LE MAG DE L'INPH

1er INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

N°4

MAI 2015

QUADRIMESTRIEL

GRATUIT

DOSSIER : LA GOUVERNANCE

COMMISSIONS RÉGIONALES PARITAIRES : OÙ EN EST-ON ?

CHRONIQUE D'HÔPITAL : UN PARCOURS DE PH HANDICAPÉ

WWW.INPH.ORG

OBJECTIF ATTRACTIVITÉ

C'est à grand renfort d'interventions médiatiques que Madame la Ministre M. TOURAINE a installé sur la rampe de lancement parlementaire une nouvelle loi de santé.

Vers quel objectif ?
Nous attendions depuis 3 ans cette loi nécessaire à l'hôpital public et à la santé publique. Malmenés par la précédente loi HPST de Madame BACHELOT, les Praticiens Hospitaliers attendaient beaucoup.

Les hôpitaux publics, leurs acteurs professionnels et les patients n'ont plus les moyens d'une nouvelle déception

Parlons de ce qui réconcilie, c'est-à-dire par exemple le rééquilibrage de la gouvernance hospitalière entre pouvoirs directorial et médical, le processus de nomination des chefs de pôle et le retour des services, unité de base du fonctionnement de l'hôpital et bien sûr la réhabilitation du service public hospitalier et la fin de la convergence tarifaire public-privé.

Hélas, il reste ce qui continue de fâcher. Par exemple, rien sur l'attractivité des carrières, et comme conséquence rien en faveur du fléchage des plus jeunes vers les Hôpitaux Publics.

Au nom de l'INPH, c'est ce que j'ai dit au Premier Ministre le 28 avril dernier.

EDITO

Je lui ai transmis notre impatience face au retard à l'allumage de la loi. Sans pouvoir rattraper le temps perdu, ni pouvoir prendre acte d'engagements tangibles, Monsieur le Premier Ministre a bien voulu considérer nos attentes sur l'autorité fonctionnelle des chefs de service envers les personnels, les avis conformes de la CME, et les problèmes de financement dans les hôpitaux publics en insistant sur la nécessité d'une enveloppe financière pour améliorer le statut des PH.

Les GHT sont sûrement une opportunité d'évolution de la carte hopitalière et de l'offre de Soins. La rédaction de la loi et les décrets d'application en fera soit une chance pour les Praticien Hospitalier soit un risque pour l'attractivité des carrières.

Les questions de formation (Initiale et DPC) ainsi que celles liées au respect de l'indépendance professionnelle comme de la confidentialité des données ont aussi été évoquées par l'INPH avec des propositions très précises.

Madame TOURAINE, présente lors de ce rendez-vous, a reconnu une marge non négligeable d'évolution pour améliorer sur ces sujets le texte de loi de santé à paraître cet automne.

Et notamment :
Ce qui reste à négocier.

1. Meilleure reconnaissance et rémunération de l'astreinte.
2. Valorisation du temps de travail par un redécoupage en deux plages de jour et trois plages de nuit.
3. Création des valences (rémunérées) d'enseignement de recherche accessible tant en CH qu'en CHU.
4. Suppression de la clause de non concurrence.
5. Rééquilibre de la grille salariale avec une entrée en carrière à un niveau de rémunération équivalent au minimum au 4ème échelon actuel.
6. Progression linéaire des carrières aboutissant à une revalorisation globale de la rémunération de base.

Sur tous ces points nous avons été écoutés.

Nous saurons dans quelques mois si nous avons été entendus.

L'objectif **attractivité** aura-t-il été atteint ?

Les hôpitaux publics, leurs acteurs professionnels et les patients n'ont plus les moyens d'une nouvelle déception.

Rendez-vous est pris.

Présidente de l'INPH
Dr Rachel BOCHER

INPH

1ER INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

BUREAU

Présidente
Dr Rachel BOCHER
(CHU de Nantes)

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

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 Néonatologie
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)

16 SYNDICATS POUR VOUS DÉFENDRE

SNPH-CHU Syndicat National des PH de CHU **Président :** Dr J.M. BADET	**SNPEH** Syndicat National des Pédiatres Des Etablissements Hospitaliers **Président :** Dr J.L. CHABERNAUD
SNPH TP Syndicat National des Praticiens Hospitaliers à Temps Partiel **Président :** Dr T. RAHME	**FPS** Fédération des Praticiens de Santé **Président :** Dr J. AMHIS
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
SUDF Syndicat National SAMU et Urgences de France **Président :** Dr F. BRAUN	**SCPF** Syndicat des Chirurgiens Pédiatres Français **Président :** Dr P. MONTUPET
SPHPF Syndicat des Praticiens Hospitaliers de Polynésie Française **Président :** Dr M. LEVY	**SMPHNC** Syndicat des médecins et pharmaciens de Nouvelle Calédonie **Président :** Dr E. MANCEL

16 SYNDICATS QUI VOUS ATTENDENT

SOMMAIRE N°04

INFORMATION

06 **Les News / Les Views**
Comment peut-on être syndicaliste ?
Et le Handicap, bordel !!

10 **Un pas de côté**
Commissions régionales paritaires (CRP) : où en est-on ?

RÉFLEXION

12 **Chroniques d'hôpital**
Un Parcours de PH handicapé

14 **Dossier**
La Gouvernance

CONSTRUCTION

27 **Interview**
Rencontre avec le Pr Guy MOULIN

ANNONCES

33 **Les annonces de Recrutement**

LE MAG DE L'INPH
1ER INTERSYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS

Editeur & Régie publicitaire
Macéo Editions, Reseauprosante.fr
M. TABTAB Kamel, Directeur
6, avenue de Choisy, 75013 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05
Email : contact@reseauprosante.fr
Web : www.reseauprosante.fr

Édition quadrimestrielle

Directeur de Publication Dr RACHEL BOCHER
Rédactrice en chef Dr ANTOINETTE BERNABE GELOT
Comité de lecture Dr JEAN MICHEL BADET
Dr ALAIN JACOB
Dr HENRI THOANNES
Dr EMMANUEL CIXOUS

Imprimé à 30 000 exemplaires. Fabrication et impression en UE.

Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

COMMENT PEUT-ON ÊTRE SYNDICALISTE ?

NEWS

Ah, ce FMI, quel boute-en-train, tout de même...

Dr Antoinette Bernabe-Gelot
PH SNPH CHU - INPH

Etre syndicaliste, ce n'est pas glamour : on envoie des mails auxquels personne ne répond – « trop de travail tu comprends ? » –, on voit des mauvaises pensées là où ceux qui nous entourent ne voyaient qu'excellentes intentions (voyez la gouvernance par exemple, ...), on va à d'innombrables réunions où le café est froid et les discussions sans fin, parfois même on manifeste...

Nos confrères nous regardent comme les Parisiens regardaient Rica (1) et cherchent désespérément ce qui nous meut : y-a-t-il une faille dans notre vie professionnelle ? personnelle ? intime ? qui explique que nous ayons toujours ce besoin de savoir, de comprendre et de participer à la vie de la cité ?

Et puis un jour, deux économistes du FMI publient un article « Le pouvoir et le peuple » (2) avec en exergue ces mots « *Le recul du syndicalisme au cours des dernières décennies a favorisé la hausse des hauts salaires* ».

En partant du constat que les inégalités finalement ce n'est pas une bonne chose (sur le plan économique, cela s'entend, nous sommes au FMI tout de même) « *Si les inégalités peuvent, dans une certaine mesure, promouvoir l'efficacité en incitant à travailler et à investir, lorsqu'elles se creusent, la croissance semble se ralentir et être moins durable à moyen terme* », ces deux auteurs ont cherché à savoir quels facteurs pouvaient être imputés dans cette augmentation des inégalités. Et aboutissent au taux de syndicalisation des pays concernés, graphique à l'appui. Il est un fait certes acquis que « *l'évolution des taux de syndicalisation ou du salaire minimum touche les travailleurs ayant des salaires faibles ou moyens* » mais en l'occurrence, leur étude démontre que cela touche aussi les hauts salaires « *nous établissons clairement l'existence d'un lien entre la baisse du taux de syndicalisation et l'augmentation de la part des revenus les plus élevés dans les pays avancés durant la période 1980-2010* ».

Nous établissons clairement l'existence d'un lien entre la baisse du taux de syndicalisation et l'augmentation de la part des revenus les plus élevés dans les pays avancés durant la période 1980-2010

En résumé, l'affaiblissement des syndicats se solde par une augmentation de la part élevée des revenus et donc des inégalités sociales. Mais comme nous sommes au FMI, surgit une 2ème question « *Il reste à déterminer si l'accroissement des inégalités dû à l'affaiblissement des syndicats est bon ou mauvais pour la société* ».

L'accroissement des inégalités, ils ne savant pas trop, si cela est bon ou mauvais pour la société, en revanche, pour le syndicalisme, deux auteurs sont formels « *Les syndicats ont largement contribué à promouvoir les droits des travailleurs et les droits sociaux fondamentaux* », « *des syndicats puissants peuvent inciter les décideurs à intensifier l'effort de redistribution* ». Quoique, en y regardant de plus près, peut-être la donnent-ils la réponse « *Les inégalités peuvent également nuire à la société en permettant aux mieux rémunérés de manipuler le système économique et politique* ».

Bref, être syndicaliste ce n'est peut-être pas glamour, mais cela fait bouger le monde !
Et désormais si l'on me dit « Ah, madame est syndicaliste ? c'est une chose bien extraordinaire ! comment peut-on être syndicaliste ? Je pourrais répondre « Mais Monsieur, comment pourrait-on ne pas l'être ? ».

(1) Montesquieu « Lettres Persanes » Lettre XXX « Comment peut-on être Persan ? ».
(2) Florence Jaumotte et Carolina Osorio Buitron, Finances & Développement, Mars 2015 « Le pouvoir et le peuple ».

ET LE HANDICAP, BORDEL !!

VIEWS

La terre est bleue comme une orange
Jamais une erreur les mots ne mentent pas
Paul Eluard, L'amour la Poésie (1929)

Dr Jean-Michel Badet
Vice-Président INPH

Le statut de praticien hospitalier date de 1984 et a évolué au gré des réformes successives, des avancées sociales et de l'action des syndicats représentatifs. Il repose sur un socle définissant les obligations du PH, ses fonctions, sa formation, sa rémunération. Il est à la fois souple, permettant de nombreuses perspectives de carrière, et protecteur face aux aléas de la vie.

Restent cependant des zones d'ombre dont l'une importante : le praticien handicapé. Ce terme de handicap ne figure dans le statut qu'à l'article R.6152-35-2 dans le cadre du congé parental pour élever un enfant présentant un handicap grave et à l'article 6152-47 pour des motifs identiques.

On retrouve le terme de handicap dans le cadre de l'autorisation à être praticien hospitalier à l'article R.6152-7-1 « Nul ne peut être nommé patricien hospitalier… s'il ne remplit les conditions d'aptitude exigées pour l'exercice de sa fonction compte tenu des possibilités de compensation du handicap. ».

Si l'on reprend les termes de l'article R.6152-37 : « Au cas où un praticien est atteint d'une affection ou d'une infirmité entraînant une incapacité professionnelle », on confirme que le handicap disparait remplacé par l'infirmité à la connotation plus péjorative, jugée irréversible, souvent incompatible avec l'exercice professionnel.

Un peu plus loin, c'est la recherche d'affectation qui peut apporter un début de réponse en parlant d'adaptation dans l'article R.6152-50-1.

« La recherche d'affectation est la situation dans laquelle le praticien hospitalier titulaire en activité est placé, compte tenu des nécessités du service, auprès du Centre National de Gestion, soit sur sa demande, soit d'office, en vue de permettre son adaptation ou sa reconversion professionnelle ou de favoriser la réorganisation ou la restructuration des structures hospitalières. ».

Plusieurs questions sont à se poser :

1° Le handicap dont est porteur le praticien lui permet-il un exercice de la médecine ?

C'est bien entendu l'Ordre des Médecins qui aura la main en dernier ressort, mais ce sera souvent le Comité Médical cité à l'article R.6152-36 qui va définir si le praticien peut exercer une partie de sa spécialité ou proposer ce que le PH peut faire à condition d'adapter le lieu de travail.

On voit bien la place que prend la décision du comité médical dans un tel domaine. Il parait souhaitable de réfléchir à la méthode utilisée pour former ce comité médical. La Commission Régionale Paritaire devrait pouvoir proposer au DG de l'ARS des noms d'experts à même de constituer ce comité en fonction du type de handicap.

