

The background is a watercolor illustration. A woman's face is the central focus, with her eyes looking directly at the viewer. On top of her head, there is a small village scene with several white houses with brown roofs, a white picket fence, and green trees. The overall style is soft and artistic, with a warm color palette of yellows, greens, and browns.

LE MAG DE L'INPH

LE INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

N°9

DÉCEMBRE
2016

QUADRIMESTRIEL
GRATUIT

**DOSSIER :
CONSTRUIRE**

**CHRONIQUE D'HÔPITAL :
LE MANAGEMENT PARTICIPATIF**

**ENTRETIEN AVEC ANNE-MARIE ARMENTERAS DE SAXCÉ,
DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA DGOS**

**UN PAS DE CÔTÉ :
PLAIDOYER POUR UNE CULTURE DE
RESPONSABILITÉ PARTAGÉE**

WWW.INPH.ORG

BUREAU

Présidente
Dr Rachel BOCHER
(CHU de Nantes)

Délégué général et chargé des CH Non Universitaires

Dr Alain JACOB
(SNHG - Corbeil Essonnes)

Secrétaire Général

Dr Jamil AMHIS
(FPS - Créteil)

Vice-Président Chargé CHU et de la Chirurgie

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

Vice-Présidente Chargée Pharmacie

Dr Mariannick LEBOT
(SYNPREFH - Brest)

Vice-Président chargé de la Pédiatrie et de la Néonatalogie

Dr Jean-Louis CHABERNAUD
(SNPEH - AP-HP)

Vice-Présidente chargée des Urgences

Dr Catherine BERTRAND
(SAMU - AP-HP)

Vice-Président Chargé CHS

Dr Angelo POLI
(SPEP - Saint Cyr au Mont d'Or)

Vice-Président chargé de l'Université Recherche

Pr Bertrand DIQUET
(SNHU - Angers)

Trésorier

Dr Olivier DOUAY
(SNPH - CHU - Angers)

Trésorier adjoint et chargé des Odontologistes

Dr Bernard SARRY
(SNOP - Limoges)

Vice-Président chargé de la Médecine

Dr Hugues AUMAÎTRE
(SNMInf - Angers)

Vice-Président chargé des temps partiels

Dr Tony RAHME
(SNPH TP - Montfermeil)

15 SYNDICATS POUR VOUS DÉFENDRE

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

SMPHNC

Syndicat des médecins et pharmaciens de Nouvelle Calédonie

Président : Dr E. MANCEL

15 SYNDICATS QUI VOUS ATTENDENT

SOMMAIRE N°09



04 ÉDITORIAL

INFORMATION

06 Les News / Les Views

L'encre du stylo de la Ministre

10 Un pas de côté

Plaidoyer pour une culture de responsabilité partagée

RÉFLEXION

12 Chroniques d'hôpital

Le management participatif

20 Dossier

Construire

Editeur & Régie publicitaire

Macéo Editions, Reseauprosante.fr

M. TABTAB Kamel, Directeur

6, avenue de Choisy, 75013 Paris

Tél. : 01 53 09 90 05

Email : contact@reseauprosante.fr

Web : www.reseauprosante.fr

CONSTRUCTION

36 Interview

Rencontre avec Mme Anne-Marie ARMENTERAS DE SAXCÉ

ANNONCES

40 Les annonces de Recrutement

LE MAG DE L'INPH

1^{ER} INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

Édition quadrimestrielle

ISSN : 2274-7575

Directeur de Publication D^R RACHEL BOCHER

Rédactrice en chef D^R ANTOINETTE BERNABE GELOT

Comité de lecture D^R JEAN MICHEL BADET

D^R ALAIN JACOB

D^R HENRI THOANNES

D^R EMMANUEL CIXOUS

D^R MICHEL TRYANTAFILLOU

D^R JOSETTE MAHEUT-LOURMIERES

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

VEILLÉE D'ARMES...

En cette période de fêtes de fin d'année, dans un curieux mélange d'achevé et d'inachevé, dans une ambiance souvent anxiogène vécue par nombre de nos collègues au quotidien, l'INPH peut annoncer la signature d'un nouveau **Protocole d'Accord** avec les Pouvoirs Publics à l'issue de longs mois de négociations hebdomadaires.

C'est incontestablement un succès du dialogue social. En même temps c'est marquer ce qui reste à entreprendre, à construire.

Mais ne boudons pas notre plaisir. Après le retour des services et du Service Public Hospitalier aux termes de la loi de modernisation du système de santé (janvier 2016), le **Protocole d'Accord** signé en octobre dernier marque un début de revalorisation de notre statut (cf. l'article de JM BADET page 6).

Mais l'heure n'est pas au repos. Notre travail continue et plus que jamais et l'INPH est et sera la force reconnue de propositions et d'actions au sein de toutes les commissions de mise en œuvre, d'évaluation des mesures prises et de préparation de celles à prendre.

Les pistes de travail restent nombreuses.

Concernant le **Protocole d'Accord** on distinguera deux phases :

☑ La première concerne les voies du succès développées dans ce numéro « 9 » de votre magazine et présentée en 7 pistes, notamment vers un accord cadre en faveur de l'égalité des droits sociaux pour l'ensemble des PH, et vers la prime d'engagement de service public et d'engagement territorial.

**Construire,
construire
encore,
construire
toujours...**

☑ La 2^{ème} phase - prévue pour se dérouler jusqu'en février 2017 - présente trois axes de travail que sont la gestion du temps médical, la valorisation de la sujétion de la permanence des soins et la reconnaissance des valences non cliniques tant attendues.

Au cœur de ce numéro, l'interview clef de Mme Anne-Marie ARMANTERAS-DE SAXCÉ, Directrice Générale de l'Offre de Soins, pointe la volonté d'éradiquer les risques psychosociaux, de rompre avec le cercle vicieux « gouvernance, risques » par le renforcement du management médical, qui est et reste l'élément majeur de l'attractivité.

Mais est-ce complet, est-ce suffisant après ces presque cinq années ?

Plus que jamais le statut et la place du médecin doivent être au cœur des projets du prochain quinquennat en matière de santé.

Les candidats à la candidature de la prochaine élection présidentielle semblent pour le moment s'accorder sur l'axiome « en faire plus avec moins ».

La marge de progression est donc assez large, pour ne pas dire floue, ce qui ferait craindre qu'il y ait alors un loup.

Vigilance donc !

Il conviendra d'inclure l'homogénéité territoriale dans la construction des programmes pour demain.

Le risque est la rupture définitive d'égalité. Puisque la relation hippocratique - ce moment si singulier entre patients et praticiens - est à la base de tout notre système de soins, aucune inégalité, fut-elle territoriale, pourra durablement s'inviter dans le système de santé de demain.

Bonnes fêtes de fin d'année à tous et à toutes.

Une trêve bien méritée pour notre comité de rédaction qui vous propose aujourd'hui son numéro 9.

Notre magazine a su vous trouver, vous, lecteurs, et le succès de la rédaction eut été impossible sans vous.

Une intention particulière à tous les acteurs de l'INPH, toutes spécialités confondues (SPHPF ; FPS ; SPEEP ; SNHG ; SNHU ; SNOHP ; SNPEH ; SNPH-CHU ; SPEP ; SYNPREFH ; SNPH TP ; SNMInf ; CNAH ; FNASF ; SCPF ; SMPHNC) unis et agissants jusques et y compris en cette veillée d'armes politiques qui marquera le début de 2017.

Bonne lecture.

Présidente de l'INPH
Dr Rachel BOCHER



L'ENCRE DU STYLO DE LA MINISTRE



Le stylo de la Ministre...



Accord Cadre
Égalité des droits sociaux pour tous
les PH
Primes d'engagement de service
public et territorial



Dr Jean-Michel Badet
SNPHCHU - Vice-Président INPH

Dans le précédent numéro du Mag, j'avais tracé les grandes lignes de l'action syndicale.

Construire en syndicaliste
c'est savoir faire des choix :

- ☑ En acceptant ou non des propositions d'évolution de nos conditions d'exercice, de promotion de nos professions, d'amélioration de l'attractivité.
- ☑ Pour faire ces choix, nous tenons bien entendu compte de la situation politique et économique de notre pays.
- ☑ Nous jugeons si un mouvement social cherchant à obtenir plus ou mieux (une grève pour faire simple) sera suivi, bien compris, correctement accepté par la population.

Tout ce travail de réflexion

nous a conduit à retenir les propositions faites fin octobre par le gouvernement ainsi que les termes du protocole de travail, document que nous avons signé avec l'assurance de sa mise en œuvre dans les mois à venir par la signature de Marisol Touraine.

Lors du précédent Mag, je m'inquiétais que le Ministère n'engageait plus sa signature, craignant qu'il n'y ait plus d'encre dans le stylo de la Ministre. Me voilà rassuré !



Au terme d'années de réunions, de rapports, de discussions, nous sommes arrivés à une étape pour la mise en œuvre de mesures concernant l'attractivité des carrières hospitalières publiques.

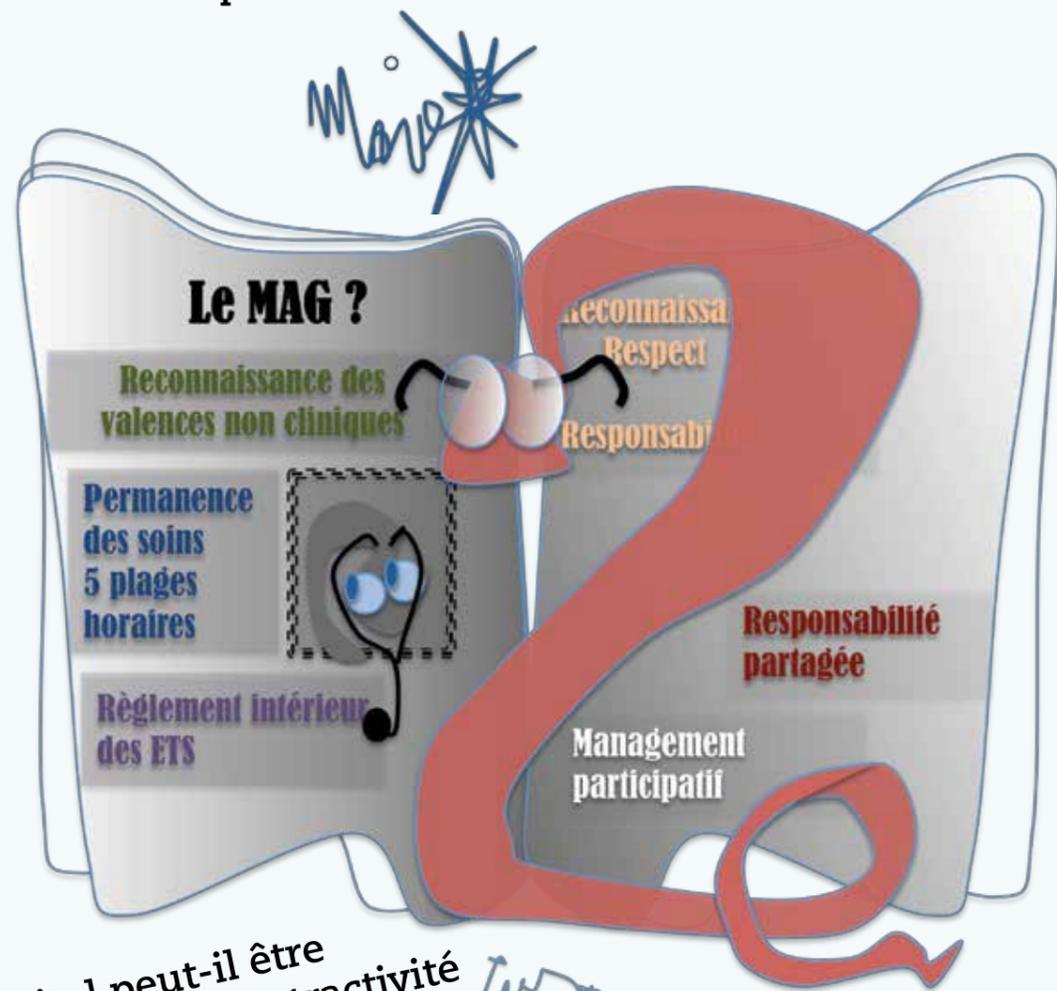
Les mesures suivantes sont actées (1), les textes écrits ou en cours de rédaction finale, le Conseil d'Etat saisi pour ce qui nécessite sa validation, et lorsque vous lirez ces lignes, beaucoup, devraient être publiées.

1. Pour les PH contractuels, PH probatoire et les assistants, les droits sociaux (congés maladie, maternité, etc., durée de la période de couverture, rémunération) sont alignés sur ceux des PH titulaires.
2. Les PH en probatoire pourront exercer en temps réduit (sans allongement de la durée de la période probatoire).
3. Une prime d'engagement dans la carrière est créée.
 - ☑ Elle s'élèvera en fonction du poste à pourvoir de 10000 à 30000 € et pourra s'accompagner d'un avancement d'échelon de 2 ans.
4. La création des GHT verra se développer l'exercice multi-site.
 - ☑ Une prime d'engagement territorial est mise en place de 250 € pour une demi-journée, 450 jusqu'à 3700 jusqu'à 4 et 1000 € pour plus de 4 ou travail sur plus de 2 sites au total.
5. Tout temps de travail additionnel (TTA) sera du TTA de jour (sans retenue de l'indemnité de sujétion) et il n'y a plus qu'un seul niveau d'astreinte.
6. Création d'un second montant de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE).
 - ☑ 700 € bruts mensuels versés si l'on a bénéficié pendant 15 ans au moins de l'IESPE.
7. Valoriser le travail en début de soirée.
 - ☑ Décompte horaire à partir de l'heure de début de la PDS.
 - ☑ Applicable aux activités des plateaux techniques et de consultation.

Parmi ces mesures, certaines étaient attendues depuis des années et portées sans relâche par l'INPH. Elles permettront de redonner un peu d'équité et de reconnaissance pour notre engagement pour le service public. Suffront-elles à améliorer l'attractivité des carrières ?

VIEWS

...n'a-t-il qu'une seule couleur ?



L'hôpital peut-il être magnétique si l'attractivité n'est que financière ?

Hôpital magnétique : Hôpital à fort pouvoir attractif pour le personnel et dont le management basé sur la responsabilisation et l'autonomisation des soignants dans leur domaine de compétence (voir chroniques d'hôpital).

Au-delà, et jusqu'en février 2017, c'est le protocole paraphé de l'encre du stylo de la Ministre que l'INPH va négocier au mieux sur la base du texte que vous pouvez retrouver sur notre site (2)

Cette signature engage l'Etat et la mise en œuvre des mesures décidées quel que soit la majorité qui sortira des urnes au printemps prochain.

Ce protocole comporte 3 axes de travail.

Gestion du temps médical, valorisation de la sujétion de la permanence des soins, reconnaissance des valences non cliniques.

1

Avec la gestion du temps de travail médical, on sera au cœur du management hospitalier, au plus près des PH. Il est nécessaire de **construire un cadre national au contenu du règlement intérieur de chaque établissement** afin d'éviter dérives managériales ou mise en concurrence des établissements. Le protocole est clair « FORMALISER » ces règles dans le règlement intérieur... et de manière « HOMOGENE »

2

Valoriser la sujétion de la permanence des soins pourrait aboutir à créer une « usine à gaz » de plus. Il existe cependant une méthode simple, que nous avons portée il y a plusieurs années au sein d'un rapport sur l'exercice médical à l'hôpital (3) : « **Les 24 heures de travail se décomposent en 5 plages, 2 de jours et 3 de nuit** ». Ce protocole reste sur ce point plus réservé, souhaitant fixer des conditions particulières à la mise en œuvre de cette mesure. Nous nous attacherons au cours des prochaines réunions à faire évoluer au mieux ces conditions.

3

La reconnaissance des valences non cliniques est au cœur de la charte syndicale de l'INPH, depuis le premier jour et tout reste encore à faire. Nous avons déjà obtenu que les mesures décidées ne soient pas portées par une simple instruction ministérielle dont on connaît la difficulté de mise en œuvre au sein des établissements. Nous avons également obtenu que leur inscription dans le profil de poste soit la règle. Reste bien entendu à en définir le contenu, les mécanismes de valorisation pour les rendre attractives.

L'INPH a agi pour obtenir la mise en œuvre de ces mesures, nous avons besoin de vous pour nous accompagner dans leur mise en œuvre sur le terrain, pour nous faire remonter les difficultés locales, pour vous mobiliser si, d'aventure, l'encre de la signature de la Ministre venait à pâlir d'ici février 2017.



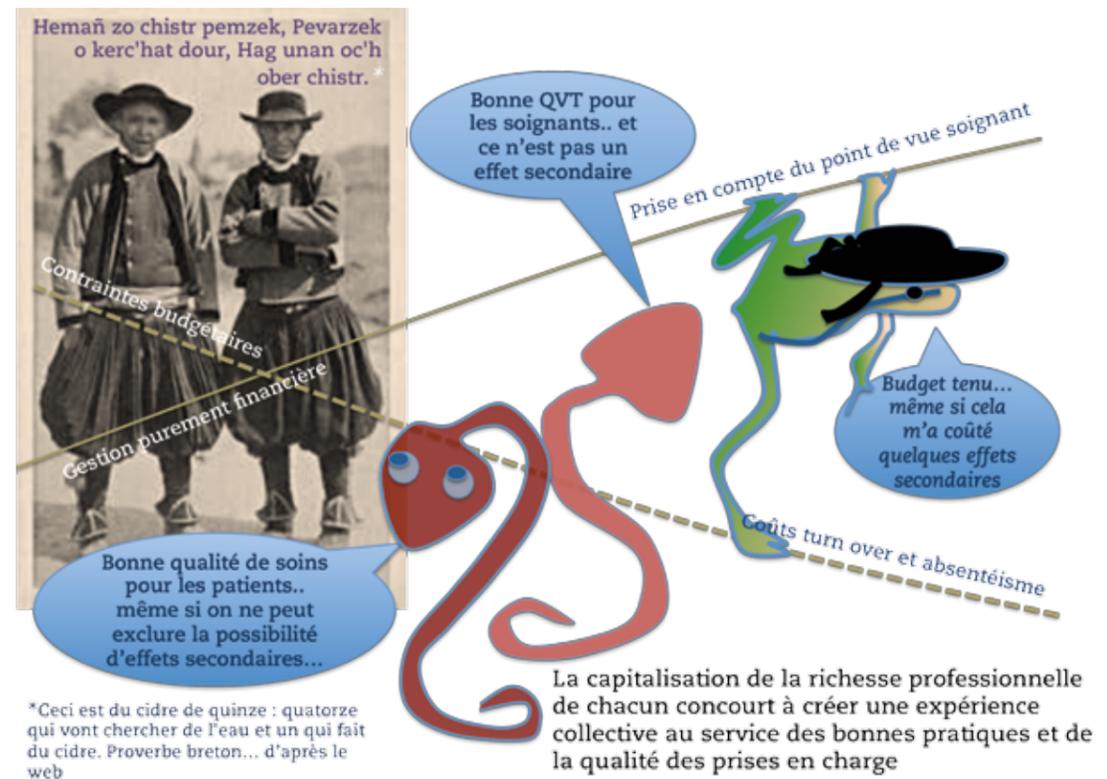
Références

- 1. Les mesures actées : http://www.intersyndicat-des-praticiens-hospitaliers.com/images/Annexe_accord_cadre_21102016_2.pdf
- 2. Le protocole : http://www.intersyndicat-des-praticiens-hospitaliers.com/images/accord_cadre_21102016_site_inph.pdf
- 3. Rapport exercice médical à l'hôpital : http://www.cng.sante.fr/IMG/pdf/Rapport_Final.pdf

PLAIDOYER POUR UNE CULTURE DE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE

“ Notre grande erreur est d'essayer d'obtenir de chacun en particulier des vertus qu'il n'a pas et de négliger de cultiver celles qu'il possède. ”

Marguerite Yourcenar
Extrait des Mémoires d'Hadrien



Anita Garcia
Coordonnateur général des soins, de la qualité et de la gestion des risques



Gildas Le Borgne
Directeur adjoint Centre Hospitalier de Bretagne Sud - Lorient

L'hôpital est le cadre d'expression de différentes logiques professionnelles à concilier et à confronter avec une indiscutable nécessité de travail en équipe, à l'image des soins intrinsèquement coordonnés.

Garantir la cohérence de fonctionnement de l'hôpital au service de sa mission de soins ne se conçoit :

- ☒ Qu'en faisant se conjuguer les logiques opérationnelles du soin entre elles et avec les logiques de gestion.
- ☒ Qu'en créant une synergie entre ceux qui conçoivent, arbitrent, décident et ceux qui opérationnellement mettent en œuvre.

Cet enjeu central revient à promouvoir le passage de la culture de la responsabilité individuelle à une culture de la responsabilité commune. C'est au directeur, au président de la CME, au directeur des soins qu'il incombe de créer ensemble un environnement propice à la coordination des différents métiers pour faire passer les acteurs, de la singularité professionnelle à la complémentarité et ainsi garantir les coopérations indispensables

aux activités de soins et à leur développement. Dans ce cadre, tous les espaces favorisant la réflexion et l'expression sont à saisir afin d'articuler la responsabilité clinique et la responsabilité managériale.

L'objectif est de parvenir à une culture hospitalière plus partagée. Une meilleure compréhension des logiques réciproques permet de mieux coordonner les responsabilités propres.

Ainsi, tout projet, a fortiori d'établissement, doit accorder une large place à la participation des professionnels pour partager les enjeux autour de la qualité, de la sécurité et du juste soin.

Il importe dans ce sens de définir collectivement un mode de management et d'exercice hospitalier où chaque professionnel trouve logiquement sa place. La gouvernance institutionnelle se doit également d'intégrer cette exigence à travers la participation active des représen-

tants médicaux au pilotage de l'établissement. Elle doit conduire tous les acteurs à appréhender dans un même ensemble les dimensions stratégiques, cliniques, organisationnelles, et économiques (1).

