dr JM TARTIERE - Chef du Pôle Cardio-vasculaire

Tél. : 04 94 14 59 31 - jean-michel.tartiere@ch-toulon.fr

### 1 Gastro-entérologue, PH ou Assistant

Le Centre Hospitalier de Hyères (Var) recherche un gastroentérologue temps plein.

L'établissement possède 234 lits MCO, avec plateau technique complet : soins continus, urgences, scanner (15 038 Forfaits techniques) et IRM (5 211).

Equipe de 3 chirurgiens viscéraux.

Activité au sein d'un service de médecine pluridisciplinaire avec déjà 1 praticien hospitalier en hépato-gastro-entérologie.

Activité d'endoscopie digestive (gastroskopie, coloscopie, vidéocapsule, fibroscanner, possibilité echoendoscopie).

Participation aux astreintes d'endoscopie communes avec l'hôpital de Toulon (1 astreinte sur 8).

M. le Dr AH-SOUNE Philippe - Responsable de Structure Interne  
philippe.ah-soune@ch-toulon.fr

#### Renseignements et candidatures :

Mme Viviane PIEDCOQ - Directrice des Affaires Médicales - 54, rue Sainte-Claire Deville - CS 31412 - 83056 TOULON Cedex  
Tél. : 04 94 14 55 33 - Fax : 04 94 14 55 34 - viviane.piedcoq@ch-toulon.fr



EHPAD DUCELIA DE CASTELLANE (04) de 72 résidents,  
**Nous recherchons  
un médecin-coordonnateur  
À 40% en CDI.**

#### Poste et missions :

- Coordonner l'équipe soignante de l'établissement (cadre de santé, infirmières, aides-soignantes...) ainsi que les intervenants de soins libéraux (médecins traitants, pharmacien, kiné...) en relation avec la directrice de l'établissement.
- Participer à la commission d'admission et à l'élaboration des projets de vie individualisés.
- Organiser et animer deux commissions gériatriques par an.
- Rédiger le rapport annuel d'activité, les protocoles.
- Organiser des formations internes auprès du personnel.
- Participer aux projets de la structure, notamment.

Profil : Médecin gériatre, expérience en EHPAD souhaitée.

Contact : Lettre de motivation + CV à adresser à : Mme BASQUEZ - Directrice de l'EHPAD  
joignable au 04 92 83 98 00 - E-mail : secretariat.castellane@wanadoo.fr



Le Centre d'Accueil Spécialisé de Forcalquier, établissement public composé de plusieurs structures (MAS, FAM, Foyer de Vie, SAMSAH) accueillant des adultes handicapés mentaux et/ou physiques,  
recrute pour le 1<sup>er</sup> septembre 2016

### 1 MEDECIN PSYCHIATRE À 0,50 ETP

2 jours par semaine souhaitée.

Pour suivi médical des résidents, animation de réunions cliniques avec l'équipe médico-psychologique.

### 1 MEDECIN MPR

(Physique et de Réadaptation)

2 vacations de 3,5h par mois.

Statut : Fonction Publique Hospitalière.

Envoyer CV et lettre de motivation à :

Madame Julie JOUANNO - Centre d'Accueil Spécialisé - BP 8 - 04300 FORCALQUIER - j.jouanno@cas-forcalquier.fr



**CENTRE HOSPITALIER  
DES PAYS DE MORLAIX**

Le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix est doté d'une filière gériatrique dynamique et complète : court séjour, consultation mémoire, unité mobile de gériatrie, SSR PAPD, EHPAD, USLD avec de nombreux projets de développement : unité transversale de traumatogériatrie, consultation d'onco-gériatrie, hospitalisation de jour.

Par ailleurs, il comprend un grand nombre de spécialités (cardiologie, gastro-entérologie, médecine interne, médecine gériatrique, chirurgie viscérale et orthopédique, urgences, réanimation), d'un plateau technique performant, tout en restant proche du centre hospitalier universitaire de Brest.

Le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix (29)

Etablissement de 1 054 lits avec des activités MCO-psychiatrie-SSR-USLD-EPHAD

**Recherche afin de compléter l'équipe médicale de son service de médecine :**

## Un pédiatre

Praticien hospitalier temps plein ou praticien hospitalier contractuel.

Le service de pédiatrie comporte 18 lits, de la néonatalogie à la pédiatrie grands enfants, 2 lits SI néonatalogie. Maternité avec 700 accouchements par an. Astreintes opérationnelles.

Région très accueillante, qualité de vie incomparable (bord de mer, vie culturelle, associative, artistique développée, à moins de 4 h de Paris en TGV, 2h de Rennes, 30 minutes de Brest).

## Des gériatres

Des médecins gériatres à temps plein (capacité de gériatrie ou DESC de gériatrie) pour renforcer son pôle SSR - personne âgée et accomplir les nouveaux projets de sa filière gériatrique :

- Développement d'une unité péri-opératoire « patient fragile ».
- Développement de la consultation d'onco-gériatrie avec mise en place de suivi.
- Développement d'une activité d'hôpital de jour et d'hôpital de jour SSR.
- Développement la coordination au sein de ses EHPAD pour promouvoir l'EHPAD comme un lieu de vie.

Notre filière gériatrique est déjà dynamique et complète : court séjour, consultation mémoire, consultation d'oncogériatrie, unité mobile de gériatrie, SSR, EHPAD, USLD, UCC.

## Deux psychiatres

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 géronto-psychiatrie, ainsi que 5 services spécialisés à recrutement intersectoriel : gérontopsychiatrie, 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).

**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 CENTRE HOSPITALIER  
GUILLAUME RENIER  
DE RENNES**

Etablissement public de santé mentale (1h de VANNES et NANTES - 45 mn de ST MALO, TGV Paris-Rennes).