2° Est-il possible d'envisager des aménagements du lieu de travail du PH pour lui permettre un exercice plein ou adapté ? Est-il possible de proposer au praticien un autre mode d'exercice compatible avec son handicap ?

Dans le cadre du handicap, c'est le poste qui doit évoluer avec le profil du praticien et non le contraire

Sans obligation forte dans les textes, les directions d'établissement, et disons-le les équipes soignantes, sont réticentes à accueillir en leur sein des praticiens handicapés, en parfaite contradiction avec le Code de Déontologie (article 56, Les médecins se doivent assistance dans l'adversité).

Au sein des établissements, les praticiens doivent veiller au respect du Code de Déontologie en particulier en s'interrogeant lors de la préparation du Projet Médical, de la définition d'un volet handicap au travail, qui apparaîtra également dans le projet social.

Nous sommes nombreux à nous inquiéter de la modification du profil de poste d'un PH pendant sa carrière, en raison des restructurations, regroupements, réorganisations. Dans le cadre du handicap, c'est le poste qui doit évoluer avec le profil du praticien et non le contraire.

« Nul n'est censé ignorer la Loi »
Par contre, notre statut ignore encore trop la mise en application de la Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées n°2005-102 du 11 février 2005.

COMMISSIONS REGIONALES PARITAIRES (CRP) OÙ EN EST-ON ?

Angelo Poli
PH SPEP (Syndicat des Psychiatres d'Exercice Public)

Bien sûr, vous savez tous ce qu'est la CPR, mais, au cas où, nous vous en rappelons quelques fondamentaux (1)

AU DÉBUT ÉTAIT L'INTENTION …

Définition réglementaire

- Art. 6152-325 et 6152-326 du code de santé publique.
- Arrêté du 25 mars 2007 relatif à la composition, à l'organisation et au fonctionnement de la commission régionale paritaire.
- Instruction DGOS/RH4/2013394 du 29/11/2013.

Composition

- 12 représentants de l'administration :
  - 4 directeurs d'établissements désignés par la FHF.
  - 4 présidents de CME désignés par la FHF.
  - 4 représentants de l'Agence Régionale de Santé désignés par l'ARS.
- 10 représentants des organisations syndicales de PH désignés par ces organisations :
  - 2 INPH
  - 2 Avenir Hospitalier
  - 2 CMH
  - 2 CPH
  - 2 SNAM
- 1 représentant des CCA désigné par le syndicat le + représentatif.
- 1 représentant des internes désigné par l'ARS au sein des membres du conseil d'UFR.
- Les suppléants sont désignés en nombre égal aux titulaires.

Rôle

- Placée auprès du Directeur de l'ARS qui la préside.
- Son rôle est consultatif.
- Elle est consultée par le DG de l'ARS sur les sujets suivants :
  - L'organisation de la permanence et de la continuité des soins ainsi que de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et l'évaluation de cette organisation.
  - Le suivi des emplois médicaux, et en particulier leur adaptation aux besoins de santé et de l'activité hospitalière. Destinataire d'un bilan annuel des postes vacants, des restructurations ou coopérations et de leurs incidences sur les emplois de praticiens et la situation des praticiens concernés.
  - La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences des personnels médicaux.
  - Les actions d'amélioration de l'attractivité de l'exercice des professions médicales dans les établissements publics de santé.
  - Les demandes de dépassement du plafond de progression annuelle du CET.
  - Le bilan régional de la réalisation du temps de travail additionnel.

(1) Newsletter N°57 de INPH de mars 2014

- L'élaboration et la diffusion de bonnes pratiques relatives :
  - A la santé au travail et à la prévention des risques professionnels.
  - A la gestion du temps de travail des personnels médicaux.
  - Au dialogue social, à la qualité de l'exercice médical et à la gestion des personnels médicaux.
  - Au suivi des praticiens mentionnés au 3° de l'article L. 6152-1.

- La commission peut se voir confier, à la demande du CNG ou du DG de l'ARS, une action de conciliation en matière de gestion des praticiens ou de prévention des conflits.

Fonction

- Convoquée par l'ARS. Elle peut l'être par la moitié des membres.
- Au moins trois fois par an.
- L'ordre du jour est fixé par l'ARS.
  - Communiqué au moins 8 jours avant.
  - Réduit à un jour franc minimum en cas de conciliation ou de prévention (voir supra).
  - Des points peuvent être ajoutés par la moitié des membres.
- L'ARS assure le secrétariat et la diffusion des CR.

A PRÉSENT IL FAUDRAIT L'ACTION...

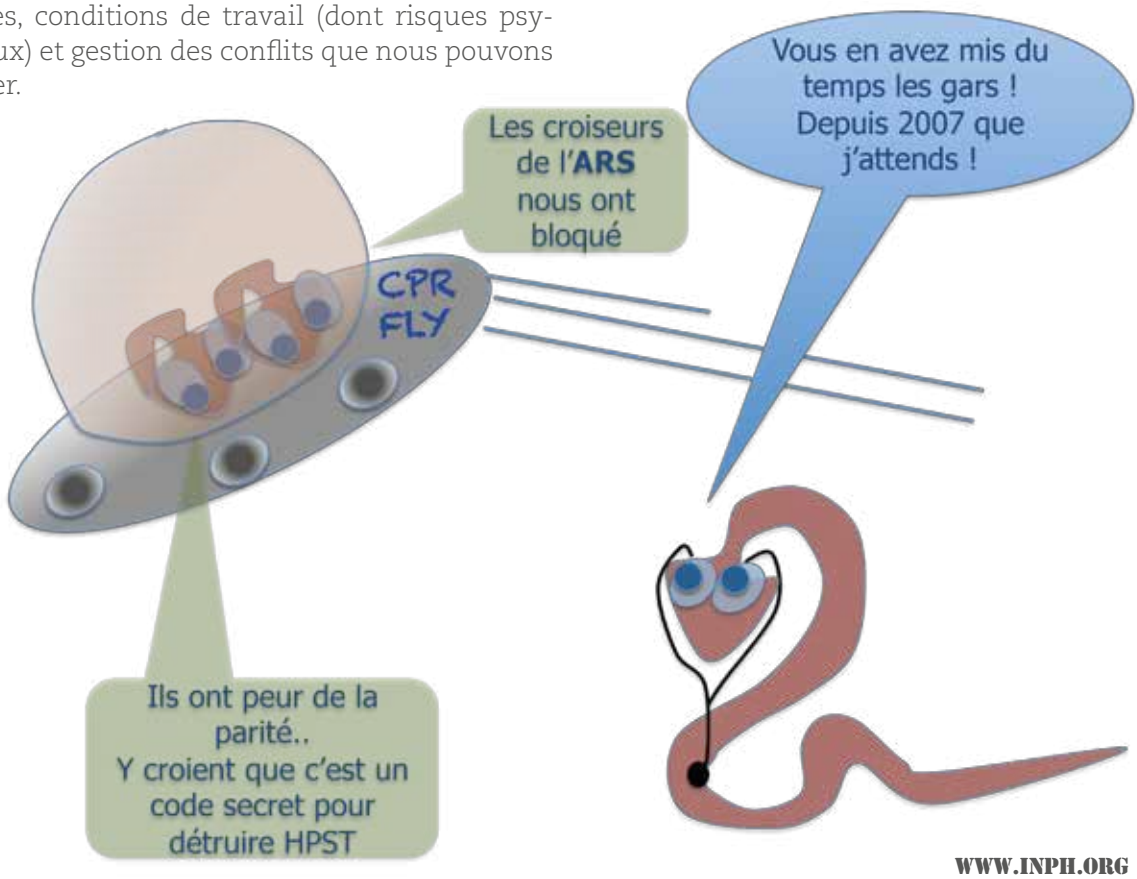
Créées depuis 2007, les CRP n'ont jamais rempli totalement leur rôle, fortement délaissées par les ARS qui voyaient un risque latent d'explosion d'une colère sourde. A la suite du pacte de confiance, l'importance de cette commission a été réaffirmée.

Or, les CPR sont comme leur nom l'indique des instances paritaires, c'est-à-dire où médecin et administration sont réprésentés. Elles sont de ce fait une instance majeure du dialogue social régional.

Leur champ de compétence touche à la réalité de notre quotidien : organisation de notre temps de travail pour répondre à notre obligation statutaire de responsabilité de la permanence des soins, gestion des postes, conditions de travail (dont risques psychosociaux) et gestion des conflits que nous pouvons rencontrer.

CAR LE FUTUR EST PROCHE...

La territorialisation (organisation de l'offre de soins non plus par hôpital mais par territoire) est le mot clé de la nouvelle loi de santé ; elle apparaît comme incontournable pour maintenir l'accessibilité aux soins pour tous. Dans ce contexte, le caractère régional des CPR en fait un partenaire naturel et obligatoire. Sa parité est un atout pour nous mais surtout pour les patients : voici un lieu où la parole médicale est à égalité avec celle des gestionnaires : si chacun joue son rôle avec loyauté et pugnacité, le résultat devrait être des plus satisfaisants !



UN PARCOURS DE PH HANDICAPÉ

Dr Jean-Michel Badet
Vice-Président INPH

Je suis heureux de vous rencontrer pour évoquer avec vous ce parcours qui pourrait paraître « hors norme », celui d'un praticien handicapé…

Rappelez-moi tout d'abord en quoi consiste votre handicap…

Une surdité moyenne fut détectée à l'âge de 14 ans par un médecin scolaire. Je réalise la totalité de mon cursus médical (avec l'aide des polycopiés !). Passant mon épreuve de « clinique chirurgicale » en ORL (avec succès), j'en profite pour refaire un audiogramme. Verdict Professoral « *On n'aurait pas dû vous laisser faire médecine ; faites dermato* ».

Votre surdité vous a-t-elle conduit à un choix de carrière particulier ?

J'ai choisi en 1983 la Rééducation Fonctionnelle, discipline où l'auscultation n'est pas cruciale avec un exercice très transversal. Nous aboutissons avec l'ensemble de l'équipe à la création en 1988 d'une unité clinique de MPR. Malgré mon handicap, j'exerce une médecine pluridisciplinaire, complexe et passionnante. Cependant, ma surdité s'aggravant, se justifie le statut de travailleur handicapé en 2006 (nécessaire pour être aidé à l'achat des exorbitantes prothèses auditives) et la reconnaissance en invalidité 2 en 2009.

A cette époque, des confrère compréhensifs m'ont, avec l'appui du médecin du travail, aidés à être exemptée de gardes d'urgence.

Le début des années 2000 a vu beaucoup d'évolution du système de santé. Votre handicap a-t-il été un facteur d'aggravation des difficultés ? L'a-t-on « utilisé » comme un moyen d'accélérer votre mise à l'écart ?

Effectivement, la patientelle a évolué dans le sens du vieillissement, de la lourdeur du handicap, avec intrication des pathologies. Face au fléchage du parcours (ambulatoire, soins externes, retour précoce à domicile), notre centre ne peut du fait de sa petite taille répondre à une telle évolution. Il garde cependant une orientation en hospitalisation de jour et en accueil de patients suicidants. Mon métier d'origine de médecin de rééducation est en train de disparaître.
En 2009, au retour d'une disponibilité pour raison personnelle, convoquée de manière « abrupte » par mes « supérieurs » médicaux auprès de la direction des affaires médicales, je m'entends dire : « Si tu réintègres l'établissement, ce ne sera pas sous forme d'un "mi-temps MPR", mais comme médecin généraliste "temps plein en SSR" ne prenant pas de garde d'urgence, n'es-tu pas inapte totalement à la médecine ? ». Je réintègrerai le poste imposé.

La communauté médicale vous a-t-elle apporté le soutien que vous espériez ?

Début 2010, je prends le risque, lors d'une réunion des médecins du Pôle, d'exposer mes difficultés souhaitant une meilleure répartition pour la charge de travail médical. Je reçois un refus et j'entends quelques remarques « tu dois être plus fatigable que les autres » « tu devrais apprendre à lire sur les lèvres ».
Juillet 2010 : Je rencontre le Directeur afin d'obtenir un poste de travail adapté à mon handicap. Seule réponse 2 mois plus tard : Arrêt de Travail pour épuisement professionnel, sur poste inadapté dans un contexte de surdité sévère.
Au bout de 6 mois, je passe devant le comité médical qui me déclare apte à l'exercice des fonctions de PH, sous réserve de l'absence d'activité clinique.
La direction précise qu'elle n'a pas de poste adapté ou adaptable après avoir recueilli l'avis du Président de CME, pour lequel il me faudra plusieurs mois et beaucoup d'efforts pour en avoir enfin le contenu, inacceptable de la part d'un médecin et qualifiable, en langage juridique, d'entorse aux devoirs imposés aux médecins, par le Code de Déontologie et le Code de la Santé Publique.