La sécurisation des pratiques professionnelles et la gestion du risque associée doit s'attacher à donner du sens aux prises en charge individuelles et collectives, de sorte que ces démarches constituent de véritables points de repère pour l'exercice de chaque professionnel. Il convient d'intégrer la complexité des situations rencontrées et surtout ne pas enfermer les pratiques, au risque de les appauvrir.

La capitalisation de la richesse professionnelle de chacun concourt à créer une expérience collective au service des bonnes pratiques et de la qualité des prises en charge. La capacité de gestion collective des incertitudes et des risques permet de sécuriser

les processus de soins et de rendre intelligible toute tentative de formalisation.

La reconnaissance de compétences mobilisées contribuent tant à l'amélioration de la performance qu'au maintien des potentiels des professionnels au service de l'approche collective.

Les logiques professionnelles doivent se retrouver au profit d'une vision partagée de l'hôpital confronté à une réalité économique et à une consommation de soins. Dans cet édifice à l'équilibre fragile et en perpétuel mouvement, tout est question de sens et de respect de la place de chacun au service d'un objectif commun : la qualité de soin et de service au patient.

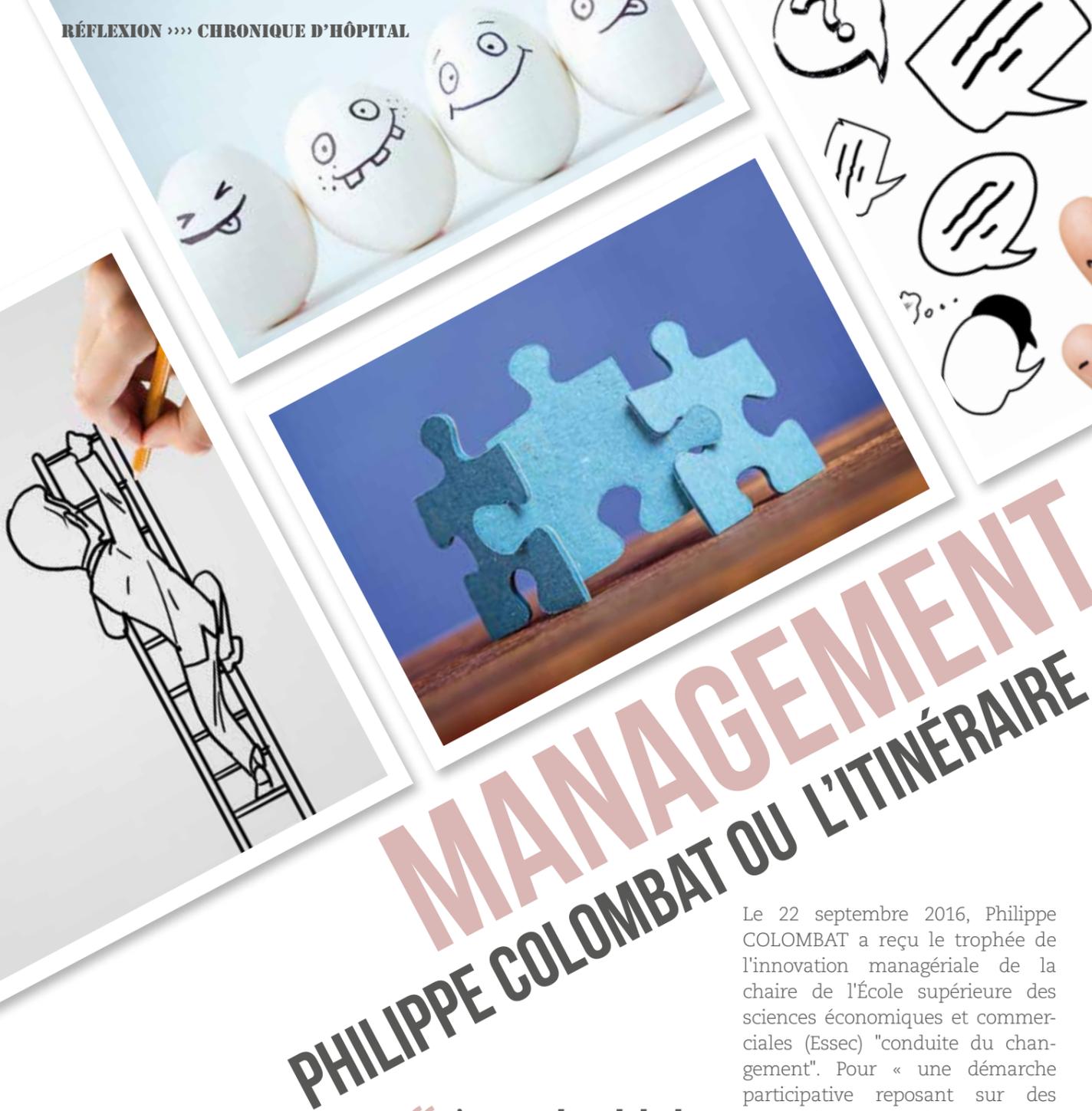
Tout projet pour être viable dans la durée doit trouver un juste point d'équilibre entre les dimensions techniques et organisationnelles

qui le sous-tendent. A défaut, il devra être reconsidéré dans un contexte de fragilité et d'instabilité vis-à-vis de son environnement et de frustration pour les professionnels qui l'auront porté et s'y seront investis. C'est au Directoire qu'il revient en particulier de s'assurer que ces prérequis ont bien été pris en compte pour créer les conditions favorables à son intégration et à sa mise en œuvre (2).

Pour toutes ces raisons, les équipes médico-soignantes et gestionnaires doivent être situées au cœur de la gouvernance du système de santé. La responsabilité qu'elles sont à même de porter pour le faire évoluer et la capacité à apporter une vision prospective ancrée sur la réalité des pratiques et l'évolution des besoins en constituent des arguments indiscutables.

(1) Notre propos peut être illustré par le développement et la structuration des activités ambulatoires tant en chirurgie qu'en médecine. Ce mode de prise en charge est venu profondément influencer les pratiques professionnelles et transformer l'organisation des soins et des circuits patients. Réunir les conditions de son implantation et de son enracinement n'a été possible que par une convergence d'approche des équipes soignantes et de direction autour de la définition et de la coordination des rôles de chaque acteur.

(2) Il en va ainsi de l'introduction d'une nouvelle activité médicale, d'une coopération avec un autre établissement, d'une nécessaire réorganisation imposée pour différents motifs (plan de retour à l'équilibre, démographie médicale, nouvel équipement, évolution réglementaire ou des bonnes pratiques, ...).



MANAGEMENT PHILIPPE COLOMBAT OU L'ITINÉRAIRE

DISCOURS DE PHILIPPE COLOMBAT LORS DE LA REMISE DU TROPHÉE



Philippe Colombat
Professeur en Hématologie
Chef du pôle Cancérologie
au CHU de Tours

« L'approche globale du soin se veut d'abord une attention envers autrui dans la globalité perçue de son existence. Elle est un appel à la rencontre et non au pouvoir. » (1)

Le 22 septembre 2016, Philippe COLOMBAT a reçu le trophée de l'innovation managériale de la chaire de l'École supérieure des sciences économiques et commerciales (Essec) "conduite du changement". Pour « une démarche participative reposant sur des temps d'écoute et d'échanges qui soutiennent la motivation des membres de son équipe soignante et participent à faire converger avec méthode les expressions individuelles des soignants vers les choix collectifs du service ». C'est la première fois qu'un établissement hospitalier se voyait décerner ce prix.

Cette distinction qui sonne comme un oxymore d'un point de vue déontologique (comment : on associe soin et commerce ?) couronne en fait 25 ans de défense acharnée d'une vision du soin avant tout humaine, et, d'ailleurs, exclusivement humaine.

« Il était une fois en 1990 des soignants qui se sont dits ce n'est pas possible que l'on continue comme cela. On ne tient plus compte des patients, on ne tient plus compte des soignants : que peut-on faire ? Et donc ces soignants ont inventé un modèle de terrain que l'on appelle maintenant la démarche

participative qui repose sur les staffs, la démarche projet, les formations internes pluriprofessionnelles et le soutien aux équipes. Puis nous avons créé une association (NDLR : GRASPH : groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs en hématologie), nous avons fait des congrès, nous avons fait des formations, et nous avons vu que globalement cela marchait, que **tout le monde avait envie de la mettre en place... mais que personne n'avait envie de le faire.**

Donc la deuxième étape, ce fut un lobbying politique avec la société française d'accompagnement des soins palliatifs et nous avons réussi à faire sortir des circulaires ministérielles en 2002, 2004 et 2008 et c'est devenu

une mesure d'accréditation des établissements en 2008 et c'est pour cela que c'est obligatoire dans tous les services de soins depuis 2008 pour les patients le plus en souffrance qui sont les patients en soins palliatifs.

La troisième étape commence en 2004 : j'ai quitté mon équipe (de recherche) d'hématologie fondamentale pour devenir chercheur en psychologie du travail et nous avons publié sur le lien entre notre démarche participative, la qualité de vie au travail et très récemment la qualité de prise en charge du patient, une première étude mondiale en oncopédiatrie.

Je voudrais terminer par la phrase que nous avons fait nôtre « le progrès est l'accomplissement des utopies » ; nous avons vraiment l'impression d'être dans ce modèle là depuis 25 ans. »

Philippe Colombat, qu'est-ce que le management participatif ?

C'est le moyen que nous avons trouvé pour répondre à la nécessité d'être mieux en tant que soignant afin de mieux communiquer avec le malade et ses proches. Trouver une réponse à cette situation s'est imposée d'emblée, dès que j'ai débuté mon exercice hospitalier. J'ai été nommé interne en 1975, à une époque où l'hématologie n'existait pas en tant que spécialité individualisée. J'ai découvert des soignants souvent épuisés par la prise en charge des patients en fin de vie - complexe - et l'accompagnement des malades graves - nécessitant écoute et empathie -

Très vite je me suis engagé dans le milieu associatif des soins palliatifs (GRASPH : groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs en hématologie) et rapidement il nous est apparu que cela requerrait la mise en place d'une dynamique participative prenant en compte les difficultés des soignants. La finalité du management de ces équipes devait dès lors être double : assurer une meilleure prise en charge globale des patients et des proches et l'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants... C'est à partir de ce constat

que s'est peu à peu développée la démarche participative. Ce fut un chemin long, jalonné de textes réglementaires (2) (3) organisant les soins palliatifs, éclairé par le rapport de Marie de Hennezel (2003) (4) et qui a finalement abouti en 2008 à la mesure 13a du manuel d'accréditation des établissements de la Haute Autorité de Santé (HAS), mesure qui exige la mise en place de la démarche participative dans les services ayant des soins palliatifs (5).

Et en pratique ?

En pratique, le management participatif repose sur deux principes - la démarche projet et la création d'espaces d'échanges au sein de l'équipe - et quatre outils managériaux - des staffs pluriprofessionnels, une démarche projet avec des groupes de travail pour discuter de propositions, des soutiens aux équipes de manière ponctuelle lors de situation de crise et des formations internes au service.

A La démarche projet a pour but d'établir le bilan des besoins

Elle consiste, à partir d'un dysfonctionnement ou d'un besoin, en la mise en place d'un groupe de travail incluant toutes les catégories socio-professionnelles qui fera des propositions d'amélioration, élaborées et validées de manière consensuelle. Ces propositions seront ensuite mises en application puis réactualisées. Pour aboutir, cette démarche requiert d'être intégrée dans les pro-

jets institutionnels (et donc que des instances de la direction y soient impliquées), de recueillir l'adhésion du binôme chef de service/cadre de santé ou des responsables équivalents (permettant par exemple de dégager du temps pour les soignants et que la place de chacun dans les réunions soit respectée) et d'instaurer au sein de l'équipe un mode de communication basé sur

des rapports non hiérarchiques et le respect de l'autre. Les responsables des groupes de travail ne sont pas obligatoirement les supérieurs hiérarchiques mais des soignants reconnus par l'équipe et de catégories socio-professionnelles différentes.

Cette démarche permet la reconnaissance, la valorisation et la responsabilisation des soignants.

B Les espaces de parole sont des espaces d'échanges entre soignants centrés sur le patient

Ils se déclinent en staffs pluriprofessionnels, staffs de relecture de cas cliniques ou de cas éthiques, revues de morbi-mortalité, comités de retour d'expérience. Ils facilitent la pratique quotidienne par le partage des valeurs.

1. Les plus importants sont les staffs pluriprofessionnels où tous les soignants du service, quelles que soient leurs qualifications, et les professionnels de soins de support, sont présents. La finalité de ces staffs est de proposer un projet de soins et un projet de vie adaptés à partir des besoins identifiés du patient par les différents soignants, Ils abordent également les décisions éthiques.

Ces staffs ont plusieurs spécificités :

☒ Ils sont pluriprofessionnels et non

seulement pluridisciplinaires (où toutes les personnes présentes appartiennent à une discipline : la cancérologie). Alors que les staffs pluridisciplinaires sont des lieux d'expertise technique mono-disciplinaire permettant de parfaire et d'homogénéiser les propositions thérapeutiques en se référant aux données actualisées des connaissances médicales, les réunions pluriprofessionnelles permettent d'offrir un espace d'analyse globale des situations et de délibération éthique.

☒ Un ordre de parole y est institué pour que chaque soignant puisse s'exprimer : aide-soignante, infirmière, médecin, professionnel des soins de support ayant rencontré le patient ou les proches, afin d'avoir vraiment les regards croisés des différents soignants sur le patient pris en charge.

C Les formations internes pluri-professionnelles

Permettent de former l'ensemble de l'équipe sur des sujets choisis par elle. Les soignants disposent de temps de discussion favorisant l'échange et la prise de parole par

ceux qui ne s'expriment pas habituellement. Elles renforcent la construction identitaire d'une équipe impliquée dans une même prestation de soins. Elles sont source

2. Les staffs de relecture de cas cliniques ou de cas éthiques sont des analyses a posteriori de la prise en charge et des lieux de proposition d'améliorations.

3. Enfin, les revues de morbi-mortalité (RMM) et les comités de retour d'expériences (Crex). Ces méthodes ne sont pas propres à la démarche participative ; elles sont proposées par la HAS pour mettre en œuvre les démarches de qualité et de gestion des risques. Cependant, elles contribuent au développement de la démarche participative car elles font appel à la contribution partagée dans une même unité de lieu, de professionnels ayant eu une implication dans les parcours de prises en charge analysés.

d'apprentissage medicotechnique, mais aussi de progression dans la connaissance des autres soignants. Elles sont enfin un lieu d'apprentissage à la prise de parole.

D Le soutien aux équipes

Ces réunions sont organisées ponctuellement lorsque surgit une crise (« staffs de debriefing »). Elles se déroulent en présence d'un psy-

chothérapeute extérieur au service. Elles ouvrent la possibilité aux soignants de s'exprimer, de dire la difficulté de la situation,

vécue, de la déchiffrer et de proposer des solutions d'adaptation.

Ces quatre outils managériaux sont tous ancrés dans la création d'espaces d'échanges avec des objectifs différents mais avec un effet com-

mun : l'optimisation du besoin de reconnaissance, de la communication et de la collaboration au sein de l'équipe. Ils mettent en place un

leadership transformationnel porté par une justice procédurale.

La démarche participative a-t-elle tenu ses promesses vis-à-vis des patients ?

Depuis l'article de Vahey et al. (2004) (6), nous savions qu'il existe une meilleure satisfaction des soins de la part des patients dans les unités avec un effectif adéquat, un bon soutien de l'administration et de bonnes relations entre médecins et infirmiers.

Dans un travail récent (à paraître) nous avons voulu évaluer l'impact de la démarche participative sur les patients. Nous avons travaillé avec 440 patients qui étaient hospitalisés dans 25 centres spécialisés en oncologie pédiatrique depuis plus de 48 heures. Nous avons proposé lors de l'entrée et de la sortie du service un questionnaire aux enfants > 12 ans ou rempli par les parents quand < 12 ans ; les questions portaient notamment sur le contact avec soignants du service et les soins incluant des données de satisfaction (amélioration état de santé perçue, satisfaction de la vie en générale).

Nous avons ainsi montré qu'il existait une relation entre mise à disposition de l'équipe de certains outils

de la démarche participative et la satisfaction des patients. Ainsi la possibilité pour les soignants d'assister à des staffs est liée à la satisfaction des patients vis-à-vis des soignants et l'opportunité pour les soignants de bénéficier de réunions de soutien aux équipes est liée avec la satisfaction des patients vis-à-vis de l'information et de la communication avec les soignants.

En oncologie pédiatrique, il existe donc une association entre démarche participative perçue par les soignants et satisfaction des patients.

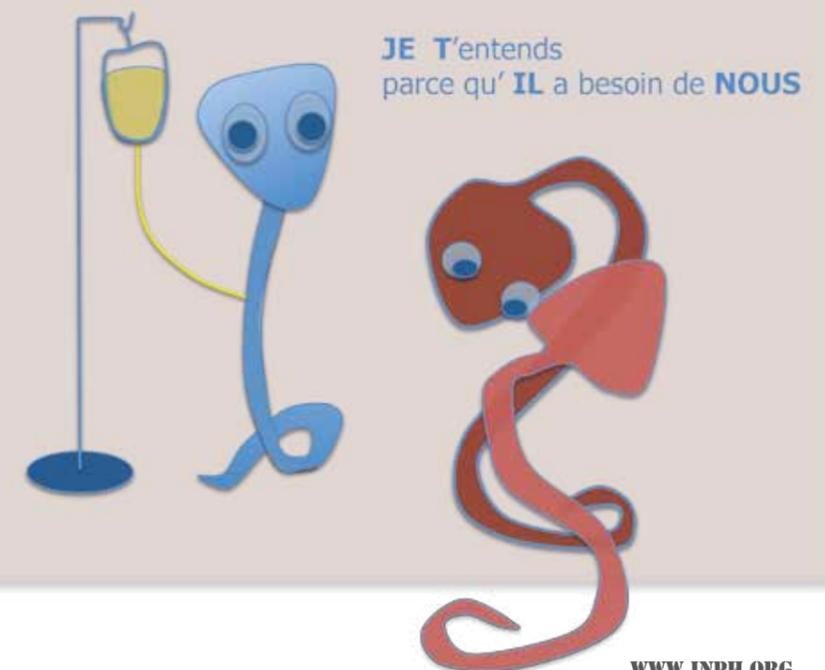
La prise en charge globale du patient (psychologique et sociale et la prise en compte des proches ou du projet de vie des patients) en phase palliative requiert pour son élaboration de se baser sur les besoins, le désir et les demandes des patients et des proches. Ces deux temps de définition personnalisée des besoins, des désirs et d'élaboration ne peuvent se faire sans un temps d'échange et sans les regards croi-

sés des différents professionnels de santé prenant en charge les patients et les proches.

De même, au moment de l'annonce aux patients et aux proches (d'un diagnostic, d'une rechute ou d'une aggravation) le médecin sera d'autant plus en adéquation avec la réalité et l'individualité du patient qu'il connaîtra son histoire et celle de ses proches, sa perception de son état et son état d'esprit. C'est là que le temps d'échange entre le médecin et l'équipe en préalable au temps d'information du médecin au patient prend tout son sens.

« Nous ne redisons jamais assez l'impossibilité de répondre aux besoins des patients sans ces regards croisés, le contenu des confidences des patients et des proches étant très différent d'un professionnel de santé à l'autre ; seule la confrontation permet de mieux les cerner » (12).

« L'approche globale du soin se veut d'abord une attention envers autrui dans la globalité perçue de son existence. Elle est un appel à la rencontre et non au pouvoir ».



La démarche participative est-elle un plus pour les soignants ?

En 2004, notre groupe a obtenu un financement (PHRC) pour étudier la relation entre un management participatif et la qualité de vie au travail des soignants de services d'onco-hématologie. : 574 infirmières et aides-soignantes ont été incluses dans cette étude (8). Les résultats montrent une relation entre, d'une part (la reconnaissance au travail, la formation, la collaboration au sein de l'équipe, la présence de staffs pluriprofessionnels) et d'autre part la qualité de vie au travail. La QVT est liée d'une façon prioritaire au besoin de reconnaissance.

En 2009, un deuxième PHRC centré sur l'impact des composantes du management du cadre de santé a montré que le leadership transformationnel (management responsabilisant les agents) induit une meilleure qualité de vie au travail et un meilleur engagement dans le travail des soignants grâce à un renforce-

ment des sentiments de justice organisationnelle. De plus, la perception de justice dans les procédures mises en place (justice procédurale) et le soutien à l'autonomie du cadre de santé améliorent la satisfaction des besoins psychologiques des soignants (ils se perçoivent plus autonomes, plus compétents, et entretiennent de meilleures relations interpersonnelles avec leurs collègues) ainsi que le soutien organisationnel perçu par les soignants. Il en résulte une meilleure satisfaction au travail, et un renforcement de l'identification au service (9).

Dans une autre étude publiée en 2009 (10), nous avons montré que les difficultés des médecins à annoncer la maladie grave sont liées à leur disponibilité et à leur représentation de la maladie grave et de la mort. Par l'amélioration de la QVT, nous pouvons agir sur leur disponibilité et par cela même sur

la qualité de l'écoute et de l'accompagnement, et donc, là aussi, sur la qualité de la prise en charge globale.

Enfin, dans un travail récent (à paraître) nous avons évalué l'impact de la démarche participative sur les soignants, tous les soignants (médecins, puéricultrices, infirmières, auxiliaires de puéricultures, aides-soignantes). Il s'avère que la démarche participative améliore la QVT, la satisfaction au travail et l'engagement au travail.

Le fonctionnement des équipes (collaboration, réunion interdisciplinaires, communication) est donc un élément important de la QVT comme dimension sociale.

Pour les soignants, c'est un management responsabilisant et permettant de développer leur autonomie dans leur domaine de compétence.

Mais nous sommes en des temps extraordinairement contraints sur le plan budgétaire et la démarche participative requiert du temps...