Nombre de lits et places : 1 755 - 89 ETP médecins psychiatres et 12 ETP de médecins généralistes/9 secteurs de psychiatrie adulte/Pôle Addiction Précarité/Pôle Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire (avec UHSA)/3 inter secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, une fédération des internats de psychiatrie infanto-juvénile/Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes/Une Unité de Soins Longue Durée/Une Maison d'Accueil Spécialisée/L'établissement comporte 2 pôles hospitalo universitaires. Le Projet Médical 2012-2016 est en cours de mise en œuvre avec une orientation marquée vers les prises en charge ambulatoires.

**RECHERCHE  
DES MEDECINS  
PSYCHIATRES**

## Praticiens Hospitaliers à temps plein

(titulaires ou contractuels) : 2 postes au sein du Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte, 1 poste au sein du pôle de psychiatrie infanto-juvénile I02, 1 poste au sein du pôle de psychiatrie infanto-juvénile I03, 1 poste au sein du pôle de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire, 1 poste au sein du pôle de psychiatrie adulte G04.

## Assistants Spécialistes

(Pôle Hospitalo Universitaire de Psychiatrie Adulte, Pôle de psychiatrie infanto-juvénile I02, Pôle de psychiatrie Adulte G08).

**Renseignements et candidatures :**

**M. POTIER - Directeur des Affaires Médicales - Centre Hospitalier Guillaume Rénier**

108, avenue du Général LECLERC BP60321 35703 RENNES CEDEX 7 - dam@ch-guillaumeregnier.fr - 02 99 33 39 96

Mme le Dr SHEPPARD - Présidente de CME - 02 99 33 39 27 - secretariat.cme@ch-guillaumeregnier.fr

## Postes proposés

- > **Médecin Généraliste**  
avec capacité en gériatologie
- > **Cardiologue**  
ou **Médecin Généraliste**  
à orientation cardiologique
- > **Médecin Gastro-Entérologue**
- > **Gynécologue-Obstétricien**
- > **Gérialtre**

### L'ÉTABLISSEMENT

Le centre hospitalier de Redon (Ille-et-Vilaine), situé à 60 km au sud-ouest de Rennes et 60 km au nord-ouest de Nantes, est un établissement de proximité de taille moyenne doté d'un service d'urgences SMUR, d'un plateau technique (imagerie médicale et bloc opératoire) et développe une offre de soins complète avec de nombreuses spécialités (filiale gériatrique, chirurgie orthopédique et viscérale, cardiologie, pneumologie, hépatologie-gastrologie, pédiatrie, gynécologie, psychiatrie, consultations spécialisées neurologiques, néphrologiques, urologiques, oncologiques).

### Médecin Généraliste avec Capacité en Gériatologie

#### Profil du candidat :

- Etre titulaire de la capacité en gériatologie ou en gériatrie.
- Etre inscrit à l'Ordre des médecins français.

#### Personne à contacter :

Renseignements et contact : Direction des Affaires Médicales  
M. Pierre LAURENCEAU - Tél. : 02 99 71 79 53  
Email : secretariat.direction.3@ch-redon.fr

#### Renseignements médicaux :

Dr Hervé DEVILLERS - Chef du pôle de gériatrie  
Tél. : 02 99 71 71 95 - Email : herve.devillers@ch-redon.fr

### Cardiologue ou Médecin Généraliste à Orientation Cardiologique

#### Profil du candidat :

- Etre titulaire d'un diplôme de cardiologie ou de médecine, spécialité cardiologie.
- Etre inscrit à l'ordre des médecins français.
- Poste ouvert au débutant et/ou en cours d'inscription à l'Ordre des médecins sous conditions de présenter les documents attestant des démarchés engagées.

#### Personne à contacter :

Renseignements et contact : Direction des Affaires Médicales  
M. Pierre LAURENCEAU - Tél. : 02 99 71 79 53  
Email : secretariat.direction.3@ch-redon.fr

#### Renseignements médicaux :

Dr Fayçal AZIZI  
Chef du service de médecine polyvalente à orientation cardiologie et pneumologie  
Tél. : 02 99 71 71 83 - Email : faycal.azizi@ch-redon.fr

### Médecin Gastro-Entérologue

#### Profil du candidat :

- Etre titulaire d'un diplôme de médecine, spécialité hépato-gastro.
- Etre inscrit à l'Ordre des médecins français.

#### Personne à contacter :

Renseignements et contact :  
Direction des Affaires Médicales - M. Pierre LAURENCEAU  
Tél. : 02 99 71 79 53 - Email : secretariat.direction.3@ch-redon.fr

#### Renseignements médicaux :

Dr Denis VALLADEAU - Chef du pôle de spécialités chirurgicales  
Email : denis.valladeau@ch-redon.fr

### Gynécologue-Obstétricien

#### Profil du candidat :

- Etre titulaire d'un diplôme de chirurgien gynécologue-obstétricien.
- Etre inscrit à l'Ordre des médecins français.
- Diplômes complémentaires souhaités :  
DU d'échographie obstétricale.

#### Personne à contacter :

Renseignements et contact :  
Direction des Affaires Médicales : M. Pierre LAURENCEAU  
Tél. : 02 99 71 79 53 - Email : secretariat.direction.3@ch-redon.fr

#### Renseignements médicaux :

Dr Jean HELOU - Responsable du service de gynécologie-obstétrique  
Tél. : 02 99 71 72 52 - Email : jean.helou@ch-redon.fr

### Gérialtre

#### Profil du candidat :

- Etre titulaire de la capacité en gériatrie.
- Etre inscrit à l'Ordre des médecins français.