Avez-vous évoqué d'autres possibilités professionnelles ? Aviez-vous l'impression d'être un cas unique et isolé ?

Tout à fait, d'autant que l'ARS me renvoie devant le comité médical qui me déclare inapte avec cette remarque « *Son statut de Travailleur handicapé a-t-il été pris en compte pour adapter son poste de Praticien hospitalier ?* ».

En juin 2010, le CNG m'assure que la démarche d'insuffisance professionnelle n'est pas envisageable et en octobre me propose la disponibilité ou la recherche d'affectation. Une mise en disponibilité d'office est prononcée pour un an prolongée 2 fois, sans qu'à aucun moment l'on s'inquiète de savoir si j'avais changé d'avis, si ma situation familiale avait changé, ou même si j'étais toujours en vie !

Et je clôture mon activité en décembre 2014 en passant d'invalide en disponibilité à retraitée.

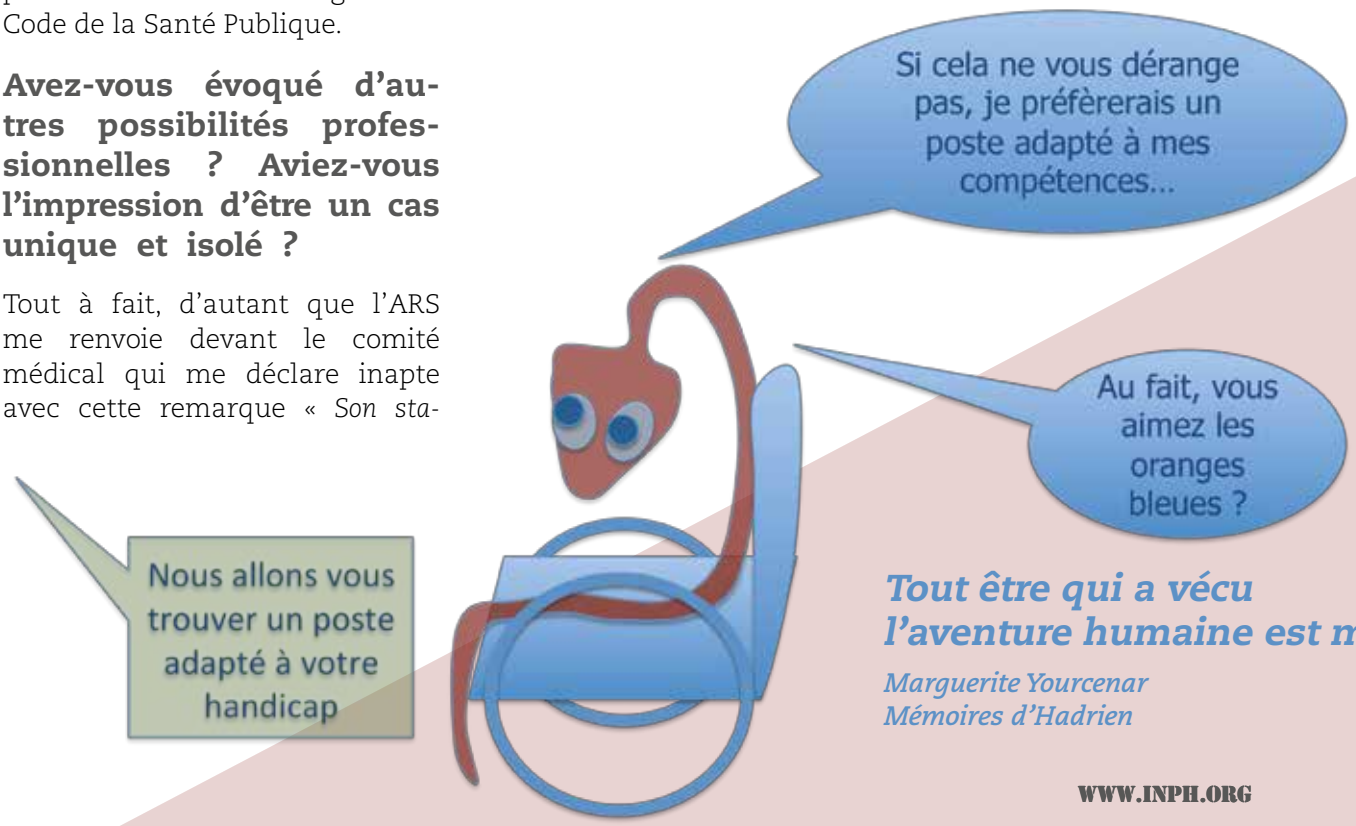
En conclusion, ce parcours vous inspire-t-il quelques réflexions ?

La première : Y a-t'il des praticiens hospitaliers handicapés ? Plus probablement, ils ne se déclarent pas, soit par pudeur, soit plus probablement qu'ils n'en voient pas l'utilité ou par crainte d'aboutir à un parcours proche du mien. Mon chemin m'a fait croiser de vrais confrères. et quand la confraternité ne va pas de soi, l'organisation hospitalière au sens large, fait tout pour oublier d'appliquer la Loi.

Mon chemin m'a fait croiser de vrais confrères. Et quand la confraternité ne va pas de soi, l'organisation hospitalière au sens large, fait tout pour oublier d'appliquer la Loi

Merci au soutien de l'INPH. ET puis… la reconnaissance des patients n'a pas de prix. ET enfin il y a une vie après l'hôpital…

Docteur H. B.
Propos recueillis pour l'INPH par JM Badet



Tout être qui a vécu l'aventure humaine est moi

Marguerite Yourcenar
Mémoires d'Hadrien

DOSSIER : LA GOUVERNANCE

GOUVERNANCE : DÉFINITION

« Action de gouverner ; manière de gérer, d'administrer ».
Larousse

« S'intéresser à la gouvernance équivaut à mettre en relation les courants de modernisation de la gestion publique avec les relations entre l'Etat et la société civile ».
Christian ROUILLARD et Nathalie BURLONE. L'Etat et la société civile sous le joug de la gouvernance (1)

« La gouvernance est-elle une création de la science ou une volonté de la science de circonscrire une réalité de terrain déjà bien implantée ? ».
I. LACROIX, P.O. St-ARNAUD. La gouvernance : tenter une définition (2)

« La signification du mot gouvernance était et demeure très variable, mal éclaircie, inconsistante souvent, mais parfois aussi très construite. Affublée de qualificatifs bienveillants, la gouvernance et son champ sémantique peuvent constituer une logorrhée pseudo moderniste au service d'un discours incantatoire. Son utilisation courante permet alors de se donner l'air à la page tout en oblitérant les notions si peu gratifiantes pour le public de gouvernement ou d'autorité publique. L'indéfinition du terme serait même plutôt de règle pour ceux qui le reprennent à leur compte pour obéir à l'air du temps et utiliser le vocabulaire à la mode ».
Robert JOUMARD. Le concept de gouvernance (3)

INTRODUCTION : LA GOUVERNANCE ET SON HISTOIRE

Le verbe grec kubernân (piloter un navire ou un char) fut utilisé pour la première fois par Platon pour désigner le fait de gouverner les hommes. Initialement utilisé comme synonyme de « gouvernement », il désigne secondairement « l'art et la manière de gouverner ». Au 20ème siècle, sa définition s'affine : d'une part la gouvernance, processus, se distingue du gouvernement, institution ; d'autre part la gouvernance devient une nouvelle forme de gestion des affaires publiques fondée sur la participation de la société civile.

Lors de sa réémergence dans les années 1930, la gouvernance est une gouvernance d'entreprise qui se présente comme une « école de pensée sociale qui interprète dans des termes strictement économiques de rendement et d'efficacité, les relations sociales et politiques, ainsi que... les relations sociales internes à l'entreprise » (3). La gouvernance est donc affaire de relations et de réseaux qui soutiennent ces relations. Dans les années 1970, la gouvernance désigne la politique interne de l'entreprise, c'est-à-dire

l'ensemble des dispositifs que l'entreprise met en place pour obtenir des coordinations efficaces en interne ou en externe, « ***un système en réseau régissant les relations d'acteurs réunis avec l'objectif d'engendrer un profit ou une meilleure gestion*** » (3). Viennent les années 1990, le tatcherisme et la nécessité pour les municipalités britanniques de gérer les villes avec des budgets ayant subi des coupes dramatiques ; surgit alors la gouvernance urbaine (*urban governance*) qui « *s'applique dans ces circonstances critiques où les restrictions financières et les privatisations de services publics visant à les compenser vont de pair avec des réactions de protestation et de résistance à ce qui va se dénommer bientôt l'exclusion* ». La gouvernance s'appliquera dans un même temps aux stratégies de lutte contre la pauvreté (Banque mondiale, 1989 ; World Bank, 1992). Une « bonne gouvernance » sera proposée par les experts internationaux aux pays pauvres, basée sur la privatisation de certaines fonctions publiques et la promotion de la société civile. L'idée étant « *qu'en termes de développement économique, le commerce et les capitaux privés doivent remplacer l'aide publique, taxée d'inefficacité* » avec l'objectif de « *diminuer l'influence de l'Etat providence, en privilégiant les initiatives individuelles et les groupes d'intérêt privés, en faisant à la limite l'impasse sur des administrations et des classes politiques jugées trop corrompues* ». Les acteurs de la société civile qui interviennent alors dans ce contexte sont, outre les ONG, des « *entreprises privées intéressées dans les affaires humanitaires ou dans la privatisation des services collectifs* ».

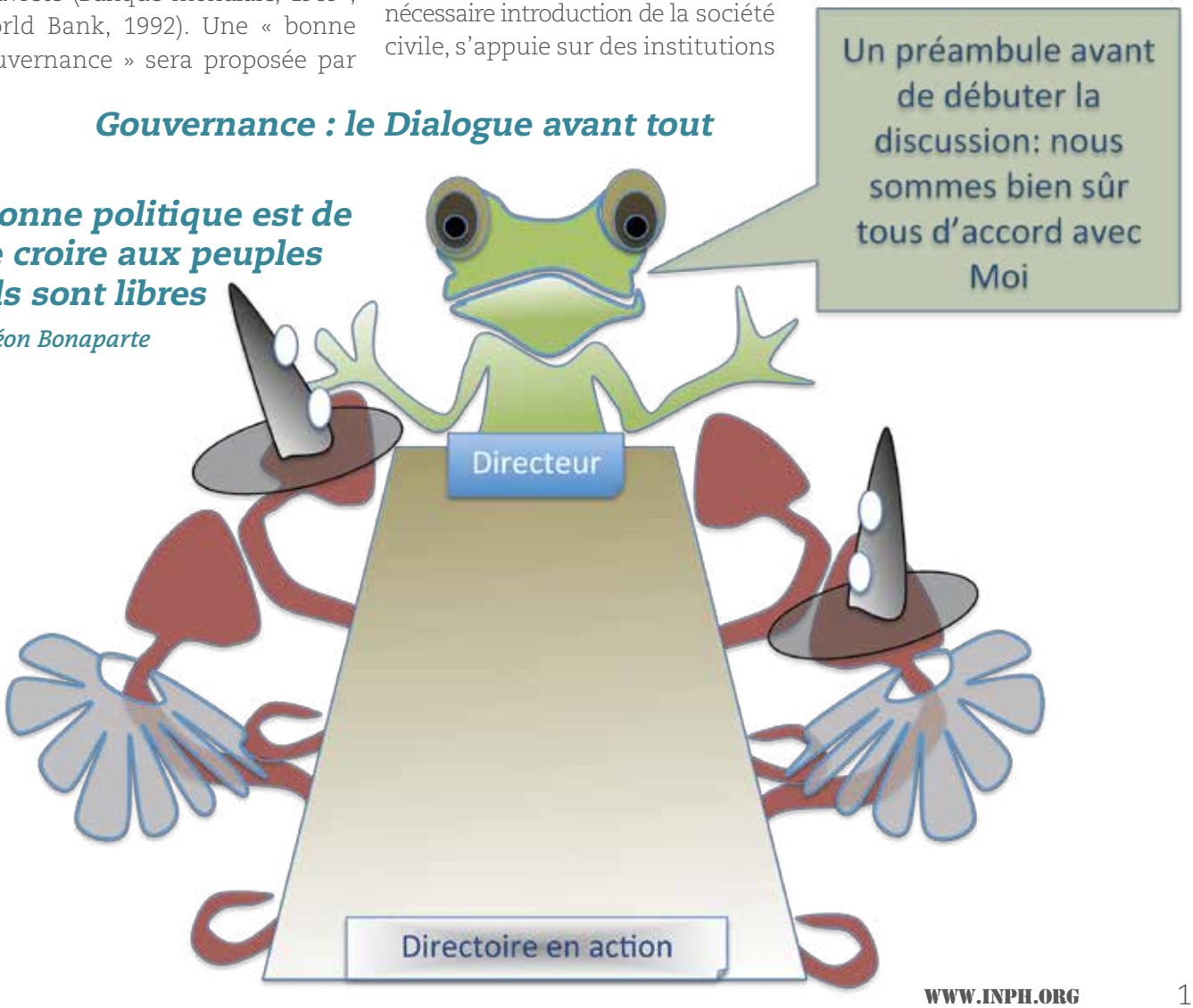
La gouvernance devient une nouvelle forme de gestion des affaires publiques fondée sur la participation de la société civile