Il est vrai que nous avons face à nous des institutions structurées par trois axes : scientifique et technique, médico-financier et organisationnel. Le premier axe est celui des médecins et soignants, le deuxième axe est celui de l'administration avec la quantification des actes de soins et de traitements (PMSI, T2A) ; mû par une nécessaire (dans la logique qui lui est imposée) productivité, il pousse les équipes à limiter les durées d'hospitalisation. Le temps d'échange entre les soignants hospitaliers et les soignés est en conséquence diminué dans cette évolution. A cela s'ajoute le troisième axe, organisationnel, structuré par les circulaires, les décrets, les lois, les procédures d'accréditation des hôpitaux et occupant un grand nombre d'administratifs et de soignants, dans multiples comités transversaux dans la mise en œuvre de ces directives tutélaires.

Les soignants impliqués s'éloignent de fait des activités cliniques directes au service du patient.

Cependant, d'une part, ces mêmes structures sont impliquées dans la promotion des droits des patients, identifiés comme utilisateurs ou clients. D'autre part, la démarche participative n'est pas un obstacle à une prise en charge du patient compatible avec les impératifs budgétaires. Bien au contraire.

Dans notre étude publiée en 2013 (9), nous avons montré que le leadership transformationnel (management développant la responsabilisation des soignants) entraînait également une amélioration de la performance au travail (9). Cela est en accord avec les données publiées antérieures (11) concernant des hôpitaux où était développé un management basé sur la responsabilisation et l'auto-

nomisation des soignants dans leur domaine de compétence. Dans ces hôpitaux, l'incidence des accidents iatrogènes et de la mortalité dans les services de chirurgie est diminuée (effet positif sur la qualité de la prise en charge du patient) tout comme l'absentéisme et le turnover des soignants (indicateurs de risques psycho-sociaux des soignants), mais également les coûts de fonctionnement. Ajoutons à cela que les hôpitaux entrant dans ce modèle de management développé en Belgique, aux États-Unis, au Canada et dans les pays scandinaves sont nommés magnet hospitals (« hôpitaux aimants ») car sont des hôpitaux qui attirent les personnels soignants.

En cette période de pénurie et de perte d'attractivité de soignants, cet élément a son importance.



Comment ce mode de fonctionnement s'est-il mis en place en pratique ? Avez-vous rencontré des difficultés particulières ?

Au début, nous avons le concept, nous l'avons mis en pratique sur un mode intuitif et empirique ; puis nous avons commencé à écrire pour décrire ce que nous faisons ; à partir de 2009, nous avons conceptualisé.

Les difficultés qui ont surgi ont été (et restent) multiples : malgré l'obligation faite par les textes législatifs nous savons que seuls 30 % environ des services suivent les recommandations.

Nous avons vu à quel point il était important qu'au cours des staffs

pluriprofessionnels chaque catégorie socioprofessionnelle puisse s'exprimer. Or, cette qualité d'échange et la qualité d'élaboration de projet dépendent des qualités de manager du médecin et du cadre qui animent la réunion. La place donnée à la parole de chacun, par l'écoute et la prise en compte lors de l'élaboration du projet est primordiale pour aller au plus près des besoins et désirs du patient. De même, le projet de prise en charge globale des patients en situation complexe doit être validé par consensus de l'équipe.

Pensez-vous que ce modèle, développé pour les soins palliatifs et de support puisse être généralisé ?

Oui, sans aucune hésitation possible. Il a d'ailleurs déjà été « testé » dans d'autres spécialités. Ainsi, en psychiatrie, sur une population de 84 infirmiers, nous avons montré qu'en association avec la mémoire transactive, le management participatif, par le renforcement du support organisationnel et de la perception de la justice organisationnelle interfère sur la QVT (13).

Il a également été testé hors du milieu de la santé au sein de la police et dans les PME et les grandes entreprises. A mon sens, la démarche participative est un modèle sociétal de la prévention de la souffrance.

Mais revenons à l'hôpital : la démarche participative peut s'appliquer dans toutes les spécialités prenant en charge les maladies chroniques en situation complexe,

Les résistances apparaissent à tous les niveaux : du fait de la formation des RH, de celle des médecins (qui en fait n'en ont pas) et aussi des représentations du pouvoir de chacun. Si l'on veut être synthétique, les principaux obstacles naissent de cadres trop directifs, qui ne laissent pas d'espace d'expression aux soignants - et de managers médicaux qui voient dans le management partagé une division de leur « pouvoir ».

car les regards croisés sont indispensables à une meilleure information, à l'élaboration d'un projet de soins personnalisés et à la décision éthique. Concernant les soignants, les espaces de paroles, et tout particulièrement les staffs, améliorent la qualité de vie au travail et en conséquence la qualité des soins. Il faut donc généraliser les staffs à la prise en charge de la maladie chronique,

quel qu'en soit le stade, et non plus les réserver aux patients en soins palliatifs.

Il faut aussi former les managers à cette autre vision de la gestion d'équipes et de partage des savoirs et compétences, qui nécessite, entre autres, une implication dans la participation et l'animation des espaces d'échange, un respect quotidien de la règle des 3 « R » (reconnaissance/respect/responsabilisation)...

Cela nécessite donc une formation des médecins, des cadres, mais aussi des directeurs d'établissement au management participatif et au travail en pluriprofessionnalité, tant dans la formation initiale qu'en formation continue, en insistant sur l'importance de la pluriprofessionnalité dans ces formations

Nous avons mis en place ce type de formation à TOURS sous forme de

master 2 (sous l'égide de 3 UFRs : médecine, droit, et psychologie sociale du travail), à l'IAE (Institut de l'administration des entreprises) de l'université François Rabelais TOURS (http://qualite-vie-travail.univ-tours.fr/formation/master-2-management-des-equipes-sante-et-qualite-de-vie-au-travail-506278.kjsp?RH=ACCUEIL_FR).

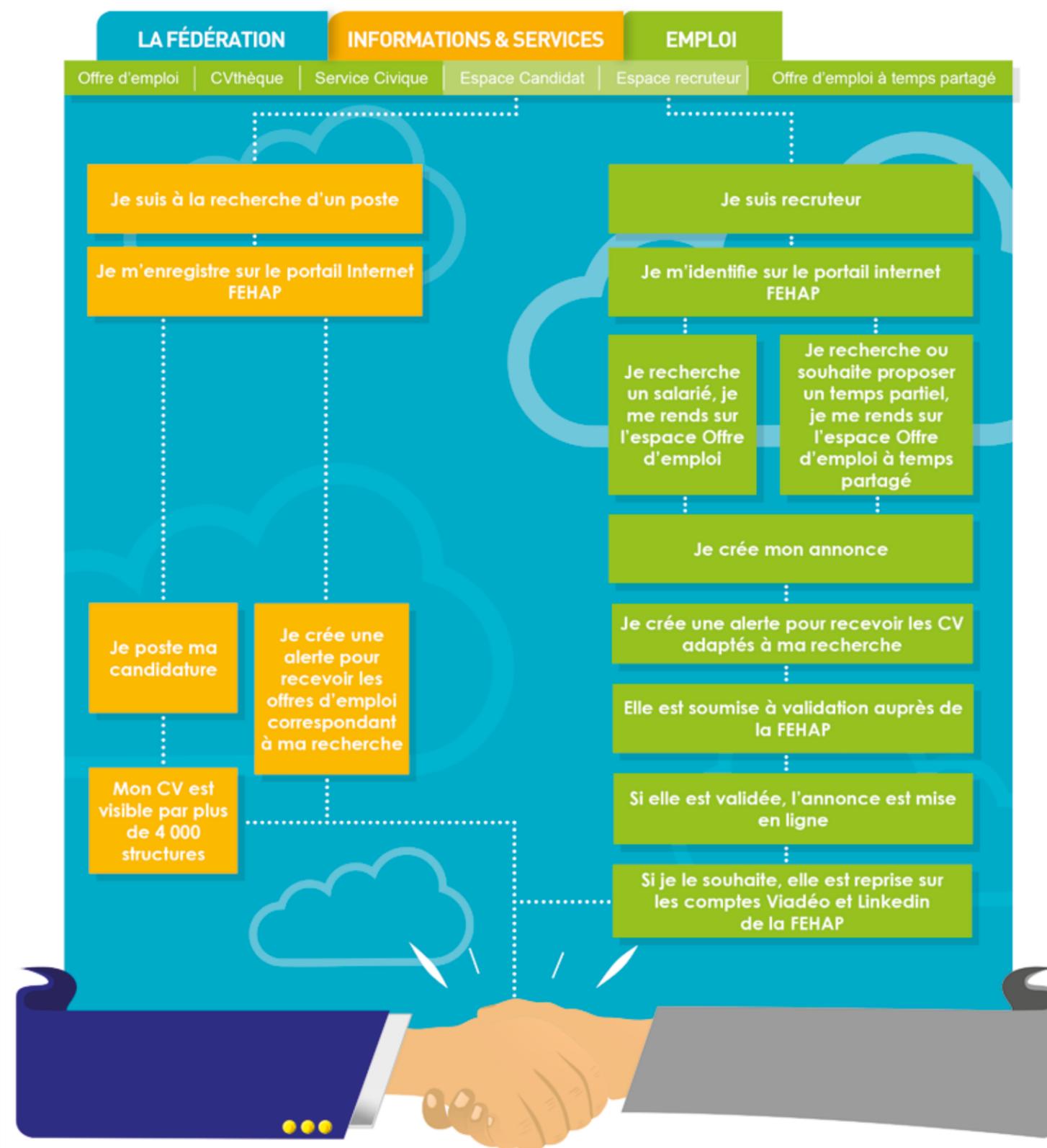
« Trop souvent l'administration imagine que réformer, c'est essentiellement créer des structures ou renouveler des procédures [...]. Cette conception conservatrice du changement peut au mieux modifier les modèles mais ne transforme pas les pratiques managériales durablement. Sans objectifs partagés, sans communication dense, et sans coconstruction collective, les effets attendus des réformes sont rarement atteints. »

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Donatien Mallet Valérie Duchêne, Professeur Philippe Colombat et « Globalité et médecine moderne », Laennec 2008/2 (Tome 56), p. 35-49.
- (2) Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.
- (3) Circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.
- (4) Mission « Fin de vie et accompagnement », Marie de Hennezel, octobre 2003. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000617.pdf>
- (5) HAS, Recommandations pour les critères d'accréditation des établissements pour la V 2010, 2008.
- (6) Med Care. 2004 Feb;42(2 Suppl):II57-66. Nurse burnout and patient satisfaction.
- (7) Vahey DC1, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D.
- (8) Pronost A.M., Le Gouge A., Le Boul D., Gardembas-Pain M., Berthou C., Giraudeau B., Fouquereau E. & Colombat P. (2012), Relationship between the characteristics of onco-hematology services providing palliative care and the socio-demographic characteristics of caregivers using health indicators: social support, perceived stress, coping strategies, qualities of work life. Supportive Care in Cancer, 20 (3), 607-614.
- (9) N. Gillet, Ph. Colombat, E. Michinov, A.-M. Pronost, E. Fouquereau, "Procedural justice, supervisor autonomy support, work satisfaction, organizational identification and job performance: the mediating rôle of need satisfaction and perceived organizational support, Journal Advanced Nursing 2013 (on line).
- (10) A. Perrain, I. Kousignian, S. Dauchy, P. Duponchel, J.-Y. Cahn, Ph. Colombat, « Les difficultés d'annoncer la maladie grave pour les hématologistes français », Hématologie, 2009, 15, 161-167.
- (11) E. West, "Management matters: the link between hospital organisation and quality of patient care", Quality in Health Care, 2001; 10: 40-48.
- (12) Ph Colombat and all, « la démarche participative dans les soins », Gestions Hospitalières n° 534 - mars 2014.
- (13) Brunault P., Fouquereau E., Colombat P., Fernandez A., Gillet N., Camus V., Gaillard P. Démarche participative et qualité de vie au travail de personnels soignants en psychiatrie. In DESRUMAUX P, VONTHRON AM, POHL S (Eds) 2011. Qualité de vie, risques et santé au travail. Paris : L'Harmattan.

RECRUTEZ EN QUELQUES CLICS

sur notre portail internet www.fehap.fr



MATCHING !

DOSSIER CONSTRUIRE

“L’embrigadement est un signe des temps, de notre temps. Les hommes qui pensent en rond ont des idées courbes. Les sociétés littéraires sont encore la Société. La pensée mise en commun est une pensée commune. Du jour où l’abstraction, voire l’arbitraire, a remplacé la sensibilité, de ce jour-là date, non pas la décadence qui est encore l’amour, mais la faillite de l’Art.”

Léo Ferré
Préface du recueil « Poète... vos papiers » (1956).

“On ne bâtit un bonheur que sur un fondement de désespoir. Je crois que je vais pouvoir me mettre à construire.”

Marguerite Yourcenar
Extrait des Feux

GOVERNANCE, MANAGEMENT ET RPS : Rompre le cercle vicieux



Il y a quelques semaines, j’assistais à une réunion de travail au sein d’une vénérable et respectable institution publique. Il était question de trouver des solutions à un problème d’attractivité médicale. Pour l’occasion, de très nombreux confrères exerçant au sein de cette institution étaient présents, tous avec une carrière bien remplie et des services rendus indiscutables.

Puis vint l’ouverture de la journée. Quelle ne fut ma surprise de voir s’approcher du pupitre de présentation non pas un illustre représentant de mes confrères présents mais une jeune femme qui se plaça bien au devant du pupitre et, ouvrant grands ses bras, s’annonça : « Je suis la facilitatrice ! ». Ah. Un imperceptible frémissement d’épaules de propagea dans l’assistance. Ah.

« La facilitatrice » était employée par une société de conseil en organisation ou communication (ou les deux) dont j’ai appris depuis qu’elle intervenait dans les hôpitaux publics pour les « accompagner » dans « leurs » restructurations. Et ce jour-là, elle avait en charge l’animation de la journée dont elle nous promit d’emblée qu’elle serait rapide et rythmée. Mince, je pensais que nous étions là pour réfléchir à un sujet important.

Le fait est que « la facilitatrice » - qui depuis avait replié ses bras - nous expliqua ensuite, en articulant avec soin et en appuyant fortement sur certains mots, un élément majeur pour la suite du déroulement de la journée et cer-

tainement pour le reste de notre vie : nous pouvions nous servir de nos téléphones portables. Mais attention, pas pour téléphoner - mais non, voyons - : pour-envoyer-des-questions-aux-orateurs-de-la-journée. Qui étaient dans la même salle que nous. En même temps que nous. Face à nous. Et ces messages s’afficheraient sur l’écran ! Si (les bras s’ouvrent à nouveau).

Après une dizaine de minutes passées à nous expliquer - lentement, en articulant bien - comment se connecter à un réseau wifi, elle a lancé un regard compassionnel sur ses ouailles auto-attribuées et a laissé la place aux orateurs.

Plus tard dans la journée, j’ai croisé dans le couloir un facilitateur-design (il faisait un résumé de la journée en dessins) qui a fini par reconnaître que oui, en fait, il était dessinateur. Ce qui m’a rassuré sur mes facultés cognitives restantes. Au moins me restait-il un vocabulaire adapté, un peu ringard, certes mais adapté tout de même.

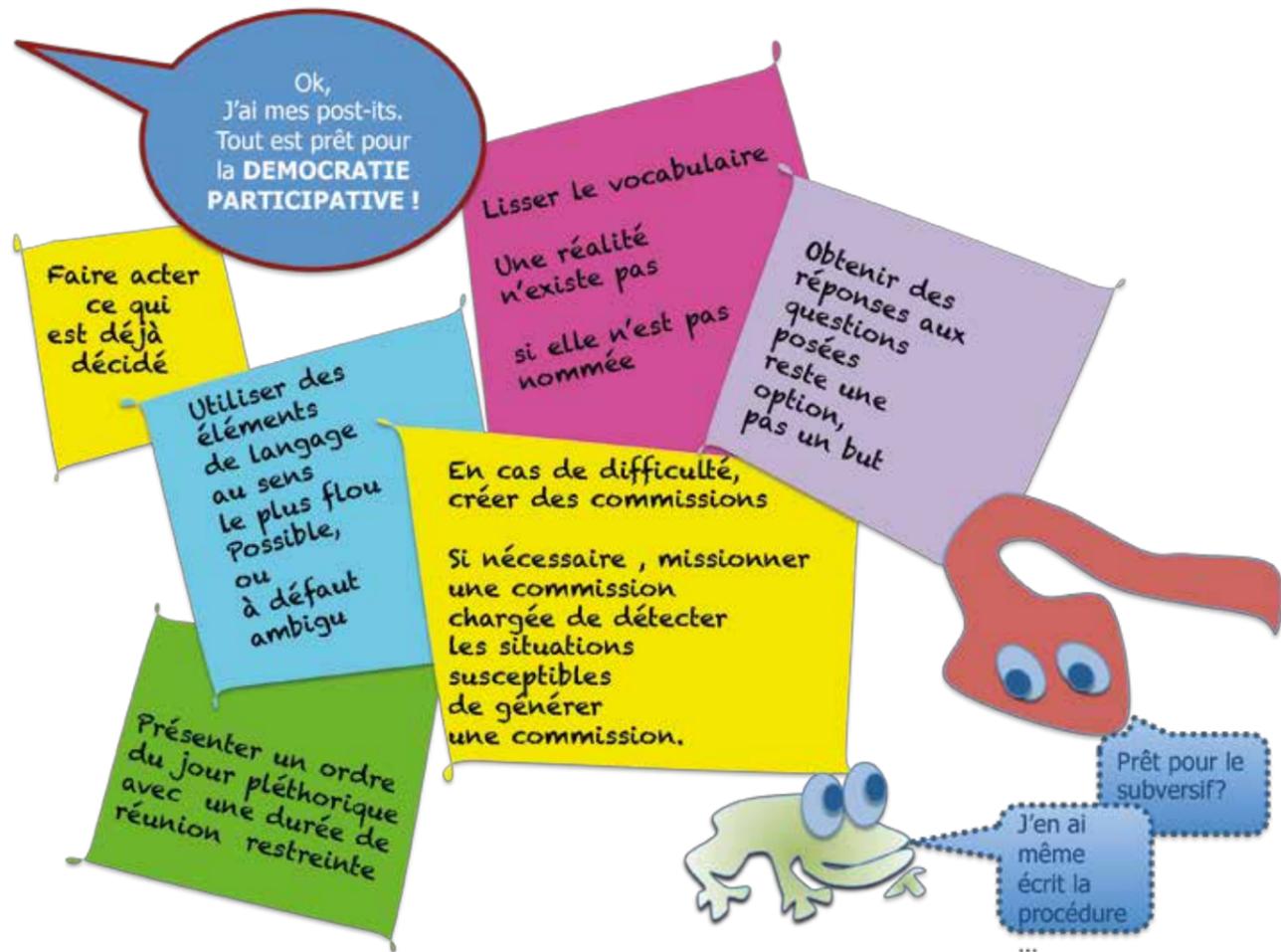
Quand l’après-midi fut venue, la « facilitatrice » revint en force : là elle n’organisait plus les interventions des orateurs : elle était the orateur. Et la voici qui nous explique combien cette après-midi allait être fabuleuse : nous allions nous répartir en groupes - déjà déterminés - pour travailler dans des salles adjacentes, mais attention : quand la musique retentirait, il faudrait tout arrêter et revenir dans la salle où nous étions. La musique ? Ah. Et tout allait aller très vite, n’est-ce pas ? Il fallait

courir s’il le fallait. Ah ? Mais, sérieusement, je pensais vraiment que nous étions là pour réfléchir à un sujet important. Bon.

Nous avons donc travaillé dans des salles où des espaces étaient délimités par des morceaux d’adhésifs de couleur collés au sol. Les espaces où nous devions nous tenir, sans en franchir les limites (dixit le facilitateur-gardien-des-espaces-de-réflexion). Un de mes confrères - un esprit subversif certainement - se demanda quel pouvait être le coût de chacun des rectangles d’adhésif, compte tenu du prix à la journée réclamé par cet organisme peuplé de « facilitateurs ». Nous ne savions pas bien sûr ; de toutes façons, il nous fallait remplir des panneaux où déjà étaient dessinés - par le facilitateur-design ? - des ronds ou des carrés, selon le groupe : nous ne pouvions pas nous tromper, il nous fallait écrire juste en face... nous sommes finalement retournés dans la première salle quand la musique a retenti. Une musique country série Z. Nous avons demandé s’il était possible d’avoir Queen ou les Rolling Stones, (regard compassionnel du facilitateur-gardien-de-la-play-list) mais cela n’était pas dans la procédure.

Alors nous n’avons pas couru - la subversion gagnait du terrain -.

Retour avec la « facilitatrice » qui nous a appelés à tour de rôle pour exposer le fruit de nos réflexions. Et qui, cela fait, sortit triomphalement des post-it vert fluo où étaient résumées les idées phare qu’elle présenta comme étant le fruit de nos réflexions.



Sauf qu'elles avaient été écrites avant même que nous ayons exposé nos conclusions. Et quand je lui demandai pourquoi nous étions allés travailler une heure durant alors que ses post-its étaient déjà écrits, elle n'a pas ouvert les bras. Elle s'est tue. Un tel degré de subversion... Mais cela n'a pas duré : une autre procédure a dû s'enclencher dans sa tête - elle est facilitatrice, tout de même - elle a donc proposé... de changer la couleur des post-its. Puis, se ressaisissant, d'y inscrire nos propositions.

Pourquoi ai-je relaté tout cela dans Le Mag ? Parce que quelques jours plus tard j'avais une réunion sur la QVT (qualité de vie au tra-

vail pour ceux qui ne sont pas facilitateurs ☺) et j'ai eu une étrange sensation de déjà vécu : nous étions convoqués pour travailler ensemble mais il nous fallait valider des items déjà déterminés (surlignés en fluo) et cela rapidement car le temps pressait et que tout le monde avait un emploi du temps chargé. A la décharge des administrateurs de mon hôpital aucun ne s'est présenté comme facilitateur et personne n'a osé dire - n'a eu la force de dire - que nous allions vivre une après-midi fabuleuse. Et il n'y avait pas de musique... quoique, tout bien réfléchi, un bon vieux Rolling Stones genre « Satisfaction » n'aurait pas dépareillé...