#### Personne à contacter :

Renseignements et contact :  
Direction des Affaires Médicales : M. Pierre LAURENCEAU  
Tél. : 02 99 71 79 53 - Email : secretariat.direction.3@ch-redon.fr

#### Renseignements médicaux :

Dr Hervé DEVILLERS - Chef du pôle de gériatrie  
Tél. : 02 99 71 71 95 - Email : herve.devillers@ch-redon.fr



**CENTRE HOSPITALIER ALPES LÉMAN (74)**  
Situé sur le bord de l'Arve, entre lac (Léman) et montagnes, à 15 km de Genève et 60 km de Chamonix, établissement récent pour un bassin de population de 240 000.

**le CHAL propose à partir de juillet 2016 deux postes de pédiatres PH, temps plein/partiel, PHC, ou assistant spécialiste**

**Service constitué de 4 unités :**

- Pédiatrie polyvalente (22 lits médico chirurgicaux, soins continus, et HDJ pour 3 300 admissions/an).
- Urgences pédiatriques (individualisées au sein du SAU (54 000 passages/an) accueillant > 20 000 passages pédiatriques médicaux/an).
- Néonatalogie niveau IIa (12 lits avec 450 admissions/an) au sein de sa maternité (> 2 000 naissances/an), intégrée dans le réseau de périnatalogie des 2 Savoie (RP2S).
- Consultations spécialisées (rhumato, neuro, endocrin, diabète, CRTLA, chirurgie infantile) et une consultation de proximité à la Maison des Adolescents (MDA) au sein du GHT Nord Haute Savoie (3 établissements), et en lien avec les CHU de Grenoble et Lyon.

**Profil de poste :** Activité clinique (visite urgences consultations (possibilité de renforcer ou développer des sur-spécialités, consultations bifocales médico psy à la MDA), participation à la permanence des soins (astreintes opérationnelles avec évolution prochaine en garde lorsque l'effectif de 10 pédiatres sera atteint), participation au management du service et développement des filières de soins au sein du GHT, et des réseaux de soins (RP2S, RENAU, ville hospital), encadrement des internes et participations aux EPU.

**Renseignements :**

Dr Hervé TESTARD - Pédiatrie - htestard@ch-alpes-leman.fr - Tél. : 04 50 82 28 29  
Dr Aldrin UGHETTO - Néonatalogie - aughetto@ch-alpes-leman.fr - Tél. : 04 50 82 28 33  
Secrétariat Hospitalisation - Tél. : 04 50 82 28 40

**Candidatures :** Tél. : 04 50 82 24 93

Pierre GONIN - Directeur des Affaires Médicales - pgonin@ch-alpes-leman.fr



recrutement@ain.fr

**Le Département de l'Ain Recrute**

**Un médecin-directeur de Centre de Planification d'Education Familiale (CPEF) et de Protection Maternelle Infantile (PMI) à la Maison départementale de la solidarité de Pays de Gex-Bellegarde.**

En qualité de médecin, vous assurez les consultations médicales de gynécologie-obstétrique auprès des usagers, vous encadrez les autres membres de l'équipe du CPEF et collaborez avec eux aux actions collectives portant sur la sexualité et l'éducation familiale organisées dans le centre ou à l'extérieur. Vous participez à l'exécution des missions de PMI en lien avec le médecin adjoint PMI.

**Profil :**

Connaissance de la politique d'action sociale du Département, de la législation et la réglementation en vigueur en matière de CPEF, d'IVG, des acquis en gynécologie médicale et obstétrique (assurer des consultations médicales de gynécologie), et de la PMI. Niveau de diplômes requis : doctorat d'Etat en médecine. Le permis B est indispensable.

**Les candidatures sont à adresser à : Monsieur le Président du Département de l'Ain - 45, avenue Alsace Lorraine, CS 11014 - 01000 Bourg en Bresse au plus tard 1<sup>er</sup> juin 2016**

**Un adjoint protection maternelle infantile/accueil du jeune enfant à la Maison départementale de la solidarité de Bourg en Bresse.**

Sous l'autorité du Responsable de la Maison départementale de la solidarité, vous menez des actions de prévention et de promotion de la santé auprès des enfants de moins de 6 ans et de leurs familles dans le cadre des missions de protection maternelle et infantile (PMI) du Conseil Départemental. Vous assurez également la détection et la protection des enfants en difficulté.

Vous possédez une bonne connaissance de la législation sociale, de la politique d'action sociale du Département, des institutions et des partenaires œuvrant dans le champ sanitaire et social (consultations PMI, bilans de santé, validation des PAI et PPAS en lien avec la MDPH, agrément des assistants maternels, suivi des structures petite enfance ...).

Vous disposez de solides capacités rédactionnelles, d'analyse et de synthèse. Vous savez piloter un projet, encadrer et animer une équipe (les médecins de PMI, sage-femme et puéricultrices de la MDS, et le pôle administratif PMI Accueil Jeune Enfant). Vous aimez travailler en équipe et en transversalité avec d'autres domaines. Niveau de diplômes requis : doctorat d'Etat en médecine.

Le permis B est indispensable.



**Le Centre Hospitalier Michel Perret (Tullins)**

**recrute 1 médecin M.P.R. ou généraliste pour rejoindre son service de M.P.R.**

Pour toute précision sur la nature du poste, contactez Mme le Dr GENTIL - Chef de Pôle - 04 76 07 30 30

Les candidatures sont à adresser à : M. REBOUILLAT - Responsable RH m.rebouillat@ch-tullins.fr - 04 76 07 30 27

Etablissement public de santé, le C.H. Michel Perret se compose d'un Pôle de M.P.R. de référence et d'un Pôle Gériatrie. A travers ses différents services (2 services M.P.R. neuro et loco, hospitalisation complète et de jour, 1 service E.V.C, 1 équipe mobile pour adultes cérébro-lésés, consultations externes unité de bilan uro-dynamique) et ses infrastructures (balnéothérapie, plateaux techniques importants et modernes), le C.H. Michel Perret propose une offre complète en matière de rééducation.