Autre domaine d'application de la gouvernance : la gouvernance globale « *global Governance* » qui, au nom de la nécessaire introduction de la société civile, s'appuie sur des institutions

Gouvernance : le Dialogue avant tout

La bonne politique est de faire croire aux peuples qu'ils sont libres

Napoléon Bonaparte



puissantes et « libres de souveraineté » comme les organisations non gouvernementales (ONG) et les mouvements sociaux… mais surtout sur les partenaires bien plus admis que sont les organisations intergouvernementales (Fonds monétaire international (FMI), la Banque mondiale, plus tard l'Organisation mondiale du commerce (OMC), le Forum économique mondial ou le Forum social mondial et les grands acteurs économiques privés. Dans ce contexte, « *les acteurs (stakeholders) souverains - les Etats, avec les quelques Etats économiquement et militairement les plus puissants, leurs instances propres (G8) et celles qu'ils dominent (FMI, Banque mondiale, OMC, OCDE), situés en haut de la hiérarchie, établissent l'agenda mondial et fixent les règles de la mondialisation selon leurs intérêts propres. Les Etats en développement sont obligés d'accepter agenda et règles* ».

Dernier domaine d'application de la gouvernance : la gouvernance européenne, dont la « nouvelle gestion publique » consiste à introduire les principes de la concurrence dans le fonctionnement et la prestation des services publics, et ce dans le but de rendre l'administration plus efficace. Deux conséquences à cela : d'abord un changement de culture (de valeurs ?) en passant « *de la culture du règlement à la culture de la performance* » ; ensuite, non seulement le service public n'est pas amélioré (comment le serait-il avec les restrictions budgétaires qui lui sont imposées ?) mais il disparaît et les services qu'il offrait sont transférés à des intérêts privés qui en retirent des bénéfices. A ce sujet, la lecture d'une parution de l'OCDE en 1995 (4) est très instructive.

http://www.oecd.org/fr/dev/1919068.pdf

La Faisabilité politique de l'ajustement cahiers OCDE 1996 N13 P30

Après cette description des mesures risquées, on peut, à l'inverse, recommander de nombreuses mesures qui ne créent aucune difficulté politique. Pour réduire le déficit budgétaire, une réduction très importante des investissements publics ou une diminution des dépenses de fonctionnement ne comportent pas de risque politique. Si l'on diminue les dépenses de fonctionnement, il faut veiller à ne pas diminuer la quantité de service, quitte à ce que la qualité baisse. On peut réduire, par exemple, les crédits de fonctionnement aux écoles ou aux universités, mais il serait dangereux de restreindre le nombre d'élèves ou d'étudiants. Les familles réagiront violemment à un refus d'inscription de leurs enfants, mais non à une baisse graduelle de la qualité de l'enseignement et l'école peut progressivement et ponctuellement obtenir une contribution des familles, ou supprimer telle activité. Cela se fait au coup par coup, dans une école mais non dans l'établissement voisin, de telle sorte que l'on évite un mécontentement général de la population.

Le résultat est que le modèle social de l'après-guerre est sérieusement mis à mal et avec lui le rôle de l'État dans la réponse aux besoins de la population. « *les promoteurs de la gouvernance,... mettent en parallèle le désenchantement croissant des citoyens pour le jeu politique traditionnel... D'une part, les citoyens européens attendent d'eux qu'ils apportent des solutions aux grands problèmes de nos sociétés. D'autre part, ces mêmes citoyens ont de moins en moins confiance dans les institutions et la politique ou s'en désintéressent.* ». La proposition des défenseurs de la gouvernance d'ouvrir d'avantage aux citoyens (la société civile) le processus d'élaboration des politiques peut apparaître comme une réponse logique à leur désengagement. A ceci près qu'il apparaît que l'objectif de cette ouverture n'est pas tant d'impliquer les citoyens via une meilleure information mais d'accroître leur soutien et leur compréhension des politiques menées. « *La participation et la consultation sont alors des outils d'éducation, voire de communication, plutôt que des outils de décision... (qui) devrait accroître la confiance dans le résultat final et dans les institutions qui produisent les politiques* ». Il s'agit d'une nouvelle représentation du pouvoir basée sur trois mots-clés sans cesse introduits dans le discours : le consensus, le partenariat et la participation qui doivent permettre de dissiper les malentendus et de trouver des orientations communes, étant acquis que le but recherché, la concurrence marchande, est partagé par tous (puisque ce dialogue a aussi et surtout valeur d'éducation).

Ainsi « *nouveau mode de gouvernement, la gouvernance se présente comme une nouvelle phase, une forme avancée de la démocratie, de la participation, de la proximité avec les citoyens, de la transparence et de l'efficience, son adaptation à la nouvelle réalité du monde* » avec « *la primauté de la norme négociée sur la loi démocratiquement votée* ».

Pour ne pas terminer sur une impression négative, revenons au rapport de l'OCDE (4) « *L'intérêt politique de ces mesures ne signifie pas qu'elles sont les plus rationnelles ou les plus justes. La chute des investissements publics aura à terme un impact négatif sur la croissance... Du point de vue de l'efficacité, le maintien de la qualité de l'enseignement supérieur peut être préférable à la croissance rapide des effectifs d'étudiants mal formés. Mais le classement des mesures de stabilisation en fonction du risque politique ne relève, ni de l'efficacité, ni de la justice ; il résulte de rapports de force entre les groupes d'intérêt touchés par l'ajustement et un gouvernement en position de faiblesse. C'est pour dissiper toute ambiguïté à ce sujet et ne pas laisser penser que ce classement politique a*

La gouvernance européenne, dont la « nouvelle gestion publique » consiste à introduire les principes de la concurrence dans le fonctionnement et la prestation des services publics

valeur d'approbation que nous avons rappelé en introduction la publication antérieure du Cahier de politique économique N°1, Ajustement et équité, qui montre précisément ce qu'un gouvernement devrait faire s'il se souciait de ***justice, le seul critère de classement que l'on puisse toujours approuver.*** ». Et c'est pour cela que le syndicalisme existe.

LA GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE

Historique (5)

Depuis 1941, date à laquelle l'hôpital apparaît et remplace l'hospice, jusqu'en 2009, date à laquelle l'hôpital disparaît, éparpillé en missions de services public offertes aux plus offrant, l'organisation et le financement de l'hôpital ont toujours évolué de pair et le hasard n'en est pas la cause.

CHRONOLOGIE DE LA POLITIQUE HOSPITALIERE

http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/chronologie/

1941 Définition juridique de l'hôpital

1941 Naissance de l'Hôpital qui remplace l'Hospice

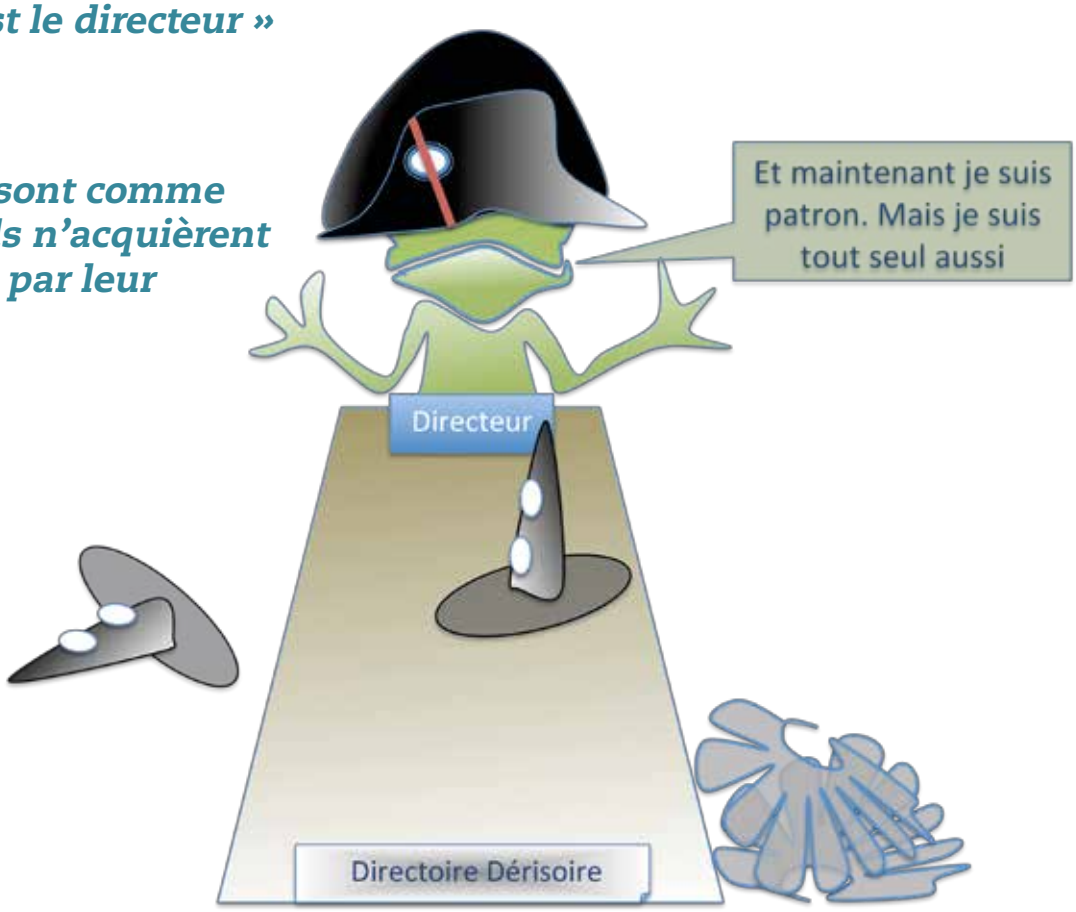
	Gouvernance	Financement
1941 Apparition	Directeur d'hôpital (DH) Commission consultative médicale (CCM)	
1943 Statut médecin hospitalier		
1958 Médecins HU TP	Création des CHU Nomination nationale par 2 ministères Renforcement pouvoirs DH	Représentants SS dans commission administrative
1960 Statut des PUPH TP, double rénumération Statut médecins hospitaliers TP dans CHG	Organisation de la sectorisation psychiatrique	
1970 **Réforme hospitalière**		
1970 Service Public Hospitalier SPH		
1970 Carte sanitaire	Groupements et syndicats interhospitaliers	
1975 Institutions sociales et médico sociales		
1983	PMSI	Forfait journalier Dotation globale de financement des hôpitaux versée par CPAM locale
1984		Création du budget global
1986 Aide médicale urgente Fonction publique hospitalière (FPH)		
1990 Statuts FPH (fonction publique hospitalière)	CCM devient CME Définition de sa composition	
1991 **Réforme hospitalière** SROS	Obligation du projet d'établissement	Contrat d'objectifs et de moyens
1995 Haut conseil pour la réforme hospitalière (A. Juppé) (étudier le remplacement du budget global par des contrats d'objectifs négociés régionalement)		