Le plus triste dans ces deux histoires c'est qu'il existe une forte probabilité pour que les administratifs de mon hôpital aient pris connaissance des items « fluorisés » lors d'une réunion préalable riche en post-its, saupoudrée de mots « facilitateurs » tels que, « communication » et « participatif », sans oublier bien sûr « valeurs de service public » et « efficience ». Quand à ma facilitatrice-révélatrice, je pense qu'elle est sincèrement persuadée du bienfait de sa musique et de ses post-it dans l'accomplissement de sa mission sacrée qui est de nous guider vers la VERITÉ (bras ouverts).

Voici, en résumé et forcément caricatural - je suis syndicaliste, on me le pardonnera - pour la gouvernance. Passons au management.

Etat des lieux



1. Dans l'enquête menée par l'INPH en novembre 2016 (dont certains résultats ont été reportés dans les MAG 6 et 8) l'item « Expression libre sur le management » a été renseigné par 36 % des PH. **On y découvre que le management n'est vécu comme positif que par 9 % des PHs** ; dans 1/3 des cas, le management est considéré comme opaque, insuffisant, inadapté, dans 2/5 cas, soit perverti (laissant la place aux déviances de l'individu) soit destructeur. Voici pour l'état des lieux.

2. Le 16 septembre 2016, 9 mois après le suicide de notre confrère Jean-Louis Mégnyen à l'Hôpital Européen Georges Pompidou (APHP), paraissait la synthèse du rapport de l'IGAS (1) (la synthèse, pas le rapport, qui lui ne sera pas publié) demandé par Mme la Ministre Marisol Touraine concernant « les risques psychosociaux des personnels médicaux en établissements de santé : recommandations pour une meilleure prise en charge ».

Que dit ce rapport ?

- ☒ En préambule que la mission a traité « prioritairement le point concernant l'analyse des conclusions à tirer des causes de ce drame » à savoir « ...les conclusions à tirer de ce drame et formuler des recommandations pour améliorer... la détection et la prévention des risques psychosociaux y compris pour le personnel hospitalo-universitaire ».
- ☒ Et relève pour ce sujet une absence de « procédures internes formalisées », « qu'il n'a jamais été jugé nécessaire d'entendre les parties ni de procéder à une enquête interne », « un traite-

ment du conflit exclusivement centré sur la relocalisation de l'activité du Pr MEGNIEN », l'absence de « compte-rendus de réunions » et de « formalisation des propositions faites », et enfin que « la démarche et la latitude laissées aux acteurs en l'absence de procédure institutionnelle n'offraient pas un cadre suffisant pour une analyse et un traitement optimal de cette conflictualité ».

- ☒ Deuxième constat : « l'absence de signalement ou l'alerte tardive » de la souffrance du praticien tant à la « gouvernance » locale que centrale et l'absence

de « procédures internes, recommandations ni d'instructions ministérielles concernant le personnel médical ».

- ☒ Ce qui l'amène à « estimer » que « les bonnes pratiques de gestion d'un conflit auraient pu s'appliquer à cette situation concernant les personnels médicaux ».
- ☒ Et à relever « 5 manquements de portée inégale » dans « la conduite du traitement de ce conflit » : les 3 premiers en lien avec la gestion du conflit, les deux derniers relatifs au signalement et à l'accompagnement.

En langage non IGAS cela signifie que peut-être tout n'a pas été fait ou pu être fait afin :

- 1) De savoir ce qui se passait REELLEMENT ;
- 2) De trouver une solution au conflit autre que celle de « délocaliser » notre confrère ;
- 3) De reconnaître et prendre en charge la souffrance de notre confrère.

☒ 3 éléments sont majeurs dans ce rapport : 2 mots : « conflit » et « souffrance » et 1 liaison : celle qui est faite entre ces deux mots.

Cela semble anodin mais :

- ☒ Rappelons que le directoire de l'APHP, dans sa séance du 4 janvier 2016 avait, dans l'intitulé de son plan d'action (2), qualifié ces situations de « situations individuelles complexes ».
- ☒ Rappelons encore que dans le corps de ce « plan d'action » le mot « risques psycho-sociaux » a été employé 5 fois, celui de « conflit » 6 fois mais les mots « drame » et « souffrance » n'ont pas été employés une seule fois.

Voici pour le chemin qu'il reste à parcourir.

Tout est possible...

Propositions

Nous sommes dans une conjonction particulière où tout est possible :

- ☒ Un rapport IGAS complémentaire doit paraître afin de répondre aux deux autres points de la mission confiée par Mme la Ministre Marisol Touraine dans son courrier du 24 février 2016 : le premier concerne les modalités de sensibilisation et de mobilisation en vue de prévenir et de prendre en charge les risques psycho-sociaux ; le deuxième est plus ciblé sur le management puisqu'il concerne « les procédures de désignation et d'exercice de leur missions managériales par les responsables ».
- ☒ Madame la directrice générale de l'hospitalisation (voir dans ce numéro « Construire : l'interview ») reconnaît être « à la fois consciente et préoccupée » par, entre autres, les effets délétères du management et nous indique que la réponse passera par « le plan d'actions pour l'attractivité de l'hôpital public ».
- ☒ Justement, le plan d'actions pour l'attractivité de l'hôpital public est en cours de construction (3) ; mais dans la présentation qu'en a fait le comité de suivi le 4 octobre 2016, si nombre des propositions sont positives, il n'en apparaît aucune en relation avec le management.

Tout est possible... ce qui veut dire aussi qu'il est possible que rien ne le soit.

Pour éviter cela, nous allons aider à la construction.

Voici le chemin que nous pourrions parcourir pour la prise en charge des risques psychosociaux

Les possibilités sont là, les outils également... manque la possibilité de faire.

Par exemple qui pourrait répondre à ces quelques questions :

- ☒ Quelles prérogatives pour les sous-commissions de la CME ?
- ☒ Seront-elles élues ou désignées ?
- ☒ Quelles décisions ? (À part la mobilité du moins gradé comme actuellement ?).
- ☒ Quelle place pour les indicateurs de RPS (risque psycho-sociaux) dans l'évaluation d'un management ?
- ☒ A quand le suivi transparent des managers identifiés comme délétères lors des commissions statutaires nationales ? (Mobilisées lors de désaccords entre l'administration et/ou le manager médical et le PH).



L'INPH face aux Risques Psycho-Sociaux à L'HOPITAL PUBLIC en 8 points

L'évolution de l'Hôpital Public sur les deux dernières décennies et surtout depuis HPST est marquée par l'émergence des troubles psycho-sociaux chez les Praticiens Hospitaliers. Ces troubles résultent de risques multifactoriels jusqu'ici peu pris en compte.

L'INPH est sollicité de plus en plus souvent par ses mandants sur ce sujet.

1. Quelles sont les situations à risque ?

Les situations à risque évoluent soit vers le départ du praticien pour un autre exercice soit vers des états potentiellement graves allant de l'isolement à l'épuisement professionnel.

Ces situations sont jusqu'ici majoritairement tardivement connues ou ignorées donc insuffisamment traitées. Elles peuvent aboutir à des états pathologiques dont les plus graves, heureusement rares, connaissent des issues drama-

tiques. A un degré moindre, ces états pathologiques peuvent laisser des séquelles importantes professionnelles, physiques ou psychiques qui vont retentir sur la vie à l'extérieur de l'hôpital.

2. Deux caractéristiques sont communes à ces situations

La durée souvent très longue avant la recherche de solutions. La méconnaissance du statut du praticien.

L'autorité hiérarchique du praticien est celle qui le nomme et le sanctionne c'est-à-dire la Ministre et par délégation la Directrice générale du CNG.

Il n'existe pas de hiérarchie entre les praticiens hospitaliers.

Le directeur est responsable de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement qu'il dirige ce qui lui confère une autorité fonctionnelle vis-à-vis du praticien hospitalier.

Il en est de même pour le chef de pôle et le chef de service qui sont responsables de l'organisation et du fonctionnement de leur pôle ou service.

Les PU PH sont fonctionnaires d'Etat, ils sont donc comme tous les fonctionnaires soumis à une hiérarchie. La fonction universitaire ne constitue pas une hiérarchie ou une autorité envers le praticien non universitaire.

3. Typologie des situations à risques

- ☒ Conditions de travail : démographie et charge de travail, environnement professionnel, permanence des soins...
- ☒ Relations interpersonnelles : entre praticiens, entre praticien et chef de service ou chef de pôle...

- ☒ Relations avec l'organisation administrative : conflit avec la direction, beaucoup plus rarement avec les services de l'Etat.
- ☒ Transformation des établissements : fermeture de service, regroupements d'établissements...

- ☒ Evolution de carrière : compétition pour des postes à responsabilité, conflit pour la définition de temps disponible pour des activités transversales...

4. Signalement : QUI signale une situation à risque ?

- ☒ L'intéressé avant tout et le plus tôt possible. La recherche de solution sur des situations bloquées évoluant depuis des mois, voire des années, est difficile.
- ☒ Une organisation syndicale, c'est son rôle de lancer l'alerte si le praticien n'est pas à même

de le faire : crainte de voir la situation empirer, méconnaissance statutaire, épuisement...

- ☒ Le médecin du travail.
- ☒ Tout acteur de l'hôpital quand il a connaissance d'une situation à risque de la même manière qu'il doit déclarer un événement indésirable grave.

5. Destinataire du signalement d'une situation à risque

C'est ici que se pose la question du niveau d'adressage du signalement. La dangerosité tient au délai de signalement :

☒ **Le premier niveau doit être local**, le premier interlocuteur est fonction de la situation à risque et du niveau de conflit : ce niveau devrait pouvoir être sauté si le conflit se situe au niveau supérieur de la gouvernance de l'établissement :

- **L'organisation médicale de l'établissement** : chef de service, chef de pôle, président de CME, affaires médicales, directeur.
- **L'organisation syndicale de praticien hospitalier.**
- **Le médecin du travail.**

Le plan d'attractivité proposé par la ministre prévoit la création d'une sous-commission de la CME pour instruire

et traiter ces situations (engagement n°11). La description des missions de la CME est du niveau décret. Le règlement intérieur de la CME peut décrire cette commission mais il doit être conforté réglementairement sur ce point.

☒ **Le second niveau est régional** : Il entre dans les missions de la CRP (commission régionale paritaire) de traiter des situations à risques psycho-sociaux. Elle peut être sollicitée par le praticien hospitalier ou tout autre acteur hospitalier qui en fait la demande auprès du CNG (centre national de gestion) ou du directeur général de l'ARS. Le CNG ou l'ARS peuvent

confier à la CRP une mission de conciliation en matière de gestion des praticiens ou de prévention des conflits.

☒ **Troisième niveau est national** : La DGOS, le CNG et le cabinet peuvent être saisis directement de questions particulièrement aiguës qui mettent en jeu le fonctionnement de l'établissement ou la sécurité des personnes. Ces structures déclencheront une mission d'enquête dont la configuration leur appartient. La ministre en charge de la santé peut solliciter l'IGAS pour cette enquête.

6. Corrections Possibles ?

Dans certains établissements, trop rare, ces actions de correction existent. A nous de faire en sorte qu'ils se généralisent sur l'ensemble des hôpitaux publics.

☒ **Au niveau local** : Conciliation interne : sous-commission ad hoc issue de la CME. Elle permet l'écoute des protagonistes, l'évaluation du problème posé, désignation d'un rapporteur qui décrira devant la sous-commission la situation à risque et les propositions de pistes d'actions. Ces actions feront l'objet d'un choix établi sur l'utilité, la faisabilité et l'acceptabilité des actions. Ces actions devront être acceptées par les protagonistes et seront évaluées à court, moyen et long terme pour apprécier leur succès ou échec.

En cas de refus immédiat ou d'échec des actions, la délocalisation du traitement devrait être prononcée dès leur constat.

☒ **Au niveau régional** : Transmission à la CRP (commission régionale paritaire), mise en

œuvre de la sous-commission chargée de la conciliation et de la prévention des conflits :

La démarche est la même qu'au niveau local : un ou plusieurs rapporteurs, proposition de pistes d'actions qui feront l'objet d'un choix et d'un plan d'action.

Particularités du niveau régional :

- Possibilité d'appui par un médecin inspecteur de santé publique de l'ARS.
- Possibilité d'avis d'aptitude du comité médical.
- Interrogation sur la constitution d'éléments relevant de l'insuffisance professionnelle ou du niveau disciplinaire.

Le plan d'action proposé peut dépasser les limites de l'établissement : proposition de mise à disposition ou de poste en sumombre dans un autre établissement.

Le plan d'action est accepté ou refusé. La mise en œuvre du plan d'action est évaluée.

Le refus ou l'échec du plan d'action conduisent au niveau national.

☒ **Au niveau national** : L'échec de la conciliation aux niveaux local et régional conduisent au niveau national : Information CNG, DGOS, Cabinet : Décision mission IGAS ou mission CNG.

La lettre de mission doit être précise en termes de périmètre et de délai d'exécution.

Les plans d'action peuvent avoir une dimension nationale. Les questions de l'aptitude par le comité médical, l'insuffisance professionnelle ou d'une démarche disciplinaire peuvent être traitées.

7. Plans d'Actions

Les actions correctives de niveau régional et national des situations à risques doivent être inventoriées avec plus d'ouvertures et de précisions qu'aujourd'hui :

Par exemple, il est nécessaire de :

- a. Clarifier les profils de poste, le décompte du temps de travail et l'organisation de la continuité et la permanence des soins.
- b. Accompagner de façon psychologique ou comportementale les individus et les équipes.

c. Favoriser les mobilités.

d. Multiplier les formations et re-formations.

e. Solliciter les fonctions transversales et les fonctions de responsabilités (attribuées de manière transparente et anticipée...).

8. Synthèse de L'INPH

Les situations à risques psycho-sociaux sont fréquentes à l'Hôpital public dont le fonctionnement repose surtout sur les rapports entre individus.

Ces rapports sont complexes entre les praticiens hospitaliers aux statuts différents, participant à la fonction publique sans hiérarchie entre eux.

Les liens des Praticiens Hospitaliers sont également complexes avec les agents de la fonction publique hospitalière (les rapports hiérarchiques sont différents).

Rappelons que la Loi HPST a retiré aux responsables médicaux l'autorité fonctionnelle qu'ils détenaient vis-à-vis des soignants.

Les Praticiens Universitaires sont des fonctionnaires d'Etat : ils sont soumis de manière complexe à une double réglementation qui crée des difficultés de gestion supplémentaires.

Les situations à risques doivent être impérativement être connues et traitées le plus précocement possible.

Que ce soit au niveau local, régional et/ou national, l'accompagnement syndical est indispensable et il faut engager les praticiens à saisir nos instances le plus tôt possible dans de telles situations.

La gestion prévisionnelle des emplois et compétences des praticiens hospitaliers est un élément majeur de la prévention des conflits. Elle repose sur une évaluation positive des situations et une construction plus modulaire de la carrière du praticien.

Ces évolutions appellent à une révision profonde du statut du Praticien Hospitalier dont l'attractivité devrait reposer sur un meilleur équilibre entre sécurisation et dynamisme.

L'INPH appelle fortement la Ministre à ouvrir cette révision statutaire.

La gestion prévisionnelle des emplois et compétences des praticiens hospitaliers est un élément majeur de la prévention des conflits.



Enquête 2016 Commissions Régionales Paritaires / représentants de l'INPH

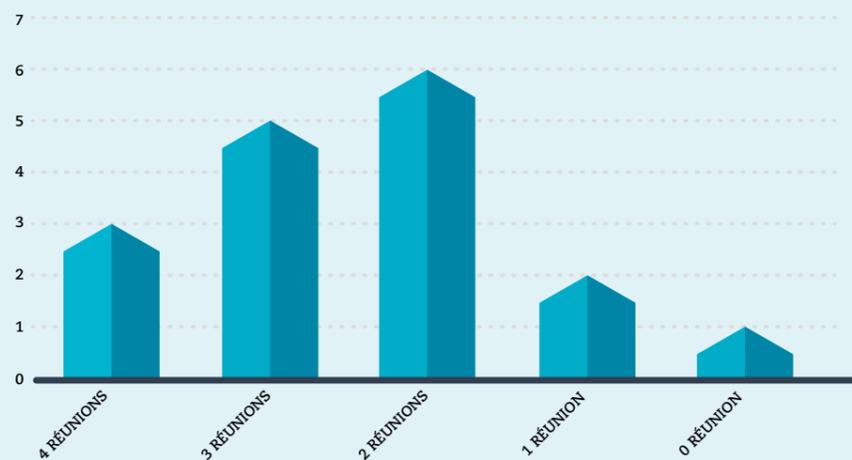
En vue d'analyser le fonctionnement des Commissions Régionales Paritaires deux années après leur mise en place, l'INPH a adressé à l'ensemble de ses représentants en avril 2016 un court questionnaire.

L'objectif était de disposer d'une photographie de l'activité des commissions et d'en appréhender la vitalité, à l'heure de la mise en place des GHT.

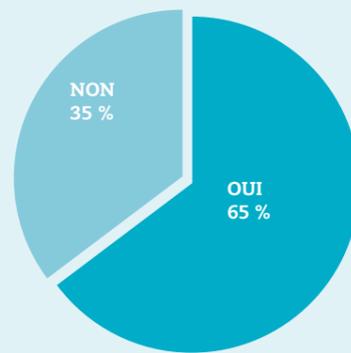
Résultats

- 17 confrères ont répondu, correspondant à un taux de réponse de 65 %.
- Les CRP sont mises en place dans toutes les régions.
 - Après un démarrage parfois un peu lent en 2014, l'activité 2015 a été assez soutenue avec en majorité de 2 à 3 réunions dans l'année. A la date de mai 2016, 5 CRP s'étaient réunies 2 fois et 3 CRP 1 fois pour l'année en cours.
 - Un règlement intérieur de la CRP a été diffusé dans la majorité des régions.
 - A la question de la création d'un bureau de la CRP, seule 1 région a répondu positivement.

Activité 2015 des CRP

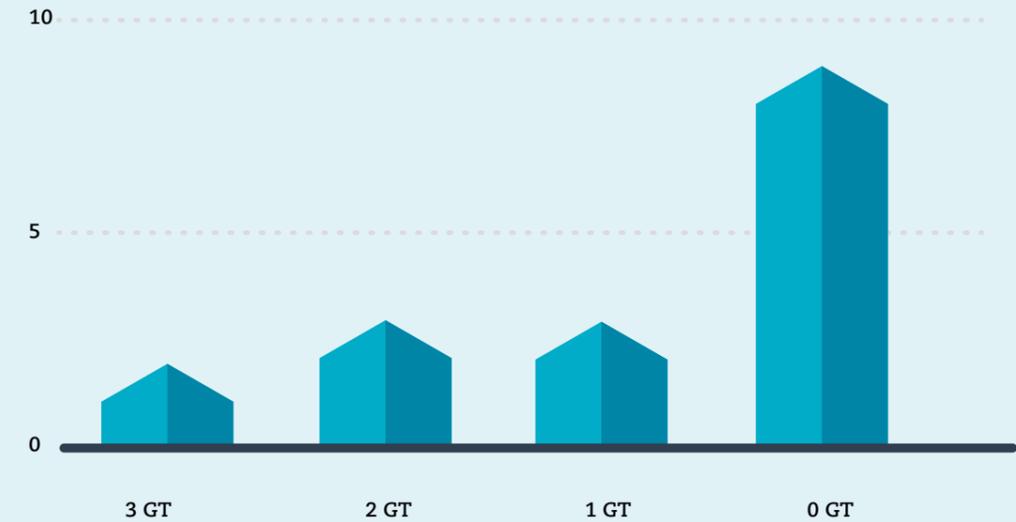


Diffusion d'un règlement intérieur de la CRP



- Des groupes de travail ont été mis en place sur plusieurs sujets, on peut citer :
 - L'attractivité des postes et les postes à recrutement prioritaires.
 - Les postes en activité partagée.
 - La permanence des soins.
 - L'activité libérale.
 - Les risques psychosociaux.
- Sans mise en place de groupes formalisés, des enquêtes ont aussi pu être demandées et réalisées, on peut citer l'exemple :
 - Des déterminants d'installation des médecins anesthésistes-réanimateurs ;
 - Enquêtes sur la démographie médicale toutes spécialités confondues ;
 - L'interim médical ;
 - La cartographie des plateaux techniques dans la région...
- Une région a fait un appel à projet sur la qualité de vie au travail, en lien avec la HAS.

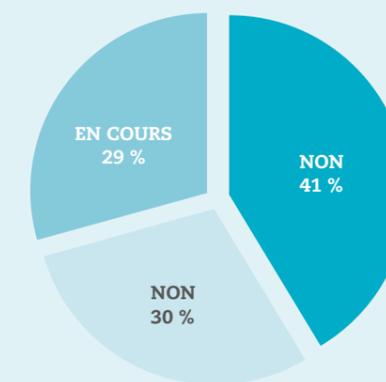
Groupes de travail en place



- La création d'une commission de conciliation a été effective ou est en cours dans 12 régions, soit 70 % de l'échantillon.

Cette fonction qui apparaît très importante pour l'INPH dans un objectif de prévention / règlement des conflits est donc bien majoritairement en place et plusieurs saisines ont déjà eu lieu.

Commission de conciliation



- D'autres sujets ont été abordés dans le fonctionnement des CRP :
 - Examen de demandes de dérogation/ CET.
 - Actions prioritaires pour mise en place d'équipes médicales territoriales.
 - Examen de difficultés financières / fonctionnement des centres hospitaliers.
 - La préparation des GHT et la position des établissements de santé mentale ont été abordées dans plusieurs régions (pas de façon majoritaire cependant).

Enfin dans les nouvelles régions constituées, la préparation de la fusion des CRP a été à l'ordre du jour.

Nous remercions tous les collègues qui ont participé à l'enquête !