Equipe médicale composée de 12 médecins (10.5 ETP).



**La Maison de Santé du Cézallier Cantalien - 15190 CONDAT recherche un médecin généraliste pour travailler en collaboration avec deux confrères installés depuis 2012**

La Maison de Santé héberge également un dentiste, un cabinet infirmier, un kinésithérapeute, le centre social départemental (assistante sociale et PMI), le Service de Soins Infirmiers A Domicile ainsi que des permanences de pédicure/podologie, gynécologie, chirurgie orthopédique, diététique et psychologie.

Le secteur de patientèle s'étend largement au-delà du département du Cantal puisque les praticiens interviennent également sur le sud du département du Puy-de-Dôme où le fonctionnement de deux cabinets secondaires mis à la disposition par les communes d'Egliseneuve d'Entraignes et de Saint-Genès-Champespe devra être assuré. Une collaboration étroite avec les médecins installés à Besse Sainte-Anastaise (63) est également nécessaire. Le secteur Cantalien est doté d'une maison de retraite à Marcenat et d'un Hôpital local à Condat où des postes de médecins coordonnateurs ou de praticien hospitalier peuvent être envisagés.

La Commune de Condat, classée en Zone de Revitalisation Rurale, est située au cœur du Parc Naturel Régional des Volcans d'Auvergne à moins d'une heure des portes de Clermont-Ferrand (liaisons autocar possibles), 50 mn de Saint-Flour et à 3 heures de la mer méditerranéenne par une autoroute gratuite. Les stations de ski de Super-Besse et du Lloran sont à 35 mn, la base nautique de Lastioulas à 15 mn.

Les services et commerces de proximité sont présents sur le bourg : banque, poste, pharmacie, boulangeries, supérette, coiffeurs, bar-tabac-presses, garages automobiles. Pour les plus jeunes, 2 écoles primaires, un collège avec une section sportive équitation et un centre de loisirs. En termes d'activités de loisirs, on trouve sur Condat : chorale, cours solfège/instruments, équitation, course à pied, gymnastique volontaire et à moins de 20 mn : foot, rugby, judo, escalade, tir à l'arc, etc.

**Contacts :** Facilités proposées pour le logement : Jean MAGÉ Maire de Condat 06 84 76 26 22 ou en mairie 04 71 78 52 06

**Autre contact technique :** Christelle CAYZAC - Communauté de Communes du Cézallier 04 71 78 68 33  
Audrey SOULLE - Pays de Saint-Flour Haute-Auvergne - Agence Régionale de Développement des Territoires d'Auvergne



Centre Hospitalier Public  
d'HAUTEVILLE

CENTRE HOSPITALIER PUBLIC D'HAUTEVILLE



Recrute

Le Centre Hospitalier Public d'Hauteville est un établissement de 359 lits orienté vers les disciplines de SSR gériatrique, MPR, polyvalent, pneumologie, sepsis, comas et addictologie. Il est situé dans l'Ain à 80 km de Lyon et de Genève, 50 km de Bourg-en-Bresse.

Il appartient à la CHT Bresse – Haut Bugéy et est en Direction commune avec le CH de Bourg en Bresse.

**1 médecin généraliste  
ou MPR ou diplômé en  
médecine du sport**

**Pour le pôle locomoteur**

Le pôle locomoteur du CHPH compte 110 lits de rééducation orthopédique, rhumatologique ou sportive répartis en trois unités médicales. Pour favoriser la prise en charge, l'établissement développe son plateau technique avec la construction d'une nouvelle balnéothérapie et de salles de rééducation.

**1 médecin généraliste  
ou addictologue**

**Pour le pôle addictologie**

Le pôle addictologie comprend 50 lits répartis entre le sevrage en court séjour et en SSR. Le praticien assure prise en charge individuelle/groupe au sein d'une équipe multidisciplinaire et aide au rétablissement somatique de la personne dépendante aux addictions.

Contact :

Mme MERLAUD - Président de CME - benedict.merlaud@chph01.fr  
Mme JAYET - Responsable des Affaires Médicales - emilie.jayet@chph01.fr



L'Etablissement Français du Sang

L'Etablissement Français du Sang est l'opérateur civil unique de la transfusion en France. La transfusion sanguine, dont l'EFS a le monopole depuis 2000, comprend le don de sang, le don de plasma et le don de plaquettes. L'Etablissement Français du Sang est le garant de la sécurité de la chaîne transfusionnelle, du donneur au receveur. Il contribue à soigner plus d'1 million de malades chaque année. L'Etablissement Français du Sang est présent sur l'ensemble du territoire (dont DOM) avec ses 153 sites de collecte et ses 40 000 collectes mobiles.

Nous recrutons pour des missions de Santé Publique :

**MEDECIN DE PRELEVEMENT H/F**

Santé publique, Ethique, Contact, Travail d'équipe vous motivent.

En CDI à temps plein ou en complément d'activité – Dès que possible.

**Ce que l'EFS peut offrir :**

Vous participez aux collectes mobiles et fixes sur le département. Au sein d'une équipe pluridisciplinaire, vous allez au contact des bénévoles et donneurs de sang dans le but d'assurer notre autosuffisance sanguine.