1996 **5 ordonnances**	Maîtrise médicalisée des dépenses de soins Réforme hospitalisation publique et privée projet ARH Création ANAES	Remboursement de la dette sociale Rétablissement de l'équilibre financier Organisation de la SS
1997 Décrets sur l'organisation des urgences et de l'obstétrique		
1998-1999 États généraux de la sante		
1999 Rapport Roché sur le temps de travail dans les 3 Fonctions publiques Droit d'accès aux soins palliatifs CMU		
2000 **(M. Aubry) Rappel des grands axes de la politique hospitalière : adapter l'offre de soin aux besoins, promouvoir la qualité et la sécurité des soins, réduire les inégalités dans l'accès aux soins**	Rapport Caniard : place des usagers dans le système de santé	
2001 Protocole de RTT Rapport IGAS sur les violences subies et l'insécurité des personnels de santé		
2002 Loi Kouchner sur les droits du malade et la qualité du système de soins **Présentation du plan hôpital 2007 : 2 groupes de réflexion sur statuts et gestion sociale**	**Elargissement des compétences des ARH**	**Relance de l'investissement**
2003 Plan périnatalité Canicule : mise en lumière du manque de moyens humains à l'hôpital et qui aboutira au plan « Urgences » la même année	Avec regroupements dans de grands centres	
Ordonnance 2003-850 Suppression de la carte sanitaire	Transfert de compétences vers les ARH Simplification des coopérations	Accélération des investissements immobiliers Plan hôpitaux de France de la Banque Européenne d'Investissement
2004 Réforme assurance maladie		**Introduction T2A**, abandon dotation globale
2005 **Ordonnance 2005-406**	Recentrage du conseil d'administration sur les missions stratégiques d'évaluation. Création des pôles d'activité.	
2007 **Présentation du plan hôpital 2012** Priorités : Informatisation des hôpitaux Mise aux normes de sécurité	Amélioration des conditions de travail Réorganisation des services d'urgence	Dotation 50 % hôpitaux, 50 % assurance maladie
2008 **Rapport Larcher sur les missions de l'hôpital** Projet de loi HPST Statut de PH contractuel	Création des ARS (ARH+instances régionales de l'assurance maladie) Nomination des DH par le conseil des ministres et renforcement des leurs pouvoirs Regroupement en communautés hospitalières	Contrats de service public pour le privé
2009 HPST : Suppression du SPH **Mise en concurrence public/privé pour des missions de service public**		

Gouvernance hospitalière : « Il faut à l'hôpital un patron et un seul. Ce patron c'est le directeur »

Les hommes sont comme les chiffres : ils n'acquièrent de valeur que par leur position.

Napoléon Bonaparte



Avec l'hôpital naissent deux acteurs en théorie complémentaires : la CCM (commission consultative médicale) et le directeur d'hôpital, auquel s'ajoute un troisième, la sécurité sociale et plus précisément sa branche maladie. Au fil des ans et de l'évolution de la situation économique ainsi que du regard porté au service public, les contraintes financières se sont faites de plus en plus fortes, et le directeur de l'hôpital s'est progressivement mué en gestionnaire (cf. Le MAG N°3). Pour exercer cette gestion, son pouvoir décisionnaire ne va cesser de croître en termes de nominations des personnels médicaux et d'organisation de l'activité médicale. L'apogée sera atteinte avec le fameux « un seul patron pour l'hôpital : le directeur » (discours du 17 avril 2008, N. Sarkozy) qui fera office de faire part de naissance de la loi HPST.

Aujourd'hui

Pour atteindre le but annoncé, HPST a transformé les instances existantes (6, 7, 8) : le Conseil d'Administration devient le Conseil de Surveillance ; le Conseil Exécutif devient le Directoire ; HPST a bien sûr renforcé les attributions du directeur et parallèlement a « *recentré* » les attributions de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) sur des « *attributions plus techniques ou moins généralistes* », tandis que les Responsables de pôles d'activités deviennent des Chefs de pôles et que les conseils de pôles sont supprimés.

La gouvernance hospitalière après HPST s'articule autour de deux organes décisionnels ; le directoire (dont le directeur est le président) et le conseil de surveillance.

Ces deux instances décisionnaires, conformément au processus de gouvernance, « *dialoguent* » et pour cela prennent avis auprès d'instances consultatives : la commission médicale d'établissement (CME), le comité technique d'établissement (CTE), la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN).

Le Directeur

Nommé par le ministre de la Santé, conjointement avec le ministre de la Recherche pour les CHU, après consultation du président du conseil de surveillance, le directeur est le représentant légal de l'établissement, dont il assure la gestion et la conduite générale. Il a autorité sur l'ensemble du personnel, ordonne les dépenses et les recettes et est responsable du bon fonctionnement de tous les services.

Le conseil de surveillance

Il comprend trois catégories de membres : des représentants des collectivités territoriales, des représentants du corps médical et des personnels hospitaliers, des personnes qualifiées et des représentants des usagers. Le conseil de surveillance se prononce sur les orientations stratégiques de l'établissement et exerce un contrôle permanent sur la gestion et la santé financière de l'établissement. Il délibère sur l'organisation des pôles d'activité et des structures internes. Il dispose de compétences élargies en matière de coopération entre établissements. Il donne son avis sur la politique d'amélioration de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité des soins.

Le directoire

Le directoire est un organe collégial qui :

- Approuve le projet médical ;
- Prépare le projet d'établissement ;
- Conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Il est présidé par le directeur et le président de la CME (commission médicale d'établissement) est son vice-président.

Il est intéressant à ce stade de relever les parallèles entre les mesures de HPST et les paramètres de la gouvernance abordés au chapitre précédent.

Ainsi que nous l'avons abordé dans le précédent numéro du MAG, « *Le directeur d'hôpital ne s'assure plus seulement de pouvoir répondre aux besoins de santé de la population, mais il doit s'assurer que cette réponse se fait dans le strict respect de l'équilibre financier* », et il se trouve que c'est lui le « patron » à l'hôpital. Il y a là un exemple frappant du changement de culture, avec passage « *de la culture du règlement* » (les 4 piliers du service public : égalité, continuité, adaptabilité, gratuité) « *à la culture de la performance* » (équilibre financier et plus si affinités).

D'autre part, la disparition de l'hôpital au profit des missions de service public ouvertes à concurrence illustre bien le projet de démantèlement du service public au profit d'intérêts privés ; enfin le souci de dialogue, concertation, prise d'avis n'aboutit certainement pas à une participation à la décision, totalement centralisée par le Directeur. En revanche, il a pour fonction d'introduire un vocabulaire peu à peu intégré dans le quotidien à force de répétition mais dont le sens ne vous est pas forcément connu précisément. Comme écrit en préambule « *Affublée de qualificatifs bienveillants, la gouvernance et son champ sémantique peuvent constituer une logorrhée pseudo moderniste au service d'un discours incantatoire.* ». Pourrions-nous envisager, qu'au-delà d'un mode d'organisation et de gestion, il s'agisse aussi d'un mode de guidage de la pensée ? d'ailleurs, qu'est-ce que le DPC si ce n'est un mode d'éducation à ce mode de pensée ? Selon l'article 59 de cette loi, le DPC a pour objectifs « *l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que* ***la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé*** ». CQFD

Affublée de qualificatifs bienveillants, la gouvernance et son champ sémantique peuvent constituer une logorrhée pseudo moderniste au service d'un discours incantatoire

Le chef de pôle, la gouvernance et le management

DR MICHEL TRIANTAFYLLOU

PH en psychiatrie, Chef de pôle au CH de Nanterre
Président du SPEP

En tant que chef de pôle, j'évolue dans deux niveaux de l'hôpital : celui des services composant le pôle et celui des instances de l'hôpital. Je me dois d'assurer la liaison entre ces deux niveaux, afin que s'instaure entre eux une interface qui soit tant perméable au passage des informations que propice à leur décodage.

La gouvernance, je la rencontre au niveau des instances de l'hôpital (directoire, CME, direction des soins infirmiers...) et au-delà avec l'ARS et elle m'occupe beaucoup : environ 1/3 de mon temps.

Le management, je le vis au niveau des services où je suis au contact des médecins, des responsables d'UF, des cadres administratifs, j'y consacre plus de temps, heureusement car je reste ainsi au contact de la clinique, j'essaie d'assister aux réunions cliniques le plus souvent possible et j'ai préservé un temps de consultation.

La « nouvelle » gouvernance a mis en place les pôles, mais le système n'est pas optimal :

- Un chef de pôle ne doit pas être un chef de service : il y a un conflit d'intérêt évident !
- Un pôle n'a de raison d'être que s'il est cohérent (en termes de parcours de soins du patient).
- Il faudrait d'abord que le pôle soit à taille humaine, j'entends par là, que le chef de pôle puisse connaître toutes les personnes évoluant dans le pôle ; il existe une limite anthropologique qui est de 180-200 personnes. Au-delà, les conditions ne sont pas remplies pour que le fonctionnement soit harmonieux dans le sens de l'identification de la place de chacun dans l'offre de soin proposée par le pôle.

Le chef de pôle doit œuvrer pour que l'offre de soins soit de qualité et efficiente. Mais cela implique des campagnes budgétaires, des négociations avec le DRH pour le financement des postes et les indemnités, ... des réunions parfois vraiment pas efficientes ! D'une part avec la nouvelle génération de directeurs d'hôpitaux, qui ne sont pas tous issus de l'EHES mais du privé (NDLR : cf. MAG 3), le dialogue est difficile, car la vision de l'hôpital et les valeurs divergent. D'autre part pour bien tenir ce rôle, il nous faudrait une formation qui nous permette d'être à l'aise avec les notions de budget, de conception de projet, de gestion des conflits... cela nous mène au management, bien sûr.

Le management, c'est l'aspect que je préfère... Il y a une part de création, de construction, de mise en place d'une dynamique qui sont très gratifiantes

Le management, c'est l'aspect des fonctions que je préfère même si elles sont complémentaires et interdépendantes de celles liées à la gouvernance. Il y a une part de création, de construction, de mise en place d'une dynamique qui sont très gratifiantes. Je suis un ardent défenseur du management participatif néanmoins, je ressens le manque de formation au mangement. Nous avons des situations difficiles à affronter comme par exemple, résoudre des conflits ou repenser des organisations.

Personnellement, le syndicalisme m'a beaucoup apporté : j'y ai appris les valeurs de la collégialité qui me sont d'une grande aide dans mon exercice quotidien ; j'y trouve également les informations du monde de la santé qui me permettent bien sûr d'informer à mon tour les membres du pôle mais également de comprendre et « décoder » les textes qui nous sont présentés tous les jours.

LE MANAGEMENT MÉDICAL

Si la gouvernance propose des moyens et le cadre pour gouverner, le management est l'outil pour faire vivre et travailler les hommes dans ce cadre. **C'est au niveau humain que la gouvernance est à l'épreuve de la réalité car il ne s'agit plus d'outils mais de personnes pensantes et, s'agissant de soignants, de personnes animées par des valeurs**.

Nous avons vu dans Le MAG 1 que le travail en équipe était, avec les valeurs de service public, le plus fort paramètre d'attractivité pour l'hôpital public. Quid du management « *l'ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion de l'entreprise* » ? (dictionnaire Larousse).

Il n'est un secret pour personne que le management médical à l'hôpital est un problème réel. Nous avons à cet effet lancé une courte enquête (sur une semaine) auprès de praticiens hospitaliers en demandant la réponse à une ou les deux de ces questions : « *vous êtes manager, quelles sont vos 3 principales attentes vis-à-vis de vos managés ?* » et « *vous êtes managé, quelles sont vos 3 principales attentes vis-à-vis de vos managers ?* ». Nous avons ainsi obtenu un échantillon de 26 réponses (9 en CHU - dont 4 APHP - et 16 en CH-CHR), représentant les spécialités médicales (8 dont 3 pédiatres), chirurgicales (4), la psychiatrie (3), le médico-technique (4), pharmacie (4), urgences SMUR (3). Parmi ces PH, 16 se qualifiaient de managers, 24 de managés et 12 des 2. Les attentes qui se font ainsi jour sont en miroir entre managers et managés. Ainsi, les attentes évoquées majoritairement sont les suivantes (9) :

À l'attente des managers « **esprit d'équipe / solidarité** » (1ère position), répondent les attentes des managés de « **leader** » (1ère position) : manager *moteur de l'équipe, manager organisationnel, manager avec une touche de paternalisme (soutien, protecteur, guidant) et enfin manager « superman » (visionnaire, exemplaire, honnête)* ; il s'agit d'une attente forte, représentant 1/3 des attentes totales.

À l'attente des managers « **l'implication / initiative** » (1ère position ex æquo) répond celle des managés de « **co-responsabilité** » (3ème position) dans les décisions et le fonctionnement du service.

À l'attente « **dialogue** » des managers répondent les attentes « **dialogue / information / écoute** » des managés, de manière plus forte que celle des managers puisqu'elle vient en 2ème position pour les managés mais en 3ème après l'implication / initiative pour les managers.