Voici le chemin que nous pourrions parcourir pour la prévention des risques psychosociaux : l'amélioration du management

Nous exerçons dans un type de management pyramidal, à sens unique aveugle et sourd.

- ☒ Pyramidal car la majorité des réunions auxquelles nous assistons sont des chambres d'enregistrement dont le compte-rendu est fait avant même que la réunion ait débuté.
- ☒ A sens unique car de fait les avis ne remontent jamais tandis que les procédures descendent toujours.
- ☒ Aveugle car dépourvu de toute évaluation interne transparente (autre que l'activité cela s'entend).
- ☒ Sourd car majoritairement imperméable aux avis autres que ceux émanant des personnes en situation de hiérarchie.

Un autre management est possible : voyons l'expérience de responsabilité partagée (Un pas de côté, page 10), celui du management participatif (Chronique d'hôpital, le management participatif, page 12), celui de la prise en compte de l'individu dans son individualité.

Osons l'information, osons les évaluations réciproques, osons la responsabilisation. Et remettons la déontologie au centre de nos interactions.

Quittons le management calqué sur les entreprises. Investissons dans la valeur humaine : elle reste la plus performante, résultats financiers à l'appui.



Émotions, apprentissages et travail d'équipe

Long PHAM QUANG

Responsable pédagogique AP-HP
Docteur en sciences de l'éducation

Quelle est la place de nos ressentis, et plus largement, de nos émotions dans les situations quotidiennes de communication à l'hôpital ? Plus précisément, que ces situations soient managériales, de soin ou d'apprentissages, force est de constater que les émotions sont suspectes, plutôt proscrites, à moins qu'elles ne soient strictement l'objet d'une gestion qui en détermine les modalités d'expression.

S'agissant d'apprentissage, deux positions peuvent être identifiées. La première consiste à considérer les émotions, en tout cas au-delà d'un certain seuil d'activation, comme forcément négatives. On retrouve cette idée à travers les phrases du style "si tu te laisses gagner par l'émotion, tu ne peux pas apprendre" ou encore "ne te laisse pas emporter par tes émotions si tu veux apprendre". Cette position tendrait à donner un rôle négatif aux émotions. La deuxième position, inverse et qui circule tout autant, tendrait à donner un rôle plutôt positif aux émotions. On retrouve cette idée à travers les phrases du style "pour (vraiment) apprendre il faut s'impliquer émotionnellement (et pas que cognitivement)", ou encore "apprendre c'est aussi pouvoir accepter ses émotions, les exprimer". Les deux positions, malgré leur antagonisme apparent, construisent leur discours à partir de la valence attribuée aux émotions, qui relève de catégorisations sociales définissant, a priori, le négatif et le

positif, le mal et le bien. Pour apprendre, il y aurait selon les situations rencontrées par les sujets, les mauvaises émotions à combattre et les bonnes émotions à favoriser.

On retrouve cette orientation prescriptive émotionnelle dans bon nombre d'objectifs à atteindre, qu'ils soient managériaux, de soin ou d'apprentissages. Il y a probablement un intérêt à ne pas se limiter uniquement à la valence des émotions et s'interroger sur le pourquoi, le comment de leur surgissement. Avec certains philosophes comme Spinoza ou Dewey, des savoirs trouvent des échos concordants avec des savoirs neuroscientifiques récents, avec Damasio, Rizzolatti, Sinigaglia, Berthoz : la focale ne porterait pas seulement sur la gestion des émotions mais aussi sur ce qui fait émotion dans une perspective qui articule le sujet à son environnement tant humain que matériel.

À quoi servent nos émotions, celles d'autrui, au sein de nos interactions, au moment de la priorisation des actions, et partant, dans nos décisions ?

Selon les thèses avancées par ces auteurs, les émotions sont indissociables des activités cognitives. Cette considération a des implications pour tout travail d'équipe dont la communication interindividuelle ne s'installe pas naturellement : il faut du temps pour apprivoiser l'autre, le sentir, le res-

Pas d'actions sans émotions, ces dernières déclenchant les activités et révélant les valeurs de tout à chacun...

sentir, et s'apprivoiser soi-même à son contact, c'est un processus de transformation conjointe qui ne peut se réduire à des actes techniques et cognitifs conduisant à des réifications. Se pose dès lors la question de la définition des émotions tout comme celle de leur inférence sans les catégoriser a priori.

« Dans le cadre d'une recherche menée sur un terrain empirique hospitalier (1), des pistes émergent : pas d'actions sans émotions, ces dernières déclenchant les activités et révélant les valeurs de tout à chacun. Dans cette perspective, les émotions ne peuvent constituer le point aveugle de l'activité managériale puisqu'elles renvoient aux valeurs propres de chacune des personnes interagissantes au sein d'une équipe. Tendre vers une qualité de vie au travail, et qui soit acceptée par le plus grand nombre, fait naître un préalable : l'importance pour chacun du besoin d'être reconnu et entendu sur la place et le rôle qu'il accorde à certaines valeurs dans son travail, car elles sont constitutives de sa propre valeur de personnel hospitalier. »

(1) À paraître début 2017 aux éditions L'Harmattan, Émotions et apprentissages, propositions théoriques et méthodologiques

SOIN ET T2A : Retrouver l'équilibre vertueux

Le 25 mai 2016 est paru le rapport d'étape sur la T2A, fruit du travail d'une commission animée par O. Veran (voir Mag 8).

La ministre a demandé cette étude (le premier bilan après 10 années d'application de la T2A) afin de réfléchir à des modes de financement plus médicalisés, « plus sensibles aux spécificités des différents types de soins dispensés

à l'hôpital » avec la demande de l'examen avec une attention particulière de la « piste d'une dotation modulée ».

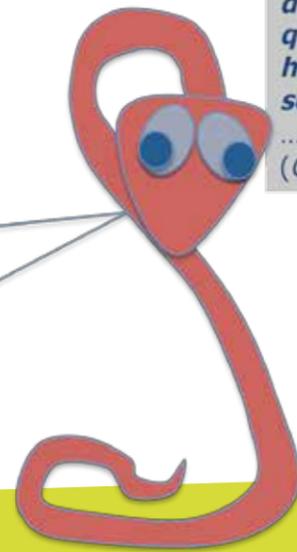
Le rapport définitif n'est pas paru, mais d'emblée, avec ce rapport d'étape, O. Veran a l'ambition de pouvoir mettre en débat certaines de ces mesures au sein des territoires et de pouvoir rendre possibles certaines autres à l'occa-

sion de la discussion du budget de la sécurité sociale (voir interview Mag 8).

Nous en avons fait une analyse critique ; la situation de des odontologistes des hôpitaux illustre parfaitement cette grande faille de la T2A qui est la non prise en compte d'actes spécifiquement de service public et hospitaliers.

La T2A a fini par asphyxier certains services rendus à la population par un formatage rigidifié de la prise en charge en laissant peu de place à l'individualité de la personne usagère de l'hôpital ou aux besoins spécifiques de prise en charge, d'innovation et de recherche clinique.

Quand nous disions que le rêve d'un gestionnaire, c'était un hôpital sans médecins et sans malades nous pensions juste être médisants... mais pas visionnaires



L'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France s'est engagée dès 2012 dans une réflexion portant sur le développement des **Hôtels Patients** – ou hébergements temporaires non médicalisés – **comme levier d'amélioration et d'optimisation de la qualité de prise en charge vers un hôpital recentré sur ses missions de soins.*.....**
.....
(Cf. post-it bleu diapositive précédente)

* Rapport de synthèse avril 2016 ARS Ile-de-France : « Préconfiguration pour l'expérimentation d'Hôtels Patients ».

COMMENT CONSTRUIRE ?

En se recentrant sur la soin et le service public.

En se donnant les moyens de soigner correctement une population, on prend un seul risque : celui de disposer d'une population en bonne santé.

Comment équilibrer nos dépenses ? En changeant le management actuel, pour un management s'appuyant sur la professionnalité et la responsabilisation, à l'instar des « magnet-hospital ».

Nous devons quitter la posture de spectateurs et construire, autour de nous, en participant à la vie de l'hôpital, en échangeant, en nous investissant... en nous syndiquant ?

Références

- (1) http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/hegp_-_synthese_et_recommandations.pdf
- (2) Déclinaison du plan d'action du directoire de l'APHP visant à prévenir les situations individuelles complexes concernant le personnel médical.
- (3) <http://strategie-sante.fr/wp-content/uploads/2016/05/rapport-detape-T2A.pdf>

PMSI T2A : Efficience sans science... ni conscience ?

Quelques réflexions autour du rapport d'étape de la mission* sur L'EVOLUTION DU MODE DE FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE, animée par Dr Olivier VERAN rendu public le 26 mai 2016.

Annie SERFATY, Médecin de santé publique, Médecin Département d'Information Médicale, Groupe Hospitalier Trousseau la Roche Guyon.

Ce rapport fait état des modalités de financement actuel des établissements de santé avec la mise en place de la tarification à l'activité en 2004 et ses effets délétères sur la qualité de la prise en charge du patient et de son parcours de soins conditionnés à la politique de l'efficience financière.

☒ **Les soins de prévention**, comme la prévention de la dénutrition, ou encore des carences vitaminiques, de la déshydratation **ne peuvent être comptabilisés** : ils sont effectués pour le patient au détriment des moyens que peuvent mobiliser les services du soin.

Si la T2A, l'un des modes principaux de financement des établissements de santé en court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique odontologie), a permis une répartition plus équitable du financement des établissements selon leur productivité et une régulation en partie des dépenses de santé, elle participe d'une **homogénéisation** de certaines prises en charge, **insuffisante pour répondre aux besoins de la population.**

La mise en place du PMSI avec la T2A en 2004, a été un des leviers importants de responsabilisation des acteurs au budget de leur hôpital. Cependant, l'organisation de l'économie interne d'un établissement de santé par la T2A fait oublier la place du patient, son parcours de soins et la qualité de la prise en charge.

☒ En effet, **la T2A a fini par asphyxier certains services rendus à la population par un formatage rigidifié de la prise en charge** en laissant peu de place à l'individualité de la personne usagère de l'hôpital ou aux besoins spécifiques de prise en charge, d'innovation et de recherche clinique.

A l'ère de la démocratie sanitaire avec le respect des droits des usagers ; notamment, information des personnes hospitalisées, codécision dans la démarche de prise en charge, **la rentabilité imposée aux établissements de santé est en contradiction avec l'approche du patient au centre du système de santé et certaines politiques de santé.**

Quant à la production du PMSI, c'est une activité socle pour un établissement de santé depuis la T2A, et bien plus que pour décrire l'activité de l'hôpital ; elle est sommée d'être valorisante à tout prix pour une efficience à tout prix du système hospitalier.

Il serait pourtant dommageable de négliger l'importance de la description fiable de l'activité des établissements de santé, dans une démarche d'action collective impliquant l'ensemble des acteurs de l'hôpital. **La production de l'information médicale, avec des systèmes d'information hospitaliers de plus en plus complexes nécessite une assurance qualité du recueil des données à toutes les étapes du parcours du patient.**

La rentabilité imposée aux établissements de santé est en contradiction avec l'approche du patient au centre du système de santé...



* Mission confiée par la ministre des Affaires Sociales et de la Santé sur le mode de financement des hôpitaux en novembre 2015.



Absence de T2A ou d'actes CCAM pour certaines activités d'odontologie en consultation externe !

Dr Eric GERARD

Odontologue des hôpitaux
Président du Syndicat National des Odontologues des Hôpitaux Publics (SNOHP)
e.gerard@chr-metz-thionville.fr

Nos activités hospitalières en odontologie répondent au double critère de ne pas être assurées (ou de n'être assurées que très accessoirement) en cabinet de ville et d'être coûteuses en personnel et en consommables. Des activités lourdes sont effectuées essentiellement en activité externe (rôle de recours et rôle social des établissements de santé), donc sans valorisation par la T2A.

Nous militons pour que soient reconnues et promues des activités « de service public » au profit de certaines catégories de patients :

- ☑ Soins dentaires aux patients en institution (patients âgés de GIR 1 et 2, institutions psychiatriques, MAS, instituts handicap ou associations). Les difficultés de prises en charge de ces patients sont évidentes.
- ☑ Soins de support pour des patients atteints d'un cancer touchant la sphère oro-faciale.
- ☑ Soins dentaires aux patients avec multiples facteurs de comorbidité ;

Les patients sous immunosuppresseurs et polymédiqués (anticoagulants, antiagrégants plaquettaires, antihypertenseurs, diurétiques...) posent des difficultés de prise en charge avec des risques infectieux majeurs, des précautions particulières lors des anesthésies locale, etc., et l'impossibilité de modifier leurs traitements généraux. Il n'y a pas de code CCAM particulier pour la prise en charge de ces patients, dont les actes sont codifiés de façon identique.



3 soignants pour un patient !

Pour certaines pratiques, le surcoût par rapport aux actes de la nomenclature n'est actuellement pas financé ; c'est le cas de la sédation consciente.

- ☑ La prise en charge des patients phobiques, mentalement déficients ou présentant des comportements interférant avec le bon déroulement des soins, à l'aide de la sédation consciente se développe régulièrement (MEOPA).
- ☑ Elle permet une alternative particulièrement intéressante à l'anesthésie générale et, de ce fait, participe à la diminution des risques opératoires.
- ☑ La sédation est souvent une alternative à l'anesthésie générale et elle s'effectue en ambulatoire.

- ☑ Elle nécessite un plateau technique particulier en matériel. Le temps de prise en charge de chaque patient est plus long que pour une procédure conventionnelle (5 min d'induction, 5 min de récupération et des soins plus longs du fait des contraintes techniques. Le surcoût d'une telle procédure reste non négligeable puisqu'il est actuellement évalué à 75 euros par patient (gaz et matériel spécifique), sans pouvoir appliquer une cotation adaptée.



Le Réseau Social des Professionnels de la Santé



INTERVIEW ANNE-MARIE ARMENTERAS DE SAXCE



Directrice générale DGOS

Comment devient-on directrice générale de l'offre de soins ?

Pour le côté formel des choses, il s'agit d'une nomination en conseil des ministres. Pour ce qui est du choix de la personne - et en particulier me concernant - il est difficile de répondre à la place des intéressés, au premier rang desquels la ministre. L'analyse que je peux en faire n'est pas spécifique au poste : c'est la rencontre entre d'un côté les besoins spécifiques d'un moment et, de l'autre, l'expérience et les compétences acquises. Sous l'angle du parcours professionnel et de l'engagement personnel pour exercer des responsabilités d'équipes et de programmes, les

fonctions de directrice de l'offre de soins et médico-sociale à l'ARS d'Ile-de-France, après une carrière hospitalière variée, auront été déterminantes. Ma nomination est venue rencontrer un moment particulier, celui de la préparation puis de la création des GHT, des nombreuses mesures de la loi de modernisation de notre système de santé, de la poursuite du plan triennal, de la concertation avec toutes les parties prenantes. Mais surtout - car le sens est important - la projection d'une vision fondamentale pour ce qui concerne la DGOS : celle de l'or-

ganisation territoriale de l'offre de soins. Cette vision a des implications multiples, tant pour les professionnels des établissements de santé que pour les professionnels de ville, ainsi que de nombreuses dimensions, qu'il s'agisse du régime des autorisations, de la gouvernance territoriale, de l'évolution des métiers ou encore de l'articulation d'action entre les niveaux national et régional. Il est probable que mon expérience hospitalière, en CHU et en ESPIC, puis celle acquise sur ces sujets à l'ARS ont été un élément clé dans ma nomination.

Quelles sont les missions de la directrice générale et qui concernent directement les PHs ?

Les missions de la DGOS sont toutes orientées vers un objectif majeur : réguler et faire évoluer l'offre de soins, en concertation étroite avec les décideurs institutionnels, les interlocuteurs professionnels, les représentants des patients et des usagers de la santé, pour l'ajuster aux nouveaux

besoins de santé dans notre environnement contraint. Nous devons ainsi ajuster nos organisations pour préserver nos valeurs et notre ambition, celle d'un système de santé équitable, de haute qualité, adapté aux besoins et soutenable dans le temps. Les professionnels de l'hôpital, dont les PH,

sont donc directement ou indirectement concernés par toutes nos actions, qu'il s'agisse en premier lieu des aspects statutaires liés à leur corps, de toutes les mesures qui ont trait à l'exercice professionnel (médical ou non médical), aux formations initiales et continues. Mais au-delà, par toutes

les actions de régulation, qu'elles portent sur l'organisation de l'offre hospitalière - je pense aux GHT - sur l'accès aux médicaments, aux examens et aux actes innovant, sur les conditions techniques de fonctionnement des services, sur le financement des activités, sur l'organisation et le financement de la recherche clinique...

Les praticiens hospitaliers doivent également se sentir concernés par les mesures qui touchent d'autres acteurs, comme les professionnels de ville. Car elles ont un impact - nous le souhaitons positif - sur la façon dont ils fonctionnent au quotidien avec leur environnement immédiat pour assurer la prise en charge de leurs patients avant, après et en dehors des établissements de santé.

L'hôpital souffre d'une perte d'attractivité sans précédent. Les diverses enquêtes menées par l'INPH ont identifié 3 paramètres majeurs de cet état de faits : la perte de sens (perception de la prépondérance du financier sur la qualité des soins), un management délétère (vécu comme incompetent et sans contre-pouvoir) et de mauvaises conditions d'exercice (vécues comme un manque de reconnaissance).

Je suis à la fois consciente et préoccupée de ce que vous me rapportez. Ce sont des signaux que je reçois via les organisations syndicales de praticiens hospitaliers et j'ai connaissance des enquêtes de l'INPH via de nombreux canaux, y compris ceux que j'ai gardés en établissement. C'est un sujet majeur sur lequel je suis pleinement

mobilisée, avec mes services et en lien direct et continu avec la ministre, ses conseillers et son directeur de cabinet.

Notre réponse passe par le plan d'actions pour l'attractivité de l'hôpital public. Au-delà, nous continuons de travailler, en concertation, sur les différents paramètres que vous rappelez.

Les missions de la DGOS sont toutes orientées vers un objectif majeur : réguler et faire évoluer l'offre de soins, en concertation étroite avec les décideurs institutionnels, les interlocuteurs professionnels, les représentants des patients et des usagers de la santé...

La perte de sens est un facteur majeur de démotivation : quelles sont les mesures qui seront prises afin de rétablir la place de la qualité des soins dans l'évaluation de l'activité des établissements ?

Je partage ce point. Le sens est le moteur principal de l'engagement des professionnels de santé, il faut en être conscient et travailler pour le renforcer. Entre autres marqueurs de l'action de la ministre, en lien avec le besoin de redonner du sens, il faut citer son souhait de mettre fin au tout T2A. Il ne s'agit pas de renier les avantages de ce mode de financement, largement

rappelé par les parties consultées dans le cadre des travaux du Dr Véran mais d'atténuer les effets que nous ne souhaitons pas, avec en particulier une préoccupation sur les volumes que les mêmes parties ressentent parfois comme excessive. En parallèle de la mission Véran, que je citais à l'instant, une incitation financière à l'amélioration de la qualité a

été également mise en place. Il s'agit d'une avancée majeure dans notre modèle de financement puisque non seulement elle valorise l'effort et l'engagement des équipes, mais également parce qu'elle constitue un facteur d'alignement des préoccupations des décideurs hospitaliers avec celles des soignants.

La désresponsabilisation des PH dans la gouvernance hospitalière est l'autre facteur majeur de démotivation : avez-vous des propositions qui rétabliraient la place décisionnaire (et non plus consultative) des médecins dans l'hôpital ?

Je partage un peu moins votre analyse. Les opportunités pour les médecins sont nombreuses de participer à la vie des établissements. Et la gouvernance atteinte dans les établissements et prochainement dans les GHT me semble équilibrée. Le chef d'établissement, celui qui porte la responsabilité des décisions, est le directeur mais le binôme président de CME/chef d'établissement demeure le moteur de l'hôpital. Les chefs de pôles ont des marges de manœuvre importantes pour définir leurs objectifs et organiser au quotidien leurs activités. Il y a un sentiment d'éloignement entre le niveau du soin et celui de la prise

de décision, mais tous les moyens existent pour que la décision soit fluide et juste. Ce que les PH ressentent comme un dessaisissement ou comme une difficulté à mener leurs projets est davantage dû à une contrainte importante qui s'applique en réalité à tous. L'association à la décision et la prise de décision sont plus aisés et plus rapides lorsqu'un décideur peut dire « oui ». Dès lors qu'il s'agit d'arbitrer entre des projets

qui sont nombreux et qui entrent nécessairement en compétition, il y a parfois une frustration légitime et certainement l'impression d'être désresponsabilisé. Mais en réalité, les projets institutionnels et les besoins de participation des médecins aux instances et aux commissions n'ont jamais été aussi nombreux.