**Plus précisément vos missions sont :**

Effectuer les entretiens médicaux pré-dons.  
Prendre en charge les collectes qui vous seront confiées.  
Participer éventuellement aux assemblées générales.  
Manager l'équipe de collecte.

**Ce que nous attendons du candidat :**

Docteur en médecine (thèse obligatoire).  
+ si possible titulaire du Diplôme de médecine du don ou DESC en Hémobiologie transfusion ou DUTS ou CTT, sinon la formation est assurée en interne par l'EFS. Tous niveaux d'expérience.

**Compétences requises :**

- Connaissance pratique de la transfusion et de l'entretien médical.
- Connaissance des produits sanguins.
- Connaissance des Bonnes Pratiques de Prélèvement.

**Spécificité du poste :**

Collectes mobiles sur le département de rattachement du site.

**Localisation du poste :**

France, Rhône-Alpes, Lyon (69) et en urgence Grenoble, La Tronche (38) et Roanne (42).  
En permanence sur l'année : Lyon, Bourg-en-Bresse, Saint-Etienne, Chambéry, Clermont-Ferrand.



Adressez-nous votre candidature (CV + Lettre de Motivation) sur notre site : [www.efsrecrute.fr](http://www.efsrecrute.fr) ou par mail : [anne-marie.murat@efs.sante.fr](mailto:anne-marie.murat@efs.sante.fr) ou EFS Rhône-Alpes – Auvergne - Direction des Ressources Humaines - 25, boulevard Pasteur - 42100 Saint-Etienne à l'attention de Anne Marie Murat

**Urgent**

**POLE MEDICAL NEUF (JANVIER 2016)**

regroupant 2 cabinets médicaux, kiné, infirmier, ostéo, orthophoniste et pharmacie

**RECHERCHE MEDECIN(S) GENERALISTE(S)**

**Beauzac (Est de la Haute-Loire), 2 873 hab.**  
30 min de Saint Etienne, 40 min du Puy-en-Velay.  
EHPAD : 67 lits, 2 écoles : 330 élèves, crèche, centre de loisirs,  
40 associations dynamiques.

**Bassin de vie de 30 000 hab.** (démographie croissante)  
(2 collèges, 3 lycées, industries & services)

**Contact :**

**Jean PRORIOL - Maire de Beauzac (43 590)**  
**04 71 61 47 49 - jean.prioriol@ville-beauzac.fr**  
**www.ville-beauzac.fr**



L'Hôpital Robert-Pax

Centre Hospitalier  
de Sarreguemines  
France

**Recrute**

*Hôpital public récent ouvert en 2009, bien positionné dans son territoire de santé et en plein développement de son activité (médecine - chirurgie - obstétrique - hospitalisation de jour - chirurgie ambulatoire - scanner - I. R. M.)  
Situé à côté de SARREBRUCK (Sarre) et à proximité de STRASBOURG et NANCY*

**Un praticien contractuel à temps plein spécialiste en pneumologie, qualifié en oncologie**

Afin de renforcer l'équipe médicale du service.  
Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins indispensable.  
Rémunération au 4<sup>ème</sup> échelon de la carrière des praticiens hospitaliers à temps plein, majorée de 10 %.

**Un praticien contractuel à temps plein spécialisé dans la prise en charge de la douleur chronique**

pour le service de consultation de la douleur  
Afin de renforcer l'équipe médicale du service.  
Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins Indispensable.  
Rémunération au 4<sup>ème</sup> échelon de la carrière des praticiens hospitaliers à temps plein, majorée de 10 %.

Adresser candidature et CV à : Monsieur Pascal SCHMIT - Directeur-Adjoint des Hôpitaux de Sarreguemines  
Centre Hospitalier Robert-Pax - 2 rue René François-Jolly - 57211 SARREGUEMINES Cedex - Tél. : 03 87 27 98 40 - Email : pascal.schmit@chs-sarreguemines.fr



**Recrute par voie statutaire ou contractuelle**

**1 médecin départemental, chef de service PMI (H/F)**

Rattaché à la direction enfance famille sous l'autorité du directeur, le médecin départemental, chef du service protection maternelle infantile, assure l'encadrement des 2 médecins territoriaux et des 2 cadres de santé. Il définit, organise et coordonne les missions du service et les actions de santé publique. Il met en œuvre des actions sanitaires et médico-sociales au vu des enjeux et des indicateurs de santé publique du territoire.

**MISSIONS & ACTIVITÉS PRINCIPALES**

- 1- Définir une politique de prévention et de santé publique globale, en cohérence avec les différents schémas et pactes départementaux révisés.
- 2- Promouvoir et développer des actions de prévention médico-sociale.
- 3- Encadrer les 2 médecins territoriaux et les 2 cadres de santé.
- 4- En appui aux médecins territoriaux, assurer des consultations sur le territoire et des actions de dépistage dans les écoles maternelles.

**COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES ATTENDUES POUR LES 2 POSTES**

Savoir : Diplôme d'État de docteur en médecine, médecine sociale, pédiatrie, santé publique environnement territorial et compétences départementales, cadre réglementaire et législatif de la PMI.  
Savoir-faire : management d'équipe, organisation et esprit de synthèse, travail en équipe, en transversalité et en partenariat.  
Savoir être : qualités humaines, écoute active et bienveillante, confidentialité.

**CONDITIONS SPÉCIFIQUES POUR LES 2 POSTES :** Disponibilité, permis B et véhicule personnel.

**1 médecin PMI territoire sud meusien (H/F)**

Rattaché à la direction enfance famille au sein du service protection maternelle infantile, sous l'autorité du médecin départemental, le médecin PMI assure l'encadrement hiérarchique et technique des équipes PMI du territoire sud meusien (MDS Bar-le-Duc, Ligny-en-Barrois et Revigny-sur-Ornain), participe à l'élaboration de la politique départementale de la PMI et assure sa mise en œuvre opérationnelle.