Viennent ensuite le « **respect / confiance** » pour les managers (3ème position) auquel répond le « **respect / confraternité** » pour les managés (4ème position).

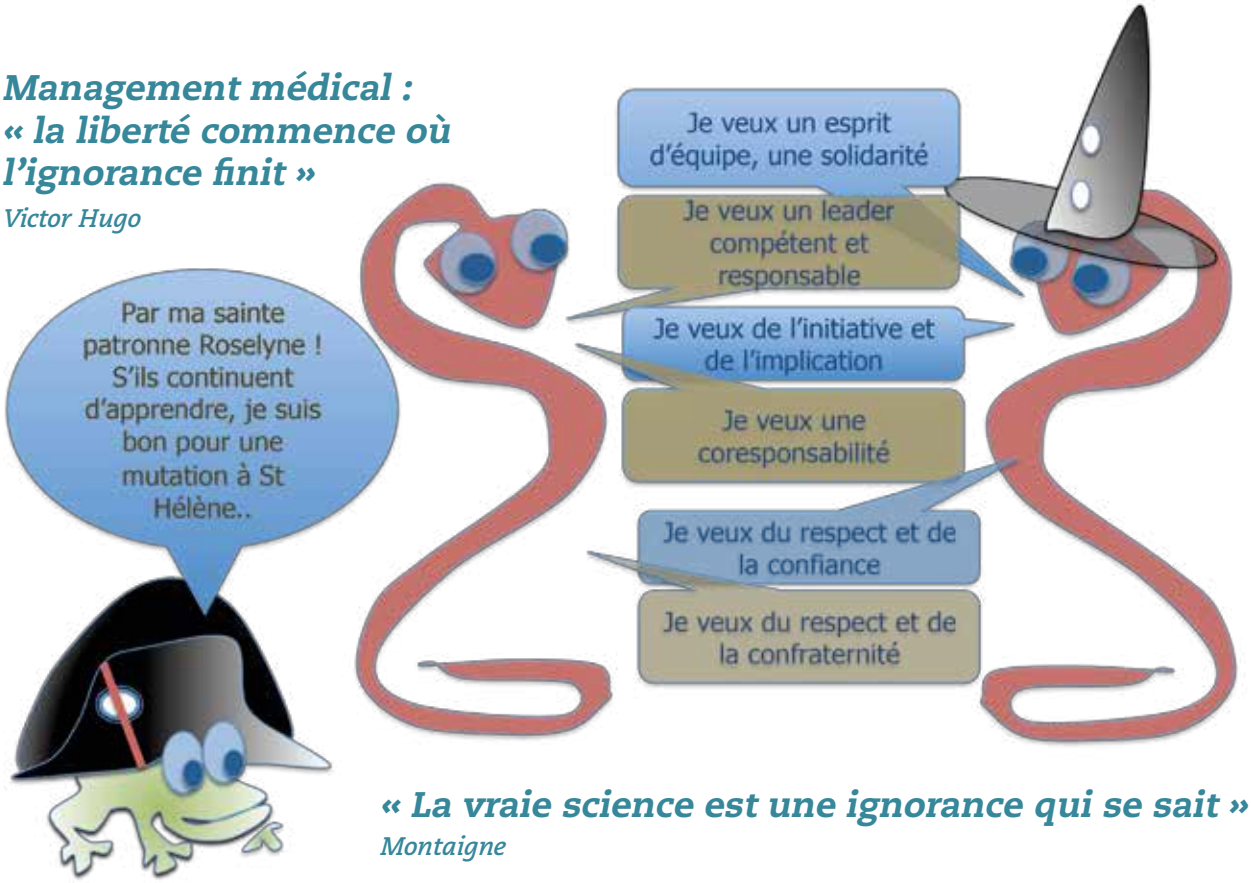
Et la « **loyauté / équité** » (4ème position managers) à laquelle répond l'**équité / justice** (4ème position managés).

Enfin, les managers ont une forte demande de **professionnalisme / responsabilité / devoir** (3ème position ex aqueo) face à laquelle la demande de professionnalisme de la part des managés est paradoxalement en dernière position : le besoin n'est pas là pour les managés.

Il s'agit bien sûr de résultats très parcellaires mais qui néanmoins mettent en exergue le besoin de formation à l'animation d'une équipe et les difficultés au dialogue, besoin ressenti par les managés essentiellement comme un manque d'information. Il est intéressant de noter que lorsque sont considérées uniquement les attentes des managés qui sont également managers (12/24), les priorités changent : ce sont le « **dialogue / information / écoute** », suivis de la « **co-responsabilité** » et le « **respect / confraternité** » : est-ce le reflet de ce qu'ils vivent avec les chefs de pôle ou l'administration ?

Management médical : « la liberté commence où l'ignorance finit »

Victor Hugo



« La vraie science est une ignorance qui se sait »

Montaigne

Quelles conclusions tirer de cette petite enquête ?

1) D'abord une forte demande en faveur de managers ayant des qualités de leaders au sens de l'animation d'équipes, d'accompagnement des confrères dans leur carrière et de gestion du service ; cela dénote un manque voire une insuffisance flagrantes. Il serait temps d'appliquer une règle du service public qui est de dissocier la fonction du titre : cessons d'associer le management à un titre qui est le reflet d'une carrière mais pas automatiquement celui d'une capacité à manager et confions-le à ceux qui en ont l'aptitude et/ou la formation.

2) Les managers doivent être légitimes pour pouvoir exercer leur fonction : rendons donc leur nomination transparente et leur renouvellement de chefferie de service justifiée : envisager l'élection d'un chef de pôle ou d'un chef de service n'a rien de diffamatoire ; le seul risque serait qu'il existe un turn-over au sein du service pour ce poste ce qui ne peut qu'être bénéfique pour chacun (cf. les réponses des managés-managers qui étant plutôt dans la démarche d'une relation de qualité et de co-responsabilité sont sans doute des managés plus « faciles »).

3) La présence d'items tels que équité, loyauté, justice n'est pas neutre : elle dénote un besoin de justice et d'éthique dans le management : il n'est pas normal que la différence de management entre PH et PU, ou plus globalement entre PH lambda et chef de service puisse se résumer à une devise Shadock « *dans la vie, pour faire le moins de mécontents possibles, il faut toujours taper sur les mêmes* ». On retrouve là l'un des effets de la gouvernance « *la primauté de la norme négociée sur la loi démocratiquement votée* ». L'ambition d'un management ne peut se résumer à ne pas faire de vagues, à persister dans cette posture, ce n'est pas une lame de fond que nous avons à craindre mais plutôt une mer morte. Cela s'appelle le manque d'attractivité.

4) Manager est difficile, mais pas seulement : cela prend beaucoup de temps et d'énergie. **Permettons aux managers, et ce d'autant plus si une formation adéquate leur est offerte, de pouvoir pleinement exercer leur mission** : la mise en place de valences permettant un exercice du management serein et reconnu est indispensable.

5) L'enjeu de la formation au management et de la reconnaissance de la fonction, va au-delà du bien-être des managers/managés.

a. Il est bien plus ambitieux : est prouvé qu'une meilleure cohésion dans les équipes améliore la qualité du soin dispensé au patient.

b. Il est bien plus révolutionnaire : des médecins formés au management et éveillés aux rouages de la gouvernance deviennent des « partenaires » à part entière, capables d'anticiper, d'évaluer les enjeux et de tenir leur place pleine et entière dans la gouvernance de l'hôpital (qui, de fait, sera un peu moins une gouvernance...).

Et si vous décidiez de devenir chef de service ?

Que faut-il pour cela ? Il faut :
D'abord **s'intéresser à son métier**, « aimer ce qu'on fait ».
Mais parfois « on est en difficulté car les choses ne vont pas comme on veut ».
C'est à ce moment que l'on se pose la question : et **si je devenais chef ???**
Et si vous osiez devenir « le chef » ??
Pour cela, il vous faut :

1. **D'abord de l'enthousiasme** et de l'énergie, vous en aurez besoin.
2. Ensuite il faut **avoir une véritable perception de son métier et de l'évolution de celui-ci** : et donc « avoir un projet » et comprendre qu'il n'y a qu'une manière de le mettre en place, de le réaliser : « être chef !! ».
   Il vous faut donc accepter de vous positionner en leader et donc pour cela « avoir confiance en soi ».
3. Mais aussi **avoir confiance dans l'équipe** car vous allez devoir travailler avec une équipe médicale et paramédicale ; il faut donc comprendre que vous allez « devoir expliquer votre projet à l'équipe ».
   Pour cela, il sera nécessaire d'**accepter de prendre le temps** que l'équipe s'imprègne du projet, y adhère et partage votre vision du travail.
4. Il vous faudra aussi « être capable accepter **les critiques** » souvent justifiées d'ailleurs.
   S'il y a incompréhension, « **prenez le temps d'échanger de vive voix** avec la ou les personnes concernées » : ne tentez pas de « passer en force ».
   Gardez en mémoire que votre équipe est **composée d'adultes** avec qui vous **« travaillez », pour aller dans le même sens ; des adultes, responsables**, certes tous différents, chacun avec sa sensibilité et son caractère mais pas inintelligents.
   Les membres de l'équipe sont capables de vous faire des propositions et ainsi de participer et de faire évoluer dans le bon sens votre projet…
5. Il faut aussi, et c'est souvent le plus simple, « **être capable de montrer l'exemple** » en étant bien présent sur votre poste de travail ; c'est comme ça d'abord qu'on vous appréciera, que vous serez reconnu comme leader, comme le chef.
6. Si vous envisagez le poste de chef comme certains le font « pour ne faire que ce que vous voulez : laissez tomber, cela n'ira pas ».
7. Il vous faudra apprendre à composer avec les divers responsables de votre équipe, les respecter pour qu'ils puissent vous aider dans votre projet et ainsi à leur tour vous respecter…
8. Et apprenez aussi **qu'au-dessus il y a aussi une hiérarchie** qui sera à respecter.
9. Donc cela veut dire aussi participer à de multiples réunions.
   A partir de ces réunions, vous participerez à la vie de votre établissement et là vous donnerez votre avis bien sûr…
10. Mais quand il s'agira de votre service, là par contre vous devrez donner « la vision » de votre service : pas la vôtre…

Si cela vous convient alors lancez-vous ! Faites-le !
Car on va manquer de vrais « chefs » capables de s'investir et s'impliquer.
Non seulement dans leur service, mais aussi dans l'hôpital :

- Tiens **et si vous deveniez chef de pôle ?** C'est presque pareil, mais cela nécessite **une plus large ouverture de vue.**
- Il va bientôt y avoir des élections : **et si vous deveniez Président de CME ?? : ce sera notre prochaine leçon.**
- Et encore un peu plus loin si vous sortez de votre établissement pour investir le territoire : **si vous deveniez représentant syndical ?? Ce sera encore une autre leçon.**

Bonne réflexion à vous.
On reste tous à dispo pour vous guider, vous aider, vous conseiller.

Signé : Le bureau de l'INPH

CONCLUSION

Nous finirons sur une note d'espoir. Car enfin, après le tableau très sombre des desseins cachés de la gouvernance, que nous disent les PH ? Qu'ils ont soif de justice, équité, dialogue, confraternité. Nous aurons besoin de ces valeurs quand viendra le temps des décrets d'application de la nouvelle loi de santé, il nous faudra veiller à ce que ces valeurs ne s'éteignent pas. et c'est pour cela que le syndicalisme doit continuer d'exister !

BIBLIOGRAPHIE

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

1. Christian ROUILLARD et Nathalie BURLONE. *L'Etat et la société civile sous le joug de la gouvernance*, Québec : Presses de l'Universite Laval, 2011, p. 7.
2. I. LACROIX, P.O. St-ARNAUD « La gouvernance : tenter une définition ».
   Cahiers de recherche en politique appliquée vol IV numéro 3 automne 2012.
3. Robert JOUMARD. Le concept de gouvernance. LTE 0910. rapport de recherche. 2009, pp.52.
4. La Faisabilité politique de l'ajustement, cahiers OCDE 1996 N°13, p.30. http://www.oecd.org/fr/dev/1919068.pdf

Gouvernance hospitalière

5. http://www.vie-publique.fr/politiques-publiques/politique-hospitaliere/chronologie/
6. La loi HPST à l'hôpital : les clefs pour comprendre 01/01/2011
   http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/vademecum_loi_HPST.pdf
7. http://www.sante.gouv.fr/la-gouvernance-hospitaliere,16255.html
8. Instruction N° DHOS/E1/2010/75 du 25 février 2010 relative à la mise en place des directoires des établissements publics de santé.
9. Tableau de résultats de l'enquête-flash « management médical à l'hôpital ».