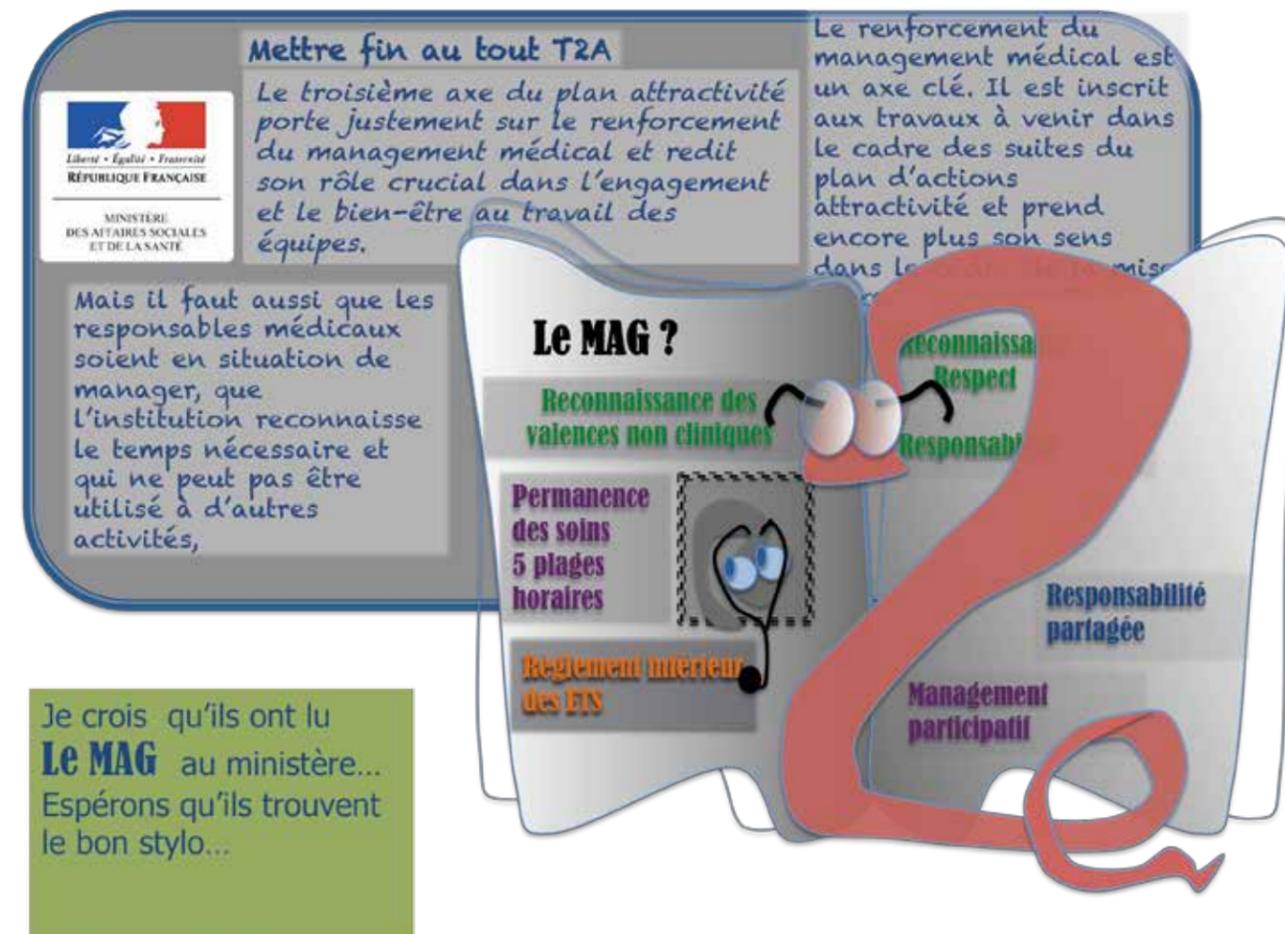
Le sens est le moteur principal de l'engagement des professionnels de santé, il faut en être conscient et travailler pour le renforcer.

Le management médical a fait la preuve de son rôle dans la perte d'attractivité de l'hôpital. Nous attendons avec impatience la partie 2 du rapport IGAS demandé par madame la Ministre à la suite du drame de l'HEGP. Peut-on espérer que soient mises en place des modalités d'évaluation de l'impact du management, qu'il soit médical ou administratif, (via par exemple des indicateurs de risques psycho-sociaux) ? Et que l'équipe redevienne le cœur du management et l'outil majeur de la prise en charge du malade ?

Au travers de votre question, vous soulevez un point crucial : le management médical est-il à même de jouer pleinement son rôle ? Le troisième axe du plan attractivité

porte justement sur le renforcement du management médical et redonne son rôle crucial dans l'engagement et le bien-être au travail des équipes. Il y a plusieurs

aspects dans ce sujet : une prise de conscience, par les premiers intéressés, un besoin de formation, un juste positionnement de la relation manager/managé par rap-



port à la relation confraternelle, une reconnaissance des compétences spécifiques de l'animation d'équipe qui ne sont pas nécessairement les mêmes que celles indispensables pour assumer des responsabilités scientifiques. Mais il faut aussi que les responsables médicaux soient en situation de manager, que l'institution reconnaisse le temps nécessaire et qui ne peut pas être utilisé à d'autres activités, qu'elle les soutienne en renouvelant les relations de travail entre direction des ressources humaines, directions des affaires médicales et managers médicaux.

Certains établissements le font déjà, dans le cadre par exemple d'un « projet social » pour les médecins.

Le renforcement du management médical est un axe clé. Il est inscrit aux travaux à venir dans le cadre des suites du plan d'actions attractivité et prend encore plus son sens dans le cadre de la mise en œuvre des GHT. Les nouveaux ensembles reposeront en effet sur un projet médical partagé dont la mise en œuvre dépendra en partie de la capacité des leaders médicaux à créer du sens, de la co-

hésion, de l'équité dans la vie des spécialités et des équipes médicales.

Un mot pour finir sur la CME, qui me semble être le creuset du développement du management médical. Tant dans son organisation actuelle que dans toutes les commissions et activités avec lesquelles elle est engagée, elle peut embarquer, avec soin et collégialité, la communauté des médecins hospitaliers.

Merci madame le Directrice générale

APHNU

Association des praticiens hospitaliers non universitaires

Votre partenaire Santé et Prévoyance



L'Aphnu, à vos côtés avec des solutions conçues pour vous

Vous êtes praticien hospitalier :

Professionnels de santé, vos patients vous font confiance pour prendre soin d'eux. Parce que nous connaissons bien vos besoins, nous avons négocié des garanties parfaitement adaptées aux spécificités de votre métier, à votre situation professionnelle et personnelle afin de vous permettre d'exercer votre activité en toute sérénité.

→ Des contrats adaptés à chaque statut hospitalier.

Prévoyance

- En cas de décès : protection de la famille
- En cas d'arrêt de travail ou d'invalidité : maintien du salaire, des gardes et des astreintes dès le 1^{er} jour d'arrêt, pour tout arrêt de 15 jours ou plus

Complémentaire santé

- Des remboursements performants
- Des garanties conçues avec et pour les praticiens hospitaliers

Selon conditions prévues au contrat

Obtenez un conseil personnalisé au 03 20 76 20 25.

Faites votre demande de devis gratuit sur le site www.aphnu.fr



Aphnu - Association Loi 1901 - Siret 353 264 583 00025 - Code APE 9499 Z
Siège social : 11, La Colombière - 38430 SAINT-JEAN-DE-MOIRANS

SAS au capital de 2 083 498 € au 15.12.14 - Siren 440 315 943 RCS QUIMPER - Code APE 6622 Z
N° DRJAS : 07 000 840 - Siège social : 12 rue de Kerojan - CS 44012 - 29335 QUIMPER cedex
Sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 61 rue Taitbout - 75009 PARIS

en partenariat avec
VERLINGUE
COURTIER EN ASSURANCES



MINISTÈRE DE LA JUSTICE

LE MINISTÈRE DE LA JUSTICE RECHERCHE

DES MÉDECINS DE PRÉVENTION

Temps partiel : Ain • Aude • Cantal • Charente • Cher • Dordogne • Eure • Eure-et-Loir • Hautes Alpes • Haute Corse • Indre • Lot • Morbihan • Nord • Orne • Saône-et-Loire • Seine-Maritime • Vienne • Yonne Haute Loire • Loire • Moselle • Nièvre • Seine et Marne • Vendée.

Temps plein : Essonne • Fleury • Loire Atlantique • Nord • Rhône • Paris.

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

Envoyer CV à :

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

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



La Ville de CONNERRÉ (72 - Sarthe)

RECRUTE UN(E) MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Salarié(e) temps plein

Pour son CENTRE MUNICIPAL DE SANTÉ

Connerré, Ville Attractive et Dynamique

Située dans un bassin de population regroupant 10 000 habitants environ, proche Le Mans Métropole, offre ses services scolaires (garderies, écoles, collège).

Un bassin d'emploi important. Ses nombreux commerces de proximité, sa gare TER.

Son pôle culturel (médiathèque et salle de spectacles). Sa dynamique associative qui conjugue sport, culture. Un espace aquatique intercommunal à proximité, et où il fait bon vivre.

Le Centre Municipal de Santé de la Ville de Connerré, de dimension humaine, aux conditions de travail intéressantes.

Le Centre Municipal de Santé, développe l'offre de soins.

En médecine générale et en chirurgie dentaire.

Actuellement, 2 médecins généralistes et 3 chirurgiens dentistes.

Statut et conditions attractifs. Un logement vous attend.

Merçi d'adresser vos candidatures :

A l'attention de Mesdames Brouard - Auger

HÔTEL DE VILLE

Rue de l'Abreuvoir - BP 10 - 72160 CONNERRÉ

Tél. : 02 43 89 00 66

ou bien par e-mail : mairie@connerre.fr



CHNM
CENTRE HOSPITALIER
du NORD-MAYENNE
Au service de votre santé

Hôpital neuf, dynamique, situé à 1h de RENNES et du MANS, à 1h30 de SAINT MALO, 2h de PARIS par TGV
Recrute pour son Pôle de Psychiatrie Générale en secteur unique

1 psychiatre Internes, jeunes PH, venez nous rejoindre !

Postes à pourvoir dès que possible.

Un poste de praticien hospitalier de psychiatrie est disponible au Centre Hospitalier du Nord-Mayenne situé à Mayenne, agréable ville de 13 000 habitants à mi-chemin entre Rennes et Le Mans, à 110 km de Caen et à 110 km d'Angers.

Secteur psychiatrique dynamique, bien organisé de presque 100 000 habitants, avec extra hospitalier développé, hôpital de jour, CATTP, médiations thérapeutiques, comité local de santé mentale.

Bonne ambiance d'équipe médico-soignante, équipes infirmières motivées, ateliers cliniques mensuels d'étude psycho dynamique avec des enseignants du CHU de Rennes.

Plusieurs projets innovants sont en cours d'élaboration : équipe mobile alternative à l'hospitalisation temps plein avec création d'un hôpital de jour d'accueil de courts séjours, mise en place d'un service de réhabilitation, et de groupes d'éducation thérapeutique et réhabilitation, projet de collaboration avec la gériatrie pour la géronto-psychiatrie, projets que vous pourrez plus personnellement développer si vous le souhaitez.

Vous serez bien accueilli, et disposerez d'autonomie et de soutien.

Astreintes aux urgences et en liaison sur les services de médecine et chirurgie de l'hôpital (5/mois).

Possibilité d'hébergement pendant quelques mois à l'internat dans des conditions agréables.

Renseignements Affaires Médicales - Tél. : 02 43 08 73 02 - Fax : 02 43 08 22 00 ou Chef de Pôle Dr SIX - 02 43 08 22 32 - E-mail : dam@ch-mayenne.fr



site internet :
www.ch-mayenne.fr

FRANCE

PAYS DE LA LOIRE



La Commune de Carsac-Aillac au Coeur
du Périgord Noir

URGENT

Recherche Un Médecin Généraliste

Pour compléter l'équipe de professionnels de la Maison Médicale située sur la commune qui compte déjà 1 médecin généraliste, 3 infirmiers, 1 kinésithérapeute, 1 ostéopathe, 1 dentiste, 1 psychologue, 1 psychomotricien, 1 podologue.

La municipalité dispose d'un EHPAD d'une capacité de 106 lits, d'une pharmacie, d'une école, d'un accueil de loisir, etc.

Un local de 68 m² climatisé est disponible et gratuit les 6 premiers mois, ainsi qu'un accompagnement dans la démarche d'installation de la famille du futur professionnel de santé (logement, école, recherche de poste pour le conjoint, etc.).

Hébergement temporaire possible le temps de trouver une maison. Cadre de vie agréable, population accueillante, région touristique de mars à novembre. Carsac-Aillac est classée en Zone de Revitalisation Rurale et a le label « Commune Touristique », avec des exonérations fiscales et des aides importantes.

**Profil : Titulaire d'un diplôme de médecin
Justifier de l'inscription au tableau de
l'Ordre des Médecins.**

Renseignements au 05 51 31 52 00

Les candidatures sont à adresser par email : contact@carsac-aillac.com
Ou sur le Site : www.carsac-aillac.fr - en répondant directement à cette
annonce ou par courrier à l'Attention de Monsieur Le Maire à l'adresse
suivante : La Tavernerie - 24200 Carsac-Aillac



SSR Polyvalent appartenant à IGH Groupe
Privé de 74 lits situé dans le Sud Deux-Sèvres
30 minutes de Niort, Saint Jean d'Angély,
1 heure de Saintes, Poitiers et La Rochelle.

**RECRUTE 1 MEDECIN SALARIE GENERALISTE
OU GERIATRE A TEMPS PLEIN EN CDI**

Vous travaillerez en collaboration avec une équipe pluridisciplinaire intervenant au sein de l'établissement pour la prise en charge des patients :
Médecin, Pharmacien, Cadre de Santé, IDE, Masseurs-Kinésithérapeutes...

Salaires proposés selon expérience - Convention Collective de la Fédération de l'Hospitalisation Privée avec un statut Cadre.

Les candidatures sont à envoyer à : Madame GUERINEAU Directeur - Tél : 08 26 28 00 99 - Mail : direction@parsay.fr

Site : www.i-g-h.fr



Ville de Lavardac

**Lavardac en Lot-et-Garonne (47230) au cœur du Sud-Ouest
recherche 1 ou mieux 2 Médecins Généralistes
Avec une population de 2300 habitants, le besoin médical est réel et urgent**

2 possibilités d'installation :

- Soit en individuel dans un cabinet propriété de la commune disponible immédiatement.
Le Pôle de santé du territoire Albret/Nérac est opérationnel et tous les médecins peuvent y adhérer.
- Soit participer à un projet de structure privée pluridisciplinaire à construire avec les infirmiers, kiné, ssiad, psychologue qui attendent la venue de médecins pour finaliser.

LAVARDAC est la 2^{ème} commune - par importance de la population - du territoire de l'Albret qui compte 28 000 habitants.
Tous les services à la population sont présents et la vie associative sportive ou culturelle est riche.
En venant vous installer à LAVARDAC vous bénéficierez du cadre de vie chaleureux et apaisé qu'offre le monde rural et vous serez à proximité de 2 grandes métropoles Bordeaux et Toulouse.

Merci de consulter le dossier complet de présentation pour plus de détails.

CONTACTS :
MAIRIE DE LAVARDAC : M. le Maire Philippe BARRERE - Tél. : 05 53 97 41 51 - 06 23 49 00 86 par mail en cliquant sur le bouton ci-dessous "contactez l'annonceur" Mme la Secrétaire Générale Nadine BEGOULE - Tél. : 05 53 97 41 54 - Mail : nadine.begoule@ville-lavardac.fr
SITE INTERNET LAVARDAC : www.ville-lavardac.fr - SITE COMMUNAUTE DE COMMUNES : www.valdalbret.fr

J'❤️ LINAS
Effort

**La commune de Linas recherche
2 médecins généralistes,
en activité libérale.**

**Profil : Titulaire d'un diplôme de médecin
Justifier de l'inscription au tableau de l'Ordre
des Médecins**

Les candidatures doivent être adressées par courrier à :
Monsieur le Maire - Mairie de Linas
Place Ernest Pillon - 91310 LINAS

Pour tous renseignements complémentaires : Monsieur François-Xavier MACEL - Maire Adjoint délégué au Développement économique, Commerces, Handicap, Finances
Par mail : francois-xavier.macel@linas.fr ou laissez message au 06 07 64 09 32

Population : 7 000 habitants (Développement démographique programmé, + de 10 000 en 2025)
Commune paisible et verdoyante où il fait bon vivre, LINAS est située à 23 kms de Paris Porte d'Orléans.
Membre de la Communauté d'Agglomération PARIS-SACLAY. Plus d'informations sur www.linas.fr

Centre-ville : Local de 85 m² refait à neuf comprenant 2 cabinets indépendants avec chacun leur salle d'attente, disponibles immédiatement. Locaux aux normes d'accessibilité, WC handicapés commun, cour arrière avec 2 places de parking.

Sont déjà installés sur la commune :
1 médecin généraliste, 2 pharmacies, 4 infirmiers, 5 kinésithérapeutes, 3 dentistes, 1 podologue, 1 ostéopathe.

Commerces :
Supérettes - Boulangeries - Bars - Tabac - Restaurants - Salons de coiffure - Institut de beauté - Photographe ...

Axes routiers importants : RN20 - FRANCLIENNE (A104).
Gare routière regroupant 6 lignes de bus (accès directs divers RER ... ainsi que Paris Porte d'Orléans).
• Activités associatives denses et variées : culturelles, sportives et de loisirs, Circuit automobile mythique de Linas-Montheury.
• Ecoles maternelles et primaires.
Logement d'habitation à la charge de la commune durant la première année d'installation.
Loyer des cabinets modérés pendant 1 an (300 € hors charges par cabinet, puis 500 € hors charges).

SARAH SANTE
Auteuil

Centre médical pluridisciplinaire SARAH SANTE - AUTEUIL situé à Paris (16)
Dans le cadre du développement de notre activité, nous recrutons :
**Médecins Urgentistes, Ophtalmologues, Dermatologues,
Gynécologue-obstétriciens et ORL H/F**

En complément de votre activité hospitalière/ chirurgicale, nous vous proposons l'opportunité d'exercer une activité de consultation dans notre structure.

Type de contrat : associé ou salarié, à temps plein ou partiel.

Rémunération à l'acte.

Avantages de rejoindre notre structure :

- › Structure médicale nouvelle génération « clé en main ».
- › Travail en équipe pluridisciplinaire dans un environnement innovant et numérisé.
- › Plateau technique ultramoderne à disposition pour une prise en charge efficace et de qualité.
- › Possibilité d'examen complémentaires sur place (téléradiologie conventionnelle, Echographie gynéco/cardio, ECG, prélèvements biologiques...).
- › Gestion administrative centralisée.

Qualification requise : Inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins de Paris.

Merci de transmettre votre candidature (CV + lettre de motivation) par mail : helene.javani@sarhasante-auteuil.fr

CAMSP
Centre d'Action Médicale de Saint-Pierre

L'association ODAPEI 95 recrute pour son CAMSP, 250 enfants et 20 salariés,
un neuropédiatre médecin directeur technique en CDI
jusqu'à 70% ETP selon ancienneté à partir de décembre 2016.

Missions :
En collaboration avec le directeur administratif, le médecin directeur technique assure
› La **coordination** des soins des enfants accueillis sur le centre et l'inscription de l'établissement dans les différents réseaux de soins en tant que partenaires, centre ressource et d'expertise.
› L'**animation** des réunions hebdomadaires et les synthèses des enfants.
› L'**élaboration** des projets individuels en lien avec les consultations au minimum annuelles, avec les familles, les partenaires extérieurs et les professionnels du CAMSP en garantissant la fonction soignante dans la mise en œuvre des projets individualisés.
› L'**élaboration** du projet d'orientation.
› La **participation** aux actions de formations, d'évaluation et des rapports d'activités menées dans l'établissement.

Profil :
Expérience d'encadrement d'équipe pluridisciplinaire désirée.
Bonne connaissance de réseau de périnatalité, plan autisme, handicap rare exigée.

Rémunération :
Selon reprise ancienneté liée convention collective 66.

**Contact : lettre de motivation et CV à adresser au directeur administratif
Monsieur Guillaume Duffour
Mail : diradmin@camsp-odapei.org
Postale :
108, rue Denis Roy - 95100 Argenteuil**

Hôpitaux de Saint-Maurice

**Les Hôpitaux de Saint-Maurice recherchent un pédiatre
pour un poste de praticien contractuel temps plein ou un poste de PH**

Poste à pourvoir immédiatement pour compléter une équipe dynamique de 2 PH temps plein, 2 PH mi-temps, un praticien attaché et plusieurs pédiatres de l'extérieur intervenant dans la permanence des soins.

La Maternité, actuellement de niveau 2a, est en pleine croissance avec 3000 accouchements/an, un service de néonatalogie de 12 lits, et se situe aux portes de Paris (Métro ligne 8 station Charenton-Ecoles).

Inscription à l'ordre obligatoire, compétences en néonatalogie souhaitées et prise en charge de nouveau-nés malades en salle de naissance.

Merci d'envoyer votre candidature complète à l'adresse mail : dam@hopitaux-st-maurice.fr
ou par courrier : Direction des Affaires Médicales - 12-14, rue du Val d'Osne - 94410 Saint-Maurice - Tél. : 01 43 96 62 09

Le Centre Hospitalier de Pithiviers, situé dans le Loiret à 80 km de Paris, recrute :

1 GÉRIATRE pour son EHPAD SSR USLD. Inscription obligatoire au Conseil de l'Ordre des Médecins - Qualification en gériatrie requise.
1 URGENTISTE/SMURISTE pour son service d'urgences (Plus de 15 000 passages par an dans le service). Inscription au Conseil de l'Ordre requise. CAMU obligatoire. Participation à la permanence des soins obligatoire.



Le Centre Hospitalier comprend un pôle plateau technique, un pôle gériatrie, un pôle médecine/urgences et un Centre Périnatal de Proximité.

Contact :

Mme LAGOYER - Attachée d'Administration Hospitalière
 Responsable des Ressources Humaines et Affaires Médicales
 Direction des Ressources Humaines
 10, boulevard Beauvallet - CS 51002 - 45308 PITHIVIERS CEDEX
 Affaires Médicales : 02 38 32 31 03 - rtraore@ch-pithiviers.fr



Rejoignez Nous!

MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES H/F

Rejoignez le Groupe UGECAM Alsace :

L'UGECAM Alsace, organisme d'Assurance Maladie à but non lucratif est le premier opérateur régional de l'offre de soins de suite et de réadaptation en hospitalisation complète et hospitalisation de jour.