**MISSIONS & ACTIVITÉS PRINCIPALES**

- 1- Participer à l'élaboration de la politique départementale de PMI.
- 2- Mettre en place des actions de prévention médico-sociale dans le domaine de la PMI.
- 3- Mettre en œuvre la politique de prévention, de dépistage et de signalement de la maltraitance sur mineurs.
- 4- Assurer, par délégation du Médecin départemental, l'encadrement hiérarchique et technique des équipes de PMI.

**Merçi d'adresser votre candidature (lettre de motivation, CV et dernier arrêté de situation) par courrier ou courriel à : Monsieur le Président du Conseil départemental - Département de la Meuse  
Direction des Ressources Humaines - BP 50 514 - 55012 BAR LE DUC CEDEX - drh@meuse.fr  
Pour tout renseignement, contactez  
Murielle MICHAUT au 03 29 77 37 02 ou Angélique THIERRY au 03 29 45 77 27**

# LE CH MAYOTTE

Situé au cœur de l'Océan Indien (À 2 heures d'avion de La Réunion et 1 heure de Madagascar)



## RECHERCHE

### DES GYNECOLOGUES OBSTETRICIENS

Pour sa maternité de niveau II B. Par mutation ou contrat de longue ou de courte durée.

Service de 109 lits dans maternité de niveau II B et chirurgie gynécologique. Contrat de courte durée : (inférieur ou égal à 1 an)

**Contact : Dr Angaman Lucien DIDIA - Praticien Hospitalier - Chef de Service - Pôle Gynécologie Obstétrique**

**02 69 61 80 00 poste 5501 ou 06 39 69 34 61 - Mail : a.didia@chmayotte.fr**

### DES ANESTHESISTES REANIMATEURS (Service d'Anesthésie)

**Service et Equipement :** Bloc opératoire de 6 salles avec 1 médecin anesthésiste pour 2 salles et 1 IADE par salle • 1 médecin avec 1 IADE quand enfant en bas âge • Activité de pédiatrie et de maternité importante (6 200 accouchements à Mamoudzou au CHM) • 1 200 périurales/an • Equipe de 25 IADE • Equipe MAR : 14 postes budgétisés (10 MAR titulaires ou contrats longs à partir de janvier 2014).

**Organisation du service :**

- Double garde : 1 garde de chirurgie (1 MAR et 1 IADE) et 1 garde de gynéco-obstétrique (1 MAR + 1 IADE) • Respect strict du repos de sécurité • En moyenne, 1 garde par semaine • Application stricte des protocoles et recommandations du MAPAR • Bonnes relations dans l'équipe d'anesthésie et avec les chirurgiens
- Réanimation polyvalente sur place prise en charge par équipe de réanimateurs spécifiques.

### UN MEDECIN DU TRAVAIL

**Vous assurez :**

- Le suivi médical du personnel dont vous avez la charge ainsi que l'amélioration des conditions de travail, d'hygiène, et de sécurité.
- La prise en charge et la surveillance des expositions spécifiques aux activités rencontrées.

**Profil :**

Docteur en médecine, titulaire du CES ou DES de médecine du travail. Vous avez su démontrer vos qualités relationnelles et votre sens du contact. Autonome, réactif(ve), associé à des capacités de synthèse et d'analyse rapide d'une situation, vous savez vous organiser pour piloter votre activité et décider. Doté(e) d'une réelle capacité à fédérer, vous disposez d'une vraie aisance pour communiquer qui vous permet de vous adapter à tout type d'interlocuteur.

Rémunération attractive. Prise en charge du billet d'avion pour le candidat, mise à disposition d'un logement (6 mois) et d'une voiture de location (2 mois) pendant la durée du remplacement.

Contrat d'un an : Rémunération attractive, prise en charge du transport pour le médecin et sa famille et attribution d'un logement pendant 6 mois et véhicule pendant 3 mois.

Mutation ou première nomination de praticien hospitalier : Indemnité Particulière d'Exercice ouverte aux praticiens hospitaliers nommés à titre probatoire et permanent (16 mois de traitement versés en 4 fractions égales). Prise en charge du transport (candidat + famille) + indemnité de changement de résidence + mise à disposition d'un logement (6 mois) et d'une voiture de location (3 mois)

*Possibilité d'être recruté sous statut de praticien clinicien.*

**Envoyer demande de renseignements et candidature (CV détaillé, tous les diplômes, attestation d'inscription à l'ordre 2015) à :**

**Catherine BARBEZIEUX-BETINAS - Directrice en Charge des Affaires Médicales**

**02 69 61 80 00 poste 5635 - Mail : c.barbezieux@chmayotte.fr**

**Marie-Paule CLEMENT - Attachée d'administration - 02 69 61 80 00 poste 3121 - Mail : mp.clement@chmayotte.fr**



CLINIQUE DURIEUX

## Recherche

### Chirurgien ORL en exercice libéral Gynécologue obstétricien en exercice libéral

Les avantages et le confort d'un établissement MCO pluridisciplinaire.

Seul opérateur de soin privé sur son territoire Sud depuis 1999.

Bassin de population en croissance constante.

Fortes demandes d'une clientèle existante assurant un développement rapide de l'activité.