INTERVIEW
PR GUY MOULIN

Président de la CME de l'APHM,
Président de la conférence des présidents de CME de CHU.

Comment devient-on Président de la Conférence des Présidents de CME de CHU ?

L'histoire est longue, j'ai été nommé PU PH de radiologie à l'APHM en 1995 et j'ai présenté ma candidature à la CME en 1999 et grâce à une campagne intensive et peut-être un capital de sympathie, j'ai pu faire mon entrée à la CME comme secrétaire général de la commission, j'ai été réélu et ai occupé la fonction de vice-président jusqu'en 2007, j'ai alors été élu à la Présidence de la CME de l'APHM au départ du Pr Fuentes et j'ai succédé à Alain Destée à la Conférence des Présidents de CME de CHU en 2012. Cela s'inscrivait dans une démarche déjà ancienne de présence dans la vie institutionnelle car j'avais participé au Bureau des CCA et j'avais présidé la mutuelle des internes et anciens internes de l'APHM.

Il me paraissait assez naturel d'être dans des fonctions au service des autres car mes parents étaient fonctionnaires et plaçaient assez haut le Service Public comme une position au service du public assez élevée et très républicaine.

Est-ce que la CME permet une représentation du corps médical ? Quelle est la position de son président ?

La définition de la CME est difficile. Elle n'a pas de vocation syndicale mais c'est un organe représentatif de la communauté médicale d'un hôpital, pas vraiment catégorielle et encore moins corporatiste. La CME est absolument essentielle.

La loi HPST a beaucoup modifié la relation de la CME avec son président et son bureau. La CME doit pouvoir permettre l'expression des idées des praticiens. Est-ce qu'elle peut le faire suffisamment ? Probablement pas assez car HPST a permis une dérive de l'essence même de la CME vers le président qui a un rôle capital probablement au détriment des praticiens. Les praticiens ne se retrouvent pas tous dans la CME. Les praticiens pensent que le président est un peu le chef des médecins mais ils le ressentent comme faisant partie d'un monde où on retrouve avec lui la direction de l'hôpital, le Doyen, les personnalités influentes de la CME, bureau et secrétaire général…

La définition de la CME est difficile. Elle n'a pas de vocation syndicale mais c'est un organe représentatif de la communauté médicale

Est-ce qu'on peut s'exprimer en CME ? Oui. Est-ce que la CME fait passer beaucoup d'idées peut-être ? Les sous-commissions de travail plus techniques comme la commission du médicament, de la permanence des soins, de la recherche le permettent plus facilement. HPST a éloigné et c'est regrettable le président de la CME et son bureau de la base des praticiens, en contrepartie elle a renforcé son autorité bien qu'elle soit contrainte dans ses rapports malgré tout difficiles avec son administration.

La CME a malgré tout un poids important. La CME de l'APHM a exprimé son opposition aux conditions d'un plan de retour à l'équilibre. Les chefs de pôles se sont également prononcés sur le plan. L'avis a été le même : nous ne sommes pas d'accord avec les conditions de ce plan qui im-

posent des conditions de travail que nous n'acceptons pas. Ce faisant et après avoir interrogé ces deux composantes, je me suis retrouvé lié par ces avis.

Ceci souligne également l'ambiguïté qui existe entre le président de la CME et sa CME vis-à-vis des chefs de pôles qui ont un poids institutionnel fort, ambiguïté qui n'est pas réglée par HPST ni par la future loi santé. Les chefs de pôle ont exprimé un avis sur la politique de l'établissement, la CME a émis un avis plus technique sur le fonctionnement de l'établissement. Ces deux avis étaient parfaitement concordant ce qui a évité une difficulté apparue depuis que les pôles ont été institués.

Le Président de la CME est le vice-président du directoire…

Le président de la CME d'un CHU est effectivement le premier vice-président du directoire avec le directeur de l'UFR et le doyen. La vice-présidence du directoire est très théorique, le véritable numéro deux de l'établissement est de fait le directeur adjoint, ou le secrétaire général qui ont délégation de la signature du directeur général. Donc il s'agit d'une fonction plus honorifique qu'opérationnelle.

La légitimité du président de CME vient de l'expression de sa CME c'est pourquoi le président doit questionner sa CME qui doit pouvoir donner son avis. Les révisions d'effectifs étaient faites par la CME, elles peuvent maintenant être faites en partie à l'intérieur des pôles quand ils ont délégation. Il parait important que la CME puisse conserver le pouvoir de donner un avis, de sanctionner ce qui se passe dans les pôles.

La vice-présidence du directoire n'apporte rien fonctionnellement. Le collège des chefs de pôles est informel. Il me parait important de l'interroger et de faire participer les chefs de pôles non élu à la CME et de leur permettre une expression. La participation des chefs de pôles au directoire parait moins justifiée.

Quelle est la place de l'université dans la CME, dans les révisions d'effectifs, des postes d'internes et de CCA ?

Dans les CHU deux vice-présidents, le doyen de la faculté de médecine et le vice-président recherche. Le doyen de la faculté de médecine a un rôle essentiel qui apporte une vision différente avec souvent un souci plus marqué pour les unités de recherche ou de formation de l'établissement. Le PCME fait la révision des effectifs universitaires avec les doyens. Ces révisions résultent d'une discussion commune entre le PCME, les doyens et le directeur général ce qui permet de définir les priorités dans les recrutements universitaires de l'établissement.

La légitimité du président de CME vient de l'expression de sa CME c'est pourquoi le président doit questionner sa CME

Pour les internes, les commissions d'agrément se font sous la présidence de l'ARS. Pour les chefs de clinique, c'est la faculté de médecine qui est à la manœuvre mais l'avis de la CME est officiellement requis. La direction des affaires médicales est également concertée. Ces discussions tripartites sont fondamentales car elles permettent de définir les priorités de développement de spécialités ou de groupes d'activité dans l'institution. On note là encore une ambiguïté car ces décisions peuvent ne pas être en adéquation avec la structuration en pôles.

Quel est le rôle de la CME et de son président dans l'attribution et la répartition des MERRI ?

Les Merri sont des crédits affectés par l'État à l'établissement en fonction des effectifs étudiants, des publications et des activités de recherche sur les données SIGAPS. L'établissement fait la répartition par pôle en fonction de leurs activités et des contractualisations.

On en arrive à l'organisation de la recherche clinique, quel est le rôle du PCME ?

Le président de la CME participe à son organisation par la proposition de nomination des membres des DRCI et des GIRCI. Il participe également à des réunions inter CHU pour des projets de recherche clinique. Il participe à la nomination des responsables de CIC et de plateformes de recherche. Mais la recherche clinique c'est avant tout les acteurs qui la font et qui la portent par le dépôt de projets, la production directe de l'activité de recherche et la contribution aux indicateurs. Il faut aussi souligner dans ce domaine la participation des CH à la recherche clinique qui est importante même s'il me semble que cette activité de territoire doit être coordonnée par le CHU qui a les moyens de le faire contrairement au CH.

Le Président de la CME est le vice-président du directoire…

Le président de la CME d'un CHU est effectivement le premier vice-président du directoire avec le directeur de l'UFR et le doyen. La vice-présidence du directoire est très théorique, le véritable numéro deux de l'établissement est de fait le directeur adjoint, ou le secrétaire général qui ont délégation de la signature du directeur général.

« Tout pouvoir sans contrôle rend fou »
Alain

CHU et CH, quel niveau de dialogue, quelles politiques communes ? Existe-t-il une vraie communication ?

Les politiques territoriales doivent exister, elles sont parfois très fortes dans certaines régions comme Nord-Pas-de-Calais, souvent moins solides comme dans ma région. Un CHU ne peut pas vivre tout seul, il doit partager avec les autres établissements et mettre en place une vision prospective sur le territoire. Il doit en particulier aider à la possibilité pour les CH d'assurer leur permanence des soins par des gardes transversales, par des actions de télémédecine et notamment de télé-radiologie. Le CHU doit également aider à mettre en place des maisons de la recherche clinique. Dans ce domaine, si le CHU est la tête de pont, il doit assurer la coordination et le partage des ressources.

Le CHU doit également être prospectif pour les politiques d'attractivité des postes offerts à l'hôpital public. La lourdeur des organisations et la concurrence du secteur privé lucratif pèsent sur les recrutements. Les CH et les CHU demandent un soutien dans certaines spécialités où la concurrence est forte, la majorité des jeunes médecins ne souhaitent pas rester dans le secteur public.

Les facultés de médecine, les ARS et les hôpitaux doivent coordonner leurs politiques dans leurs domaines respectifs. Il s'agit de créer ou de maintenir des équipes de dimensions suffisantes permettant de limiter les risques de burn out liés aux lourdeurs de fonctionnement et de la permanence des soins. Les établissements publics ne doivent pas se faire une concurrence permanente mais se coordonner en face de grands opérateurs privés très attractifs sur le plan financier et des conditions de travail. Il est nécessaire de répondre au questionnement des jeunes qui souhaitent un avenir plus serein que ce que laisse présager l'hôpital public qu'ils observent pendant leur formation.

Concernant la fuite des PH et des PU PH ?

Les praticiens qui partent, PH universitaires ou non, le font parce que l'hôpital public ne leur offre plus une perspective d'avenir respectant la qualité de leur exercice. La structure hospitalière n'arrive plus à les ancrer dans leur activité pour des raisons multiples et cumulatives concernant la projection de carrière, les conditions financières et la qualité de leur exercice. A ceci s'ajoute ce qui est regroupé sous le terme de poids administratif et qui concerne en fait la régression de la logistique et de l'aide qu'ils peuvent trouver pour des tâches qui ne sont pas directement en rapport avec le malade.

Les praticiens ont de plus en plus de mal à rester dans un hôpital en difficulté au quotidien sur des questions de matériel, de personnels et d'approvisionnement qui créent une tension rendant l'activité difficile pour tous.

Ce n'est pas la volumétrie du travail qui fait partir, c'est la qualité de vie au travail qui n'est plus suffisante. L'hôpital doit proposer et garantir des conditions sereines d'exercice. L'intérêt de l'exercice hospitalier repose également sur le fait de travailler au sein d'une équipe composée de praticiens de générations différentes permettant la transmission du savoir par le compagnonnage. Cette notion de translation, de transition, dans les différentes couches d'âge est importante. Il est essentiel de préserver la mission de transmission du savoir et des responsabilités qui est l'essence de l'activité hospitalière.

L'hôpital doit proposer et garantir des conditions sereines d'exercice.

Il faut également regretter que les responsables de services ont perdu l'autorité et la gestion du personnel paramédical. Ceci a abouti à une séparation des personnels paramédicaux de l'équipe médicale au détriment d'une conception pluri-professionnelle de l'activité hospitalière et du dialogue entre les professions.

Venons-en à la Conférence des présidents de CME de CHU…

L'exercice de la conférence des PCME de CHU est différent de celui de la CME. Il s'agit d'une interface entre les CME, l'Administration centrale et le Ministère de la Santé. Elle permet de recueillir de l'information et de faire des propositions concernant les projets de lois et les textes réglementaires du domaine de la santé.

C'est un lieu d'échanges entre les PCME qui partagent leurs expériences et leurs difficultés.

C'est également un lieu d'échange avec la conférence des doyens de facultés pour rechercher des accords sur des positions communes.

Les CHU doivent réfléchir à leur avenir. Ils ont des missions communes avec les CH et les structures privées pour l'organisation de l'offre de soins et des missions spécifiques universitaires pour l'enseignement et la recherche. Il existe des réunions inter-bureaux des conférences de CHU, directeur, doyens de PCME. Les conférences sont fondatrices du CNCR pour la recherche.

La conférence est avant tout un organe de réflexion, est-elle un organe de pouvoir ? Peut-être par elle-même, peut-être également dans sa participation au conseil d'administration de la FHF où elle est présente.

La conférence de PCME de CHU est un organe d'influence au même titre que les autres conférences de PCME et de directeurs et que les inter-syndicats de praticiens hospitaliers.

La conférence est avant tout un organe de réflexion, est-elle un organe de pouvoir ?

La conférence a des liens assez forts avec la DGOS. Le directeur général de la DGOS est toujours présent. Les liens avec le cabinet de la ministre sont plus distanciés, l'effet des rencontres est modeste et se résume plus à des échanges d'informations.