- 12 structures sanitaires et médico-sociales dans le Bas-Rhin et le Haut-Rhin
- 916 lits et 246 places de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle
- une offre de soins spécialisée et leader en réadaptation

Les + :

- convention collective UCANSS / 14 mois de salaire
- une culture de recherche appliquée soutenue par l'Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau
- possibilité de logement de fonction
- comité d'entreprise & complémentaire santé

L'UGECAM Alsace recrute des médecins toutes spécialités :

- dans le Bas-Rhin : STRASBOURG, SELESTAT, SCHIRMECK, MORSBRONN-LES-BAINS
- dans le Haut-Rhin : COLMAR, MULHOUSE
- médecins généralistes, gériatres, endocrinologues, cardiologues, MPR, etc.
- contrat CDI ou CDD / temps de travail & disponibilité à convenir

CONTACT : Murielle SIMON • 03 90 40 62 72 • recrutement.medical@ugecam-alsace.fr

www.ugecam-alsace.fr/offres-emploi



GRUPE ALSACE
UGECAM
 Soigner, rééduquer, réinsérer : la santé sans préjugés



CENTRE HOSPITALIER DE LA CHATRE (Département de l'Indre – 36)
RECHERCHE UN MEDECIN GERIATRE TEMPS PLEIN

Etablissement à double vocation sanitaire et médico-sociale d'une capacité d'accueil de : EHPAD : 345 lits (dont une Unité d'Hébergement Renforcée - UHR) • Médecine : 25 lits (dont 5 lits identifiés soins palliatifs) + 3 places d'hospitalisation de jour • SSR : 35 lits • Psychiatrie : 40 lits dont 20 dédiés à la géro-psycho-geriatrie + 10 places d'hospitalisation de jour • SSIAD : 60 places • SSIAD ESA : 5 places.

Près de 400 agents et 11 médecins dont 3 en EHPAD, 3 dans le service de médecine, 2 en SSR et 3 psychiatres.

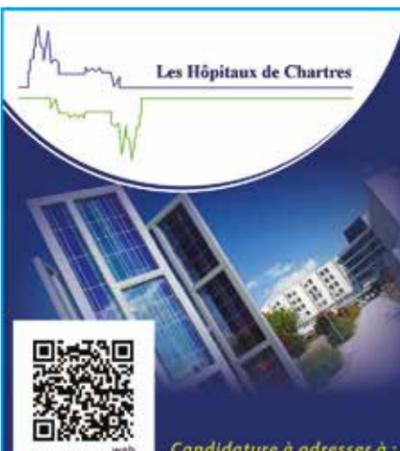
Etablissement situé au sud du département de l'Indre à 30 km de Châteauroux, 70 km de Bourges, 178 km d'Orléans ; 30 min des autoroutes A20 et A75, 30 min de la gare de Châteauroux, 3 heures de Paris.

Le pays de la Chatre a inspiré les artistes et notamment George Sand qui s'y est installé et Jacques Tati y a tourné un film.

Classée Ville et Métiers d'Art, La Chatre accorde une place privilégiée à la culture et aux rencontres internationales de Luthiers et Maîtres Sonneurs. Par ailleurs, La Chatre est une ville sportive qui dispose d'un circuit automobile.

Contacts :

Monsieur Jérôme BESSEMOULIN
 Responsable des Ressources Humaines, des Affaires Médicales et de la Qualité
 Tél. : 02 54 06 54 38 - Courriel : jerome.bessemoulin@ch-lachatre.fr



LES HOPITAUX DE CHARTRES (Eure-et-Loir)

1 247 lits et places. Plateau technique performant (2 TDM multi-barrettes, 1 IRM, 1 petscan, radiothérapie, scintigraphie...). Réseaux autoroutier et SNCF – 1 heure de PARIS

Recherchent Un Praticien en Pneumologie

Pour compléter et renforcer son équipe actuellement composée de 5 PH et d'un interne de spécialité (remplacement d'un départ à la retraite).

Pour tout renseignement, contacter : Equipe de pneumologie - 02 37 30 31 83, Dr Olivier RAFFY, Chef de Service, Dr Claire LETHROSNE, Dr Hong RABUT, Dr Charles SLEIMAN.

Un Praticien en Gastro-Entérologie

Avec profil de gastro-hépatologie polyvalent (connaissance souhaitable des MICI). L'équipe de Gastro-Entérologie est constituée de 4 praticiens hospitaliers, 2 assistants, 1 interne de médecine générale ou de spécialité ainsi qu'1 médecin vacataire.

Le service comprend :

Le service est couplé à une aile de Diabétologie-Endocrinologie (3 PH tps plein, 1 PH tps partie), 1 interne)

Participation aux astreintes opérationnelles d'endoscopie.

Pour tout renseignement, s'adresser au Docteur HERBER-MAYNE - Praticien de Gastro-Entérologie - Tél. : 02 37 30 30 63
 Email : aherber@ch-chartres.fr

Candidature à adresser à : Monsieur FALANGA - Directeur par intérim des Hôpitaux de CHARTRES - BP 30407 - 28018 - CHARTRES CEDEX



FILIERIS
 la santé en action

LE RÉSEAU DE SOIN FILIÉRI DE LA CAISSE AUTONOME NATIONALE DE SÉCURITÉ SOCIALE DANS LES MINES RECRUTE POUR SON PÔLE DE MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION DE FREYMING-MERLEBACH

> 2 médecins de médecine physique et réadaptation CDI temps plein - DES MPR souhaité ou équivalent DU
 > Médecin spécialiste gériatre ou équivalent, médecin généraliste détenteur de la CAPA de gériatrie
 CDI temps plein - Compétences en soins palliatifs ou formation envisagée

L'établissement, destiné à procurer des soins et traitements de rééducation et de réadaptation, dispose d'une technologie de pointe et d'une équipe pluridisciplinaire, pour garantir aux patients une prise en charge optimale. Il dispose de : 133 lits de rééducation fonctionnelle et de SSR orientation neurologie, appareil locomoteur et lits de soins palliatifs • 60 places d'hospitalisation de jour • 2000 m² de plateau technique : salles de sports, piscine, balnéothérapie, salles de kinésithérapie avec isocinétisme, ergothérapie... • Service d'hospitalisation à domicile.

Une nouvelle activité : l'Hospitalisation de Jour SSR pédiatrique est programmée courant de l'année 2017.

Vous participerez à la démarche qualité de l'établissement et contribuerez au sein de l'équipe à mettre en œuvre et développer le projet médical.

DIPLÔME : Être titulaire d'un diplôme relatif à la spécialité exercée. Être inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins en France.

SALAIRE : Conditions salariales attractives. Reprise d'ancienneté. Possibilité d'hébergement le temps d'une installation.

CONTACT :
 Les candidatures sont à adresser à : Monsieur Hervé LABORDE - Directeur de l'Hôpital de Freyming-Merlebach - 2 rue de France - 57800 FREYMING-MERLEBACH
 sec-dir.ch@secumines.org - Tél. : 03 87 81 80 01 - ou 07 78 39 45 05 - <http://hopitalfreyming.filieris.fr/>

Etablissement situé à 1h25 de Paris en TGV (départ Metz). A proximité de Sarrebruck en Allemagne (25 min), de Metz (40 min), de Nancy (1 h), de Strasbourg (1 h), du Luxembourg (1h15) le tout par l'autoroute. Il est possible de rejoindre 10 villes allemandes au départ de Forbach (gare située à 15 min de l'Hôpital de FREYMING-MERLEBACH), sur les lignes à grande vitesse TGV et ICE.



Hénin-Beaumont **CARDIOLOGIE URGENT CESSION CLIENTÈLE**

Suite à un décès brutal, cède clientèle importante de cardiologie dans cabinet partagé en centre ville de Hénin Beaumont. Exercice à l'hôpital privé de Bois Bernard en Epreuve d'Effort et Réadaptation (groupe RAMSAY), secteur 1. SNIR 2015 : 321 400 € avec 12 semaines de congé. Prix de vente de la clientèle : 50 000 €.

CARDIOLOGUE

ACTIVITE LIBERALE

Prendre contact avec :
Madame GILLET
Tél. : 06 73 70 80 34
E-mail : jacquelinegillet@orange.fr



Les Hôpitaux du Léman à Thonon-les-Bains Recrutent Des Médecins qui veulent mettre leurs compétences au service des patients et développer un projet médical

Seul établissement hospitalier d'un bassin de 140 000 habitants, croissance démographique forte. A connu 10 années de croissance après une fusion réussie entre les établissements de Thonon et d'Evian. Aujourd'hui en réduction de croissance, nous avons analysé notre positionnement et les actions à mener :

- Accueil et disponibilité pour la population.
- Réactivité pour les adresseurs.
- Réorganisation médicale et architecturale. Projet immobilier de 70 millions d'€.

Nous Recherchons des PH ou Assistants Investis, compétents et aimant leur métier

Le candidat devra s'investir dans le travail en équipe, à l'échelle de son service, de son établissement et du GHT. Les compétences organisationnelles sont les bienvenues.

Urgentistes – Anesthésistes Réa – Gastros – Radiologues – Pneumo – Médecins Généralistes – Gériatre – Oncologue – Psychiatres

Activité

Établissement MCO de 330 lits, activité de proximité et de recours. 36 000 hospitalisations annuelles. 44 000 passages aux urgences. 1 550 accouchements par an, maternité de type 2a. Service de réanimation, de soins palliatifs. Activités de carcinologie en sénologie, ORL, thoracique, digestif, urologie, gynéco, hématologie...

Cadre de vie

Exceptionnel pour les amoureux de la montagne, du lac ou du sport. 55 mn de Genève avec aéroport international.



Hôpitaux du Léman – 3 av de la Dame – 74200 Thonon les Bains

Envoyez-nous votre CV ou vos demandes d'informations

Affaires Médicales, Mme Elodie Lacroix :
e-lacroix@ch-hopitauxduleman.fr
04 50 83 20 21

Président de CME, Dr Grégoire Théry :
g-thery@ch-hopitauxduleman.fr



Le Centre Hospitalier de BAILLEUL recrute UN GERIATRE TEMPS PLEIN POLE MEDECINE ET SSR
Notre plus : Une offre de proximité à orientation gériatrique au cœur des Flandres !
Découvrez notre établissement en consultant notre site internet : www.ch-bailleul.fr

Le pôle se compose de 2 unités :

- Service de médecine polyvalente à orientation gériatrique : 30 lits dont 5 lits identifiés de soins palliatifs.
- Service de soins de suite et réadaptation gériatrique : 30 lits dont 4 lits identifiés de soins palliatifs et 2 lits de la filière AVC.

Nous disposons aussi d'un plateau de consultations & d'imagerie ainsi que d'un EHPAD de 205 lits avec UVA et PASA. Au sein d'une équipe médicale dynamique et accueillante, vous assurerez le suivi médical avec une prise en charge pluridisciplinaire avec 3 autres confrères, temps plein, tous formés à la gériatrie. Situé à proximité de la Chaîne des Monts de Flandre, le Centre Hospitalier de Bailleul est implanté à proximité immédiate du Centre-Ville et de la Place Charles de Gaulle. A 25 minutes de la ville de LILLE et des plages du littoral, il est desservi, par voie routière, par l'autoroute A25 Lille-Dunkerque (sortie n°10), par le Chemin de fer (gare SNCF) et par des lignes régulières d'autobus.

<http://www.ville-bailleul.fr>
<http://www.ch-bailleul.fr>
Centre Hospitalier Bailleul - 40, rue de Lille - 59270 Bailleul
Standard : 03 28 43 70 00 - Fax : 03 28 43 72 25 - Contacts : drh@ch-bailleul.fr
Présidente de la CME : martine.mahieu@ch-bailleul.fr
Chef de Pôle : ignace.sallah@ch-bailleul.fr



Le Centre Hospitalier d'Ardeche Méridionale (731 lits)
Recrute pour renforcer son équipe :

Poste à pourvoir immédiatement. **1 Oncologue Médical ou 1 Hématologue, Contractuel ou Hospitalier (H/F) - Temps Plein**

PROFIL :
Statut PH ou Praticien Contractuel. Inscription à l'Ordre des Médecins obligatoire. Titulaire d'un diplôme en oncologie.

PRESENTATION DU SERVICE :
Il s'agit d'un service de médecine à orientation oncologique et hématologique. Au moins 90% des patients hospitalisés dans ce service concernent une de ces 2 pathologies. Le service d'oncologie comprend : 22 lits d'hospitalisation de courts séjours dont 6 lits de soins palliatifs oncologiques, 10 lits d'hôpital de jour remplis à 85% par des malades d'oncologie ou d'hématologie.

Le service comprend actuellement 2 oncologues médicaux à temps plein, 1 médecin généraliste à 80%, 2 postes d'internes sont également au choix de l'internat. La présence médicale est assurée du lundi au vendredi de 08h30 à 18h30 et le samedi de 9h à 12h30, en dehors de ce temps, la continuité est assurée par les urgences et les astreintes médicales.

Pour postuler, adresser CV et lettre de motivation à :
Monsieur Yvan MANIGLIER - Directeur d'établissement - Tél. : 04 75 35 60 01 - Mail : direction@ch-ardeche-meridionale.fr

L'ETABLISSEMENT :
Le Centre Hospitalier d'Ardeche Méridionale est un établissement de proximité spécialisé en Médecine-Chirurgie-Obstétrique et également en Soins de suite et de Réadaptation. Il dessert un bassin de 100 000 habitants et comporte 4 sites. Le Centre Hospitalier s'inscrit comme l'acteur de santé incontournable dans le sud du département. Situé aux portes de l'Ardeche méridionale, à proximité des Gorges de l'Ardeche, et de la montagne ardéchoise, et au cœur des Cévennes ardéchoises, l'établissement bénéficie d'un cadre de travail unique, tout en restant à seulement 2 heures de Lyon, Marseille et Montpellier.



L'Afapei du Calais (Papillons Blancs)
Association accueillant 650 personnes au sein de 16 établissements et services, encadrées par 360 salariés.

Recrute UN PEDIATRE (H/F) et UN PEDOPSYCHIATRE (H/F)

En Contrat à Durée Indéterminée à 0.4 ETP (possibilité d'adapter le temps selon disponibilités)
Pour son IME Le Lutin des Bleuets à Calais et son SESSAD Zig Zag à Coulogne.

Date Poste à pourvoir : dès que possible

Rémunération :
• Convention collective du 15 mars 1996 avec reprise d'ancienneté selon convention

Diplômes et formation :
• Diplôme d'Etat de docteur en médecine, spécialité pédiatrie/pédopsychiatrie
• Inscription à l'Ordre des médecins

Profil du titulaire :
• La connaissance de la déficience intellectuelle, du polyhandicap et de l'autisme serait un plus.

Envoyer les candidatures à :
Mme PRUDHOM Sarah - Directrice pôle enfance - 22-24 Quai de l'YSER - 62100 CALAIS

- Fonctions :**
- Être le garant thérapeutique du parcours de l'enfant
 - Contribuer au parcours individualisé de chaque enfant en participant aux admissions, projets personnalisés d'interventions et synthèses.
 - Assurer les liens et la circulation des informations avec les partenaires médicaux et paramédicaux.
 - Prescrire éventuellement les traitements nécessaires en articulation avec le médecin traitant de l'enfant.
 - Apporter un éclairage thérapeutique à l'équipe.
 - Élaborer des protocoles de soins spécifiques.

CENTRE HOSPITALIER DE MONTÉLIMAR (2^{ème} ville du Département - Drôme Provençale) (Situé à 1h30 de Lyon, de Montpellier et de Marseille)

recherche 2 PRATICIENS ANESTHESISTES temps plein

250 lits MCO (dont chirurgie ambulatoire - SCANNER-IRM). Développement soutenu de l'activité médicale et chirurgicale. Près de 1 700 accouchements par an. Unité Médicale de Réanimation : 12 lits et ouverture de 6 lits de soins continus. En convention avec plusieurs CHU pour le partenariat et la formation médicale.

Plateau technique comprenant :

Un bloc chirurgical :

- Six salles d'opération classées, équipées en bras de support écran dont une en ISO 5 pour l'orthopédie.
- Une salle de surveillance post interventionnelle (salle de réveil) pouvant accueillir 16 patients.
- Une salle de césarienne et une salle de réanimation pour les nouveau-nés.

Un bloc obstétrical :

- Six salles d'accouchement classées ISO 8.
- Quatre chambres d'expectantes.

Ces postes sont à pourvoir par mutation ou contrat. Logement provisoire possible.

Renseignements : A-S. GONZALVEZ (DRH-DAM) : 04 75 53 41 35 - A. TOURRE (AAH, DRH-DAM) : 04 75 53 41 28
Candidatures : Mme la Directrice du centre hospitalier - B.P. N° 249 - 26216 MONTÉLIMAR CEDEX - Tél. : 04 75 53 40 02



LE CHANGE RECRUTE DES MÉDECINS PSYCHIATRES ET PÉDOPSYCHIATRES

Dans le cadre de son projet de développement, le CHANGE met en œuvre de nouveaux modes de prises en charge des patients en restructurant l'hospitalisation temps complet et l'activité ambulatoire, avec un projet à 2 ans (2018) de constitution de filières : jeunes adultes, troubles de l'humeur, gériatrie-psychiatrie, psychiatrie polyvalente. Les compétences dans ces domaines (troubles de la personnalité, TCA, addiction, dépression, bipolarité, ECT), ou leurs acquisitions sont appréciées.

Le pôle, d'un effectif de plus de 30 psychiatres, est composé de 3 secteurs adultes (300 000 habitants) avec ses CMP et de structures intersectorielles : hospitalisation de post-urgence (12 lits) et liaison,

hospitalisation de jour, unité de réhabilitation labellisée, hébergement et accueil familial thérapeutique et d'un inter-secteur de pédopsychiatrie composé des structures classiques ainsi que d'une hospitalisation jeunes enfants.

Le bassin annécien, région touristique, offre un cadre de vie très attractif avec son lac et les montagnes environnantes, terrains d'activités été comme hiver. La proximité de Genève (35 km) complète l'offre culturelle de la ville d'Anancy.

Profil du médecin

- Médecin inscrit au conseil de l'Ordre.
- Type de contrat ou de statut à étudier selon le candidat.



Contacts :
Pour tout renseignement contacter
 • Dr LECUYER
mlecuyer@ch-anancygenevois.fr
 • Mme COLLET
 Directrice des affaires médicales
pcollet1@ch-anancygenevois.fr
 • Mme MARIN
 Direction des affaires médicales
lmarin@ch-anancygenevois.fr






**CENTRE HOSPITALIER
CHALON SUR SAÔNE
William Morey**

Le Centre Hospitalier Chalon-sur-Saône William Morey (Saône et Loire)
 Etablissement support du Groupement Hospitalier de Territoire Saône et Loire Bresse Morvan.

Situé sur l'autoroute A6 entre Lyon et Dijon, à 1h30 de Paris en TGV. Dans une région agréable, réputée pour ses vignobles, sa gastronomie, son architecture et ses paysages variés.

Etablissement (inauguré en octobre 2011) en pleine expansion, composé de 9 pôles chirurgicaux et médicotechniques, qui permet une prise en charge globale et optimisée des patients grâce notamment à un plateau technique complet et de pointe.

Le centre Hospitalier : 425 lits, 214 médecins et 54 internes, dispose d'un service de réanimation (16 lits), de surveillance continue (4 lits), d'USIC (7 lits) et d'USINV (5 lits), de l'autorisation de rythmologie interventionnelle et ouvrira en 2018 l'angioplastie coronaire.

Recrute pour mettre en place dès janvier 2017 le référentiel sur le temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence - SAMU - SMUR.

Médecins Généralistes et Médecins Urgentistes

Le SAU, l'UHCD, le CRRA 15 - SAMU- SMUR- font partie du même pôle avec une activité polyvalente répartie sur l'ensemble des pôles d'activités. Le SAU accueille 43 000 patients par an. Le SMUR effectue 2 900 sorties par an par voie terrestre et 550 sorties par an par voie aérienne. Le SAMU gère 140 000 dossiers de régulation médicale par an avec 2 médecins en poste toutes les nuits (1 libéral et 1 hospitalier).

L'UHCD : 8 lits.

L'organisation médicale du service est réalisée en temps médical continu, sur la base de 39 heures de travail clinique posté hebdomadaire, possibilité de travail en plages de 12 heures ou 24 heures, les plages additionnelles sont rémunérées. Possibilité de contractualiser du travail non posté.

Pour tout renseignement contacter :
 Monsieur le Docteur COREGE David Chef de Pôle - Tél. : 03 85 91 00 76 - david.corege@ch-chalon71.fr
 La Direction des Affaires Médicales - Tél. : 03 85 91 01 54 - ginette.gilliers@ch-chalon71.fr

Envoyer candidature et CV à :
 M. le Directeur du Centre Hospitalier - 4, Rue Capitaine Drillien - CS 80120 - 71321 CHALON-SUR-SAONE
 Tél. : 03 85 44 66 88 - Fax : 03 85 44 66 99 - www.ch-chalon71.fr





LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE HAUTE-COMTE À PONTARLIER (DOUBS)

RECRUTE POUR SON SERVICE DE MÉDECINE INTERNE 2 MÉDECINS AYANT LE PROFIL SUIVANT :

- 1 médecin Interniste, orientation rhumatologie ou maladie immunitaire ou hématologie, médecin polyvalent, médecin gériatre.
- 1 Médecin Hépatogastroentérologue.

Inscrit à l'Ordre des médecins.
 Expérience souhaitée en hépatologie et endoscopie digestive.

Contacts :
 M. VOLLE Olivier - Directeur - contact@chi-hautecomte.fr
 Mme PERRIN Virginie - Chef de Pôle - Médecine/Urgences
 Dr CHEREIH Haitham - Chef d'Unité - Service Médecine B.
 Mme QUERRY Catherine - Responsable Affaires Médicales
 Tél. : 03 81 38 58 80 - Email : c.querry@chi-hautecomte.fr

<http://www.chi-hautecomte.fr>



GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE RANCE ÉMERAUDE



CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-MALO



CENTRE HOSPITALIER DE CANCALE



CENTRE HOSPITALIER DE DINAN



LE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE RANCE-EMERAUDE (Centres Hospitaliers de Saint-Malo, Dinan et Cancale) **RECHERCHE :**

— Urgentistes ou Médecins Généralistes

Pour le renforcement de l'équipe communautaire déjà constituée de 26 médecins urgentistes. Temps de travail décompté en temps continu 39 heures/semaine de travail posté.