#### Etablissement sur 3 étages de 114 lits et places :

- Bloc central avec ses 8 salles d'opération, 14 postes SSPI, plateau technique rénové en 2012.
- Equipements et instrumentation CHIRURGIE ORL remise à neuf en 2016 pour un démarrage rapide de l'activité boîtes d'instrumentation, NIM, colonne vidéo, moteurs.
- 25 lits de maternité niveau 1, bloc obstétrical avec 3 salles d'accouchements, 3 salles de pré-travail.
- 42 places lits et places de chirurgie ambulatoire en unité spécialisée.
- 52 lits d'hospitalisation.
- Possibilité d'installer votre cabinet de consultation au sein de l'Etablissement ou à proximité.
- Accompagnement au démarrage de l'activité.
- Confort et qualité de vie unique qu'offre une île tropicale française dans l'Océan Indien classée au Patrimoine Mondial de l'Unesco.



*Urgent*

Si vous êtes intéressé par la perspective d'une telle installation et souhaitez recueillir plus d'information, n'hésitez pas à contacter : Emilie Durieux - Assistante de Direction au 02 62 91 48 29 - emilie.durieux@cliniquedurieux.fr

## La DASSPS

Direction des Affaires Sanitaires et Sociales et des Problèmes de Société, service de santé publique de la province nord (l'une des trois provinces de la Nouvelle-Calédonie) est susceptible de recruter

### des médecins généralistes pour ses circonscriptions médico-sociale (CMS) « Dispensaire de brousse »

#### Descriptif du poste :

Les CMS sont de petites unités avec un à trois médecins, deux à quatre infirmiers, et des professionnels à mi ou temps-plein : dentiste, sage-femme, assistant social, auxiliaire de vie et de santé, assistante dentaire, secrétaire, agent d'entretien, ouvrier polyvalent-ambulancier.

Poste d'urgence avancée assurant la permanence médicale en H24 sur de petites communes de 1 500 à 5 000 habitants, assurant les consultations et les urgences, les visites en tribus et à domicile, les programmes de prévention (PMI, santé scolaire, médecine du travail, certificat de sport, éducation et promotion de la santé).

#### Profil :

Médecin généraliste avec diplôme français et de nationalité française, une solide expérience des urgences (CAMU ou équivalence appréciée), des connaissances en obstétrique et le goût d'une médecine rurale, en poste isolé, dans un contexte culturel spécifique, expérience professionnelle de 1 à 10 ans, idéalement poste pour jeune célibataire ou couple de 27 - 40 ans (sur poste fixe), ou tout âge (sur poste de remplaçant itinérant).

**Type de contrat :** CDD de six mois (poste d'itinérant) à deux ans (poste fixe) avec passage en CDI si adaptation au poste confirmée.

**Niveau de rémunération :** selon la grille de la fonction publique de la Nouvelle-Calédonie (entre 4 400 et 8 000 euros net, hors indemnités d'astreinte).

#### Contact :

dassps-srh@province-nord.nc ou m.cortambert@province-nord.nc - Tél. : (687) 47 72 30 ou (687) 47 76 86  
08h à Paris = 18h à Nouméa



## ADSEA D'EURE-ET-LOIR RECHERCHE MEDECIN(S) PSYCHIATRE(S) (H/F)

Candidature et cv à adresser à :  
ADSEA 28 - Direction Générale  
M. Jocelyn BOUZID  
Directeur administratif et financier  
35, avenue de la Paix  
28300 LEVES  
sauvegarde.28@adsea28.org

Pour son Internat Socio-Educatif Médicalisé pour Adolescents :  
0,50 ETP

Il s'agit d'un établissement dédié à l'accueil et l'hébergement de 12 adolescents difficiles dont la caractéristique est d'avoir déjà un parcours de prise en charge au sein des dispositifs de protection de l'enfance, parcours qui s'est soldé par un échec ou une rupture. Fonctions d'encadrement technique de l'équipe soignante (psychologues, infirmières, aide-soignante), fonction clinique auprès des jeunes pris en charge et fonctions de coordination médicale avec l'ensemble des structures hospitalières et du réseau de praticiens.

Lieu de travail :  
ILLIERS-COMBRAY (Eure-et-Loir, 20 km de CHARTRES).

Pour son Service d'Actions Educatives en Milieu  
Ouvert : 0,30 ETP

Service en charge de mesures d'actions éducatives judiciaires et administratives sur l'ensemble du territoire de l'Eure-Loir (3 antennes). Fonctions diagnostic, d'analyse des situations et d'aide à l'intervention, fonction thérapeutique ambulatoire auprès des mineurs et de leurs familles et fonctions de coordination médicale avec l'ensemble du réseau de partenaires.

Lieu de travail :  
CHARTRES (mobilité sur l'ensemble du département d'Eure-et-Loir).

Ces deux postes peuvent être pourvus conjointement par la même personne ou séparément.  
Conditions de la Convention Collective du 15 mars 1966.



### LE CENTRE HOSPITALIER GEORGES MAZURELLE A LA ROCHE-SUR-YON (VENDEE) RECRUTE

Etablissement Public de Santé Mentale de Vendée, le CH Georges Mazurelle comprend 5 pôles adultes, 3 pôles enfants, 1 pôle adolescents, 1 fédération de gériatrie-psycho-gériatrie ainsi qu'une maison d'accueil spécialisée. Ses 1 400 agents et 76 médecins et internes accueillent les patients dans plus de 850 lits et places. Un pôle Médico-Pharmaceutique vient en appui aux soins psychiatriques grâce à ses spécialistes en gynécologie, radiologie, cardiologie, neurologie, pneumologie et soins dentaires, notamment. Idéalement situé entre Nantes, et son CHU, et La Rochelle et à 30 minutes de la côte Atlantique, l'établissement bénéficie du climat océanique vendéen doux et ensoleillé.

Vue d'un des bâtiments  
dédiés à l'hospitalisation adultes



### PSYCHIATRES

Inscription au Conseil de l'Ordre et épreuves de vérification des connaissances exigées.  
Pôle de psychiatrie infanto-juvénile Est (Dr Lahoual - 02 51 09 72 83)  
Pôle des Adolescents (Dr Cailleau - 02 51 09 71 26)  
Pôle de psychiatrie adultes Sud-Vendée (Dr Garret - 02 51 09 72 25)

### MEDECIN DU TRAVAIL

Temps plein ou temps partiel - Début d'activité en juillet 2016  
Infirmière, secrétaire, informatisation dossiers agents (Dr Burgaud - 02 51 09 72 31)

Les candidatures avec CV sont à adresser à la DRH Affaires Médicales : EPSM Georges Mazurelle - 85026 La Roche-Sur-Yon ou par mail à : damc@ch-mazurelle.fr - Tél. : 02 51 09 73 47



### CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL - ALENCON - MAMERS (2 sites Orne-Sarthe)

Nombre total de lits : 786 dont 446 MCO.  
(Préfecture située à 1 h 30 de la Côte Normande, à 2 h de Paris, secteur sanitaire 170 000 h  
SAMU - SMUR - SAU - Toutes spécialités - SCANNER - IRM).

Recrute dans le cadre du déploiement de son projet médical et de la mise en place des GHT,

## 1 PRATICIEN INSCRIT AU CONSEIL DE L'ORDRE médecin DIM temps plein.

Dans une équipe de 3,6 TIM, un statisticien, et un Médecin DIM responsable de service.

Pour tous renseignements, merci de contacter Madame le Docteur PÉDAILLÈS au 02 33 32 30 78  
Adresser candidature écrite et curriculum vitae à : Monsieur GEFFROY - Directeur du C.H.I.C. Alençon-Mangers  
25, rue de Fresnay BP 354 - 61014 - ALENCON Cedex - Adresse messagerie : direction@ch-alencon.fr

# Rejoignez la communauté des Praticiens Hospitaliers

Réseau  
**PRO+**  
Santé



Sur  
**Reseauprosante.fr**



www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode



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

DUBAI  
(Emirats Arabes Unis)



## VERSAILLES MEDICAL CLINIC

VERSAILLES MEDICAL CLINIC  
RECHERCHE URGENT

- 1 MEDECIN GENERALISTE**
- 1 DERMATOLOGUE SPECIALISTE EN COSMETIQUE**
- 3 INFIRMIERES DIPLOMEES**
- 3 SECRETAIRES TRILINGUE FRANCAISES**

Les postes nécessitent de communiquer en anglais couramment, autres langues appréciées.

Contrat de 3 ans minimum renouvelable.

5 ans minimum d'expérience professionnelle.

Disponibilité rapide.

Excellente présentation.

Médecins : Rétrocession élevée sur honoraires libres pratiqués aux Emirats.

Infirmières et Secrétaires : Salaires motivants + avantages

Territoire non soumis à l'impôt ni aux taxes, salaires exemptés de charges.

Merci d'envoyer photo + CV à l'attention de Madame Véronique CARON  
Par e-mail à : [info@versaillesdentalclinic.com](mailto:info@versaillesdentalclinic.com)



Depuis janvier, Le CHU UCL Namur est né de la fusion du CHU Dinant Godinne & de la Clinique et Maternité Sainte-Elisabeth de Namur et représente, grâce à ses 4 000 travailleurs, le premier employeur privé de la Province de Namur et du Luxembourg (Belgique). L'ambition de notre Institution est de former un ensemble hospitalier et de référence européenne offrant des soins intégrés et de dimension universitaire à un niveau de qualité qui garantit l'attractivité des patients, des résidents et des meilleurs professionnels.

Le CHU UCL Namur recherche :

- **Phlébologue chirurgical (H/F)** Site Godinne - Statut d'indépendant - 4-6/11<sup>ème</sup>
- **Dentiste (H/F)** Site Godinne - Statut d'indépendant - ½ temps
- **Médecin urgentiste (H/F)** Site Godinne - Statut salarié - temps plein
- **Pneumologue (H/F)** Site Sainte-Elisabeth - Statut d'indépendant - temps plein ou temps partiel
- **Gynécologue – obstétricien (H/F)** Site Dinant - Statut d'indépendant - temps plein ou temps partiel
- **Gastro-entérologue (H/F)** Sites Godinne & Dinant - Statut d'indépendant ou salarié temps plein ou temps partiel
- **Ophthalmologue (H/F)** Site Dinant - Statut d'indépendant - temps plein ou temps partiel
- **Dermatologue (H/F)** Site Dinant - Statut d'indépendant - temps plein ou temps partiel
- **ORL (H/F)** Site Dinant - Statut d'indépendant ou salarié - temps partiel

**Intéressé(e) ?**

Consultez ces offres dans leur intégralité en suivant ce lien :

<http://www.emploi.chuclouvain.be>

Merci de prendre contact avec  
**Laura Limberopoulos**  
Chargée de la Cellule Recrutement  
& Sélection  
Direction des Ressources Humaines  
[recrutement-chu@uclouvain.be](mailto:recrutement-chu@uclouvain.be)  
Tél. : +32 (0)81 42 28 03  
Secrétariat : +32 (0)81 42 28 21



Et si vous optimisiez  
votre épargne grâce  
aux conseils personnalisés  
d'un expert ?

ÉPARGNE RETRAITE

PUBLICITÉ

Votre conseiller MACSF est à votre écoute pour analyser vos attentes et vous proposer des solutions épargne retraite personnalisées.

Pour prendre rendez-vous avec votre conseiller, contacter le 3233.

3233 Service gratuit  
+ prix appel

ou [macsf.fr](http://macsf.fr)

Notre engagement, c'est vous.