- Pour tout renseignement :**
- Docteur VERLEY : l.verley@ch-stmalo.fr
 - Docteur OLLIVIER : fabrice.ollivier@ch-dinan.fr
 - Direction des affaires médicales : affaires.medicales@ch-stmalo.fr ou direction@ch-dinan.fr ou 02 99 21 20 65

— Psychiatres Temps Plein

Pour le pôle de psychiatrie adulte du Centre Hospitalier de Saint-Malo ou médecin généraliste intéressé par une spécialisation en psychiatrie.

Equipe motivée par un projet médical innovant.
 Projet acté de reconstruction du pôle de psychiatrie adulte à horizon 2019.

- Pour tout renseignement :**
- Docteur HEMERY : am.hemery@ch-stmalo.fr ou 02 99 21 29 22
 - Direction des affaires médicales : affaires.medicales@ch-stmalo.fr ou 02 99 21 20 65

Lettre de candidature et de motivation, CV détaillés à transmettre par mail à :
affaires.medicales@ch-stmalo.fr
 Tél. : 02 99 21 20 65



— Radiologues

Pour l'activité des Centres Hospitaliers de Saint-Malo et de Dinan

- Ces postes, basés à Saint-Malo, s'intègrent dans le cadre d'un Groupement Hospitalier de Territoire avec le Centre Hospitalier de Dinan (25 km). Le Service d'Imagerie Médicale comprend notamment des équipements lourds sur chacun des sites
- Ils complètent une équipe de 5 radiologues avec un service de référence (Saint-Malo) et un service associé (Dinan)
- Projet de mise en place pour la nuit profonde d'une sous-traitance des examens d'imagerie
- Liens étroits établis avec les radiologues libéraux des 2 sites :
 - GCS depuis 2012 (GIE depuis 1996).
 - Astreintes en télétransmission entre les 2 sites

- Pour tout renseignement :**
- Docteur BARDET : j.bardet@ch-stmalo.fr ou 02 99 21 21 13
 - Direction des affaires médicales : affaires.medicales@ch-stmalo.fr ou 02 99 21 20 65

— Gériatres ou Médecin Généralistes

— 90% en EHPAD/USLD au CH de Saint-Malo

- EHPAD La Haize Saint-Malo (inauguré en 2013) : secteur dépendance, 64 lits, en binôme avec un médecin qui assure la prise en charge des secteurs protégés.
- USLD : 83 lits en binôme avec un autre praticien.

— 50% en EHPAD au CH de Cancale

- EHPAD inauguré en 2014 : 120 lits.
- La participation à la couverture médicale du SSR lors des absences du médecin référent est sollicitée.

- Pour tout renseignement :**
- Docteur DURET : e.duret@ch-stmalo.fr ou 02 99 21 26 64
 - Madame RADUREAU - Directrice déléguée du CH de Cancale
 02 99 21 20 11 ou dominique.radureau@cht-ranceemeraude.fr
 - Direction des affaires médicales : affaires.medicales@ch-stmalo.fr ou 02 99 21 20 65



Le CSSR Pédiatrique Rey Leroux (35)

56 lits et places hospitalisation de jour. SSR Polyvalent Pédiatrique à orientation neurologique (épilepsie sévère,...), et troubles de l'alimentation (obésité, diabète, anorexie) et de la nutrition (troubles de l'oralité, alimentation entérale et parentérale). Projet médical partagé avec le CHU de Rennes et le CMP Beaulieu.

Recherche Médecin Pédiatre

pour un CDD temps plein de longue durée (minimum 2 mois)

Vous intégrerez une équipe médicale de 5 médecins dans le cadre d'un nouveau projet médical partagé avec les établissements SSR Pédiatrique (CHU Rennes et CMP Beaulieu) et Médico-Sociaux (IME) de la région. Soit d'orientation pédiatrique générale ou spécialisée (neurologie ou nutrition). Salaire selon CCN 51.

Contact :

M. RAOULT Serge - Directeur - E-mail : s.raoult@rey-leroux.com - Tél. : 02 99 04 47 47
Association Rey Leroux - Le Carfour - 35340 LA BOUËXIERE

www.rey-leroux.fr



LE CENTRE HOSPITALIER COMMINGES PYRENEES (CHCP) EN LIEN AVEC LE CHU DE TOULOUSE

RECHERCHE UN PRATICIEN GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN TEMPS PLEIN

Le poste proposé est partagé à 20% avec la maternité du CHU de Toulouse afin de conforter le partenariat et d'acquérir de nouvelles compétences.

Missions

Le futur Praticien aura la mission de participer au développement de la maternité en lien avec les équipes du CHCP et du CHU de Toulouse. Compte tenu de la localisation et de l'absence actuelle d'offre sur le territoire du Comminges, un fort potentiel de développement de l'activité chirurgicale est possible.

Le service de gynécologie-obstétrique

Projet médical :

- Créer et développer la chirurgie gynécologique, du pelvis et du sein.
- Créer une unité d'orthogénie au sein du Service de gynécologie-obstétrique.
- Renforcer le suivi périnatal.
- Développer l'offre de soins en oncologie chirurgicale gynéco/digestive.

Composition de l'équipe médicale :

- 2 praticiens hospitaliers temps plein.
- 1 praticien hospitalier contractuel temps plein.

Activités :

- 15 lits de gynécologie-obstétrique.
- 8 500 séjours.
- Activité de consultation sage-femme et qualification d'échographie.
- Activité hospitalière quotidienne - activité de consultations du lundi au vendredi.
- L'établissement est membre du réseau MATERMIP.

Les astreintes opérationnelles :

- Une astreinte opérationnelle en gynécologie-obstétrique nuits et week-ends est organisée.



Le CHCP est situé en Haute Garonne Sud, en Midi-Pyrénées, à 1 h de Toulouse, au pied des montagnes Pyrénéennes - et à 2 h de l'océan, 2h de la méditerranée et dispose d'une maternité de type 1 effectuant 550 accouchements par an.

De multiples partenariats sur ses pôles d'activité MCO sont développés avec le CHU de Toulouse et les centres Hospitaliers généraux de proximité.

L'activité de gynécologie du pôle de chirurgie-obstétrique du Centre Hospitalier Comminges Pyrénées est assurée par deux praticiens hospitaliers et un praticien contractuel temps plein.

L'établissement souhaite renforcer son équipe par le recrutement d'un praticien contractuel temps plein. La compétence chirurgicale représente une valeur ajoutée à la candidature.

L'établissement coopère d'ores et déjà avec le Centre de Périnatalité de Proximité du CH de Lannemezan, et en assure la présence médicale (0,5 ETP).

Le pôle de chirurgie-maternité

- Unité ACCA.
- Service de chirurgie 40 lits.
- Service de gynécologie-obstétrique 15 lits.
- Plateau de consultations médicales et chirurgicales.
- Bloc opératoire de 5 salles dont une salle dédiée aux césariennes.
- Bloc obstétrical de deux salles de travail et une salle de pré-travail.

Plateau technique :

- Service d'Imagerie : RX, TDM (+ interventionnel), IRM au 1^{er} trimestre 2017.
- Bloc opératoire et astreinte MAR H24
- RCP (sur site ou vidéoconférence tous les 15j).

Contacts :

- Responsable pôle de médecine - Dr Bertrand De Chabaliar
Tél. : 05 62 00 44 20 - Mail : bertrand.dechabaliar@ch-saintgaudens.fr
- Responsable d'unité - Dr Patrick Lauzu
Tél. : 05 62 00 50 90 - Mail : patrick.lauzu@ch-saintgaudens.fr
- Directeur des ressources humaines - M. Thieule
Tél. : 05 62 00 40 22 - Mail : jean-claude.thieule@ch-saintgaudens.fr

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

Le Centre Hospitalier comprend plus de 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 et PEDOPSYCHIATRES

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

Affectations diverses possibles sur la psychiatrie :

Psy adulte/urgences psychiatriques avec projet CAP 72 - projet HAD - Unités d'admission CMP et HJ - ...
Pédopsy/CMP Pamiers - HJ - AFT - ... Projet Maison des adolescents...

Adresser CV et lettre de motivation à :

M. D. GUILLAUME - Directeur des Ressources Humaines et Affaires Médicales
CHAC - BP 60111 - 09201 SAINT GIRONS CEDEX
ou par mail : secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr
Téléphone : secrétariat DRH - 05 61 96 21 94



La Clinique Madeleine Rémuzat du Groupe SINOUE, 515 rue Saint Pierre - 13012 MARSEILLE est un SSR de 130 lits qui a su évoluer et se spécialiser dans la prise en charge des affections de la personne âgée poly pathologique dépendante ou à risque de dépendance.



Nous recherchons un **médecin gériatre** salarié en CDI temps plein souhaitant intégrer notre équipe médicale composée de 4 médecins gériatres dont le Docteur Jérôme CORTI Médecin Coordinateur-Gériatre.

PROFIL

Vous êtes titulaire d'un diplôme de Médecine Générale et inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins, complété de préférence d'une spécialisation en Gériatrie.

Des aptitudes pour la communication, la pédagogie ainsi que le travail en équipe seront les atouts dans la réussite de ce poste.

MISSIONS

Prendre en charge un service de 30 lits. Assurer les missions de prévention, de diagnostic et de traitement des patients, en lien avec les équipes de soins.

Etre garant de la qualité et de la continuité des soins.

Exercer sa mission dans le parfait respect de la charte de la personne hospitalisée (confidentialité, respect de l'intimité et de la dignité du patient), des règles d'hygiène en milieu hospitalier et des procédures applicables.

Entretiens un réseau de communication, entre les différents services de l'établissement.

ACTIVITES

- Elaborer le projet thérapeutique personnalisé et sa réévaluation périodique.
- Assurer l'entretien et l'examen clinique d'entrée.
- Assurer le suivi médical somatique du patient, en lien les équipes de soins.
- Assurer la surveillance et le traitement des comorbidités somatiques.
- Assurer le suivi et l'adaptation des traitements médicamenteux en prévenant le risque d'atrogénie.
- Assurer la surveillance des facteurs de risques spécifiques liés aux pathologies somatiques ou à l'état général du patient.
- Organiser un staff pluridisciplinaire hebdomadaire.
- S'engager dans les relations avec les familles.
- Participer à la préparation du retour au domicile ou à l'entrée en institution en lien avec les familles et l'assistante sociale.
- Elaborer pour chaque sortie de patient, un compte-rendu de séjour.
- S'engager dans les évaluations de pratiques mises en place dans l'établissement.
- Contribuer à la bonne tenue du dossier du patient.
- Effectuer le suivi et l'évaluation de l'activité médicale PMSI.
- Participer à la rédaction des protocoles de soins et se tient informé des procédures, protocoles, comptes rendus de réunion le concernant.
- S'engager dans les activités de vigilances sanitaires et de prévention des risques liés aux soins.
- Participer aux réunions des instances et des groupes de travail qualité.
- Simplifier dans les actions visant à inscrire la clinique dans les réseaux de collaboration.

Merci d'envoyer CV et lettre de motivation à l'adresse suivante :

d.appietto@clinique-remuzat.com
Tél. : 04 96 16 10 78



Le Centre Hospitalier de la Dracénie A DRAGUIGNAN
Ville de 40 000 habitants et bassin de vie de 100 000 habitants - Territoire Var Est - Côte d'Azur
Située à mi-chemin entre Les Gorges du Verdon et le Golfe de Saint-Tropez

Dans le cadre de l'ouverture de la nouvelle Maison d'Arrêt de Draguignan prévue en septembre 2017 (540 places), **recrute 2 psychiatres** des hôpitaux, PH à temps plein (recrutement sur postes prioritaires), dont 1 responsable de cette Unité Fonctionnelle. Ce dernier aura notamment pour mission de finaliser le projet thérapeutique de cette nouvelle UF avant l'ouverture.

Ces postes sont intégrés dans le dispositif de soins du Pôle de Santé Mentale (secteur de psychiatrie adulte rattaché à un centre hospitalier général) comprennent 10 postes de psychiatres à temps plein et 1 poste de PH somaticien à temps plein.

Contacts :

DRH - M. Martin CELLI - Tél. : 04 94 60 51 85 - martin.cell@ch-draguignan.fr
Chef de Pôle de Santé Mentale - Docteur Louis-Richard FENOY - Tél. : 04 94 60 53 27 - sophie.lopez@ch-draguignan.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE LA DRACÉNIE À DRAGUIGNAN

Ville de 40 000 habitants et bassin de vie de 100 000 habitants - Territoire Var Est - Côte d'Azur
Située à mi-chemin entre Les Gorges du Verdon et le Golfe de Saint-Tropez

Recrute 1 Radiologue PH à Temps Plein

Pour renforcer son équipe composée de 4 radiologues PH à temps plein.

Le Service d'Imagerie Médicale est doté de :
- 4 salles de radiographie conventionnelle capteurs-plans
- 1 panoramique dentaire
- 1 scanner 64 barrettes Philips
- 1 IRM 1.5 Tesla Siemens
- 1 échographe GE

Contacts :

DRH - M. Martin CELLI
04 94 60 51 85 - martin.cell@ch-draguignan.fr

Chef du Service d'Imagerie Médicale - Docteur Daniel CHEVALIER
04 94 60 55 23 - daniel.chevalier@ch-draguignan.fr



Le Centre Hospitalier Andree Roseman est le 1^{er} établissement de santé de Guyane répondant à 44% des besoins de santé du département : 250 médecins, 2175 professionnels soignants et administratifs.

Activité : chaque année plus de 52 000 patients, 30 600 séjours, 3 000 naissances, 6 200 interventions chirurgicales, 50 000 passages aux urgences - 661 lits - 8 salles d'opérations et d'interventions - 3 salles de radiologie avec capteurs plans.

Le Centre Hospitalier est en pleine restructuration avec la création de nouvelles activités et la modernisation du plateau technique (IRM 3 Tesla récemment installé). Il est également sur la voie de l'universitarisation avec des équipes de recherche clinique actives et notamment un CIC EC.



Pour le Pôle Médecine : un chef de service de neurologie

Le Pôle Médecine 1 regroupe plusieurs spécialités dans 4 services distincts :

- Médecine A (endocrinologie, neurologie et pathologie neurovasculaire, médecine interne, rhumatologie)
- Médecine B (gastroentérologie, pneumologie, allergologie) • Cardiologie, USIC • Néphrologie - hémodialyse.

Capacité d'accueil : 90 lits d'hospitalisation et 16 postes de dialyse.

PH en neurologie, pour la création d'un service de neurologie (8 lits)/UNV (12 lits)/USINV (4 lits), inscrit dans le projet médical d'établissement comme prioritaire. Le praticien aura toute latitude pour l'organisation et la mise en place de ce service.

• 25 thrombolyse/an dont 90% sur IRM • Plateau technique avec 1 IRM accessible 24h/24. Les qualités requises pour ce poste sont le dynamisme, l'esprit d'équipe et la coordination.

Pour le Pôle Médico-technique : un radiologue

Pôle Femme-Enfant : un gynécologue-obstétricien

Regroupe plusieurs spécialités dans 3 services distincts :

- Gynécologie Obstétrique dont une unité dédiée aux urgences gynécologiques • Médecine, Chirurgie et surveillance continue pédiatrique • Médecine et réanimation néonatale.

Capacité d'accueil : 269 lits d'hospitalisation.

PH temps plein ou partiel (dont 2 sur des profils chirurgie).

- Maternité de niveau 3 comprenant 105 lits • Dans de nouveaux locaux aux normes avec plateau technique en rapport • 3400 accouchements en 2015 • Activité chirurgicale à développer • Agrément pour la cancérologie sein et gynécologie • Service agréé pour la formation des internes • Permanence des soins : deux lignes de garde (urgences gynéco-obstétricale et salle de naissance) et une astreinte de sécurité.

Poste de PH prioritaire ou PHC (échelle 4 à 11 selon expérience professionnelle) rémunération + 40%

Soutien logistique pour l'installation.

- Pour les PH : prise en charge du transport aérien et des frais de déménagement pour la famille + congés bonifiés (1 mois tous les 3 ans) • Pour les PHC : prise en charge du transport aérien.

Personnes à contacter

PRESIDENT DE CME : Dr LEBRETON Christophe

christophe.lebreton@ch-cayenne.fr

DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES : Mme Caharel Nicole

Tél. : 05 94 39 52 13 - nicole.caharel@ch-cayenne.fr

CENTRE HOSPITALIER ANDREE ROSEMON

DEPARTEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

ET DE L'ORGANISATION

DIRECTION DE LA RECHERCHE ET

DES AFFAIRES MEDICALES

Secrétariat :

Tél. : 05 94 39 51 26

Fax : 05 94 39 50 26



Le Centre de Rééducation Sainte Clotilde (nord de la Réunion)
Spécialisé en rééducation cardiaque et respiratoire
RECHERCHE

MÉDECIN CARDIOLOGUE (H/F – Temps plein et remplacement)

Activité : Hôpital de jour (activité principale).
Activité non invasive.
Rattaché à un pôle de réadaptation cardiaque.

Envoyer lettre de candidature + CV : Centre de Rééducation Sainte Clotilde
M. MAUNIER, 19 bis Chemin de la Clinique - BP 60093 - 97492 Sainte Clotilde Cedex
Tél. : 02 62 20 94 98 - Courriel : directeuradjoint@crsc.fr

Groupe Hospitalier Est Réunion

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

1 PÉDIATRE (PH Titulaire ou remplaçant)

Postes à pourvoir dès que possible

Remplacement du 1^{er} décembre 2016 au 28 février 2017

Rémunération très attractive (majoration DOM de 40%).

Prise en charge du billet d'avion et de l'hébergement, mis à disposition d'un véhicule.

Le service de pédiatrie fait partie du pôle Femme-Enfant du GHER, réalisant plus de 1 500 accouchements par an et composé de : 8 lits de Pédiatrie, 8 lits de Néonatalogie (dont 2 mère-enfant), 41 lits de Gynécologie-Obstétrique, 3 salles d'accouchement (dont 1 physiologique) et 2 salles de pré-travail.

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



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 péridurales/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





Réseau Santé Balcon du Jura
Vaudois en Suisse - Sainte-Croix
Recherche

- **Un Médecin Pédiatre**
à plein temps ou temps partiel - Nouveau poste
- **Un Médecin Interniste Hospitalier Spécialiste**
temps plein ou à temps partiel (médecin adjoint)
- **Des Médecins de Garde**
(week-end et jours fériés)

Condition : Etre citoyen membre de l'UE.
Diplôme + spécialité reconnus en Union-Européenne.

Environnement de travail :

Le Réseau Santé Balcon du Jura est situé à 10 km seulement de la frontière française et à 20 minutes des villes de Pontarlier et d'Yverdon-les-Bains. Il regroupe, au sein de la même région, les acteurs de la santé. Il se déploie sur deux sites. L'un hospitalier, l'autre dédié au maintien à domicile et à la prévention.

Site ambulatoire des Alpes :

- Le cabinet médical des Alpes, inauguré en 2015, avec 4 médecins de 1^{er} recours.
- La prévention et le maintien à domicile intégrant les structures d'accompagnement médico-sociales.

Site hospitalier des Rosiers :

- L'hôpital, la polyclinique et les urgences.
- L'hébergement.

Salaire suisse attractif.

Entrée en fonction : Selon convenance*.

Missions et profils recherchés :

● **Pédiatrie : Nouveau poste**

Le ou la Médecin pédiatre développera sa consultation auprès de la population concernée au sein même du cabinet médical des Alpes. Membre à part entière du Réseau, il ou elle bénéficiera de toutes les compétences et infrastructures de l'organisation.

Vous aimez travailler en équipe interdisciplinaire et avez le sens des relations humaines.

Vous participez au collège des médecins ainsi qu'à la formation des internes.

Vous avez la volonté de vous investir dans une mission plutôt qu'une carrière et vous avez un goût prononcé pour votre métier. Nous proposons un cabinet entièrement équipé et fonctionnant en interdisciplinarité, une équipe polyvalente composée d'assistantes médicales et d'un secrétariat.

Le cabinet de groupe est en lien direct et à proximité de la polyclinique hospitalière, dotée d'un laboratoire et d'une radiologie ultra moderne.

● **Médecine Interne :**

Intégration d'une unité hospitalière interdisciplinaire, de 18 lits. Membre à part entière du Réseau, le ou la Médecin aura la possibilité d'élargir ses activités sur les autres domaines d'activité de l'institution ou suivre les résidents de l'hébergement.

Participation, avec le directeur médical et les médecins chefs, à la supervision et la formation postgraduée des médecins internistes, ainsi qu'à la garde médicale de 2^{ème} ligne en roulement à 5 médecins.

Nous demandons une hospitalière récente de plus de 3 ans dans votre spécialité. Une formation complémentaire en gériatrie serait un atout.

Vous aimez travailler en équipe interdisciplinaire et avez le sens des relations humaines.

● **Médecine de Garde week-end et jours fériés (vendredi 18h au lundi 8h00) :**

Activité : Médecine de premier recours, urgences médicales et traumatiques/chirurgicales (pas de bloc opératoire le week-end). Possibilité de prendre la garde REMU lors du week-end.

Nous offrons : Une rémunération forfaitaire/Un appartement de garde à disposition.

Entrée en fonction : de suite ou à convenir.

**Nous vous assistons dans toutes vos démarches administratives pour la reconnaissance de vos diplômes en Suisse et l'obtention d'un droit de pratique. Nous pouvons également vous offrir un logement de manière transitoire.*

Contact :
Eric SIMON
eric.simon@rsbj.ch
+41 24 455 16 09



Rejoignez la communauté des Praticiens Hospitaliers



Sur
Reseauprosante.fr



www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode



Pour tous renseignements, 01 53 09 90 05 - contact@reseauprosante.fr



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.

PRENEZ RENDEZ-VOUS AVEC VOTRE CONSEILLER MACSF AU

3233

Service gratuit
+ prix appel

ou 01 71 14 32 33

macsf.fr

Notre engagement, c'est vous.