La conférence participe à des groupes de travail concernant la recherche, la tarification et d'autres sujets.

Qu'attend la conférence des PCME de CHU de la future loi de santé ?

La conférence attache beaucoup d'importance à la correction de certains effets pervers de la loi HPST concernant la gouvernance hospitalière. Les chefs de pôles ne peuvent pas être nommés seulement par les directeurs, il faut que les PCME soient les acteurs directs de ces nominations.

La conférence sera très vigilante sur le contenu des décrets d'application de la loi concernant le contrat de gouvernance passé entre le directeur et le président de CME. Ce contrat ne peut pas être que théorique mais il doit définir dans les faits les moyens dévolus à la CME ainsi que la place de la CME et de son président. Il faut également prévoir la vérification de l'application de ces contrats.

HPST avait certes renforcé le rôle du président de la CME mais avait déplacé les responsabilités de la CME. La loi à venir pourrait corriger cela.

J'espère que le service public hospitalier sera bien redéfini comme un service public qui ne puisse pas être remis en question par des structures libérales qui, si elles souhaitent participer au service public doivent porter aussi les contraintes financières, organisationnelles, sociales et réglementaires qui s'appliquent au service public. Il faudra s'assurer que le service public hospitalier ne soit ouvert au secteur libéral qu'en cas de carence du secteur public, que cette carence soit clairement définie et que la délégation au secteur libéral soit clairement contractualisée entre l'ARS et la structure libérale.

La loi à venir introduit des idées intéressantes sur le territoire mais la définition des groupements hospitaliers de territoire reste relativement floue. Ils ne doivent pas être un outil qui permette à l'Etat de se défosser de la carte sanitaire et de ne pas définir comment organiser l'offre de soins à l'intérieur du territoire en termes de structures. Les GHT ne pourront pas assumer les pressions des politiques quant aux évolutions structurelles. L'Etat doit continuer à affirmer quelles structures il veut garder ou non.

Les GHT ne doivent pas devenir des néo forteresses plus ou moins élargies qui s'opposent les unes aux autres. Les échanges sont indispensables pour permettre des parcours de soins dont les médecins spécialistes des hôpitaux universitaires ou non ne soient pas exclus.

La loi fait la part belle aux ARS pour l'expression des volontés de l'État.

Quel avenir pour les présidents de CME après leur mandat ? L'expérience engrangée dans ces fonctions est perdue ?

L'exercice médical pur disparait souvent de l'exercice du président de CME au profit d'une fonction médico-administrative pendant la durée du mandat. Les mandats sont limités à deux fois quatre ans et il est nécessaire à l'issue de se recycler.

C'est très bien que le mandat soit limité, un poste de responsabilité devient avec le temps un poste de pouvoir ce qui n'est pas souhaitable et constitue une dérive. Il faut laisser la place aux autres même si cela peut être douloureux.

Pour faire quoi ? Je n'ai pas d'idée en dehors du retour à l'activité hospitalière, activité de chef de service et d'universitaire qui sont déjà des activités importantes, le retour à l'activité médicale pose probablement un problème car il faut bien reconnaitre qu'on a perdu un peu de compétence pendant la période de présidence et qu'il est nécessaire de se remettre à niveau.

Ou alors il faut trouver d'autres fonctions médico-administratives voire même administratives, certains l'ont fait, ils sont peu nombreux. C'est souvent un succédané des périodes antérieures.

Une fonction de compagnonnage existe dans la fonction de président de CME ou de président de la conférence et c'est un grand intérêt de se dire qu'on a contribué à la formation des successeurs comme on a bénéficié de ses prédécesseurs.

Un dernier message ?

Parler de la relativité de cette fonction de président de CME. L'exercice n'est probablement pas aussi profond que l'exercice médical, même si cela demande beaucoup d'efforts, de temps ou d'énergie. Il existe dans la fonction médicale une responsabilité importante individuelle envers le malade qui ne me parait pas comparable. Ce sentiment est peut-être en partie dû au fait que le président de CME n'est pas et ne sera jamais un vrai administratif car malgré son expérience de terrain, il n'en a pas eu la formation.

ORCHESTRE SYMPHONIQUE MÉDECINS FRANCE

WWW.OSMF.FR

De nombreux médecins ont une passion pour la musique ; après leurs études conjointes musique et médecine, ils assument leur passion en intégrant des orchestres.
Des orchestres de médecins existent dans de nombreux pays : Allemagne, Espagne, Japon, Australie, New York, Los Angeles, Taïwan. L'European Doctors Orchestra et le World Doctors Orchestra réunissent des médecins de toute l'Europe ou du monde.

Beaucoup d'entre eux, au départ, ont hésité entre une carrière musicale professionnelle ou l'exercice de la médecine. Ils ont finalement opté pour la carrière médicale, mais parallèlement ont pu conserver leur haut niveau musical.

Quatre membres du World Doctors Orchestra ont décidé de créer en France un orchestre symphonique de médecins avec le parrainage du célèbre violoniste Pierre AMOYAL.

Le but est de rassembler des médecins musiciens ou étudiants en médecine exerçant en France et DOM-TOM, de niveau musical suffisant (3ème cycle de conservatoire minimum) et organiser un concert par an, chaque fois dans une ville différente.

Chaque participant à un concert s'acquitte d'une cotisation permettant de couvrir une partie des frais d'organisation ; il prend également en charge ses déplacements, son hébergement et ses frais de repas. Aucun cachet n'est versé, y compris au chef d'orchestre. Les bénéfices des concerts seront versés à des œuvres caritatives.

Il est prévu une session par an dans un premier temps ; les répétitions commenceront le jeudi matin avant le concert dans la ville hôte, chaque musicien ayant reçu et préparé ses partitions. Le concert aura lieu le samedi soir.

Le premier concert est prévu à Dijon dans la très belle salle Romanée Conti du Palais des Congrès le 17 octobre 2015 avec, au programme la symphonie concertante pour violon et alto de Mozart avec Pierre AMOYAL et Yuko SHIMITZU-AMOYAL.

L'inscription se fait sur le site nouvellement créé : www.osmf.fr

Pour créer cet orchestre, tous les instruments sont concernés. Un appel est également lancé pour les chefs d'orchestre ayant une expérience confirmée.

Les inscriptions sont ouvertes dès maintenant.

SALONS SANTÉ AUTONOMIE

HE HOPITAL EXPO

HiT HEALTH-IT EXPO

GH GERONTHANDICAP EXPO

19-21 MAI 2015

PARIS EXPO - PORTE DE VERSAILLES

EXPOSITION - CONFERENCES - ANIMATIONS

EQUIPEMENTS, SOLUTIONS & STRATÉGIES POUR LE FONCTIONNEMENT ET LA TRANSFORMATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

REJOIGNEZ-NOUS

salons-sante-autonomie.com

UNE MANIFESTATION FHF — UNE ORGANISATION PG PROMOTION — ACTEUR DE LA SILVER ECO

FRANCE

ET SI VOUS EXERCIEZ AUTREMENT ?

médecine militaire de proximité, hospitalière, formation, recherche

LE SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES RECRUTE TOUTE L'ANNÉE DES RÉSERVISTES

- **S'enrichir d'une nouvelle expérience**
- **Servir au profit des Armées et de la Gendarmerie**
- **Planifier de 5 à 30 jours de réserve par an**
- **Partir en mission extérieure**
- **Réaliser une deuxième carrière**
- **Percevoir une solde (salaire), bénéficier de la couverture sociale militaire**
- **Intégrer une communauté solidaire, riche en valeurs et traditions**

LA RÉSERVE DU SSA, POUR QUI ?

- Français/Française volontaire
- Profession médicale, paramédicale ou dans le domaine de la santé
- Moins de 65 ans (officier) ou moins de 62 ans (sous-officier)
- En règle avec les obligations du service national
- Apte médicalement

« Je vais désormais beaucoup plus vite, je suis beaucoup plus efficace. Au niveau humain et professionnel, c'est un enrichissement immense qu'il ne faut absolument pas manquer. »

Médecin de réserve Gavet

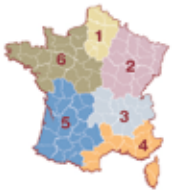
POURQUOI PAS VOUS ?

Le service de santé des armées, c'est 15 800 civils et militaires.

Notre cœur de métier : le soutien médico-chirurgical des militaires.

Acteur de santé publique : 8 hôpitaux d'instruction des armées, ouverts à tous ; gestion des crises sanitaires.

1. **DRSSA ST-GERMAIN-EN-LAYE**
   drssa-sgl.recrutement.fct@intradef.gouv.fr
2. **DRSSA METZ**
   03 87 15 57 77 ou 03 87 15 60 29
3. **DRSSA LYON**
   04 81 11 50 20
4. **DRSSA TOULON**
   04 83 16 28 60
5. **DRSSA BORDEAUX**
   05 56 94 45 29 ou 05 56 94 45 20
6. **DRSSA BREST**
   02 98 22 07 59 ou 02 98 22 03 53



ANTILLES, SAINT-PIERRE ET MIQUELON
05 96 39 59 16

GUYANE
05 94 39 55 41 ou 05 94 39 55 77

NVELLE-CALÉDONIE ET DÉPENDANCES, NVELLES HÉBRIDES, WALLIS ET FUTUNA
(00 687) 29 24 73

POLYNÉSIE FRANÇAISE
(00 689) 40 46 31 37

LA RÉUNION, MAYOTTE
02 62 93 56 15

SÉNÉGAL, AUTRES PAYS,
DRSSA St-Germain-en-Laye

EFS

L'Etablissement Français du Sang

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

Nous recherchons

DES MEDECINS DE PRELEVEMENT (H/F)

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

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

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

Postes à pourvoir sur nos établissements :

- **Alpes-Méditerranée** : Avignon, Toulon, Aix (intérim) et St Laurent du Var (intérim) • **Alsace** : Haut et Bas Rhin
- **Aquitaine-Limousin** : Limoge et Périgueux • **Auvergne-Loire** : Aurillac
- **Bourgogne-Franche Comté** : Besançon et Belfort • **Bretagne** : Rennes
- **Centre-Atlantique** : Orléans, Niort et Tours • **Ile de France** • **Lorraine-Champagne** : Troyes
- **Nord de France** : Arras (intérim) et Lille (intérim) • **Midi-Pyrénées** : Toulouse, Auch, Rodez et Cahors
- **Pays de Loire** : le Mans, Nantes, St Nazaire et la Roche sur Yon
- **Rhône-Alpes** : Grenoble, Lyon et Bourg en Bresse • **La Réunion** : St Pierre

Nous rechercherons régulièrement des postes de médecins sur les DOM (Guadeloupe, Martinique et La Réunion)

DES MEDECINS BIOLOGISTES (H/F)

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

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

Ces postes s'adressent à des docteurs en médecine inscrits à l'ordre.

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

RDV sur notre site de recrutement : **http://efsrecrute.fr** pour découvrir nos opportunités et postuler en ligne.

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

santé & retraite cliniques - ehpad

Nous recherchons, en exercice libéral, pour nos établissements en Ile-de-France :

GÉRIATRE (possibilité de salariat) **CHIRURGIEN toutes spécialités**

ANESTHÉSISTE - RÉANIMATEUR

Découvrez-nous aussi sur www.sante-retraite.org

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

HÔPITAL
Les Magnolias
Géré par l'association HPGM

Hôpital Gériatrique les Magnolias (HPGM) - 20 km de Paris - Essonne

Etablissement de santé privé non lucratif, spécialisé en gériatrie, fondé par les caisses de retraite AGIRC-ARRCO, compte 320 lits et places dont 71 lits de médecine aigue et 106 lits de SSR. Il est porteur de la filière gériatrique de l'Essonne Nord, labellisée par l'ARS en 2014, ainsi que du projet de télémédecine TMG91. L'établissement compte 500 salariés. Cet hôpital en pleine expansion, organisé en trois pôles (ambulatoire, médical et médico-social), décliné au sein de 3 filières : alzheimer, somatique et géronto-psychiatrique, recherche

- **un médecin cardiologue (h/f)** — Poste disponible immédiatement

1 à 2 vacations par semaine.
Vous assurez la prise en charge médicale des patients.
Rémunération selon convention Fehap CCN51, reprise d'ancienneté, accord d'intéressement.

- **un médecin (h/f)** pour ses services de médecine et SSR

de préférence ancien chef de clinique (toute spécialité).
Poste à pourvoir en CDI - Temps plein/temps partiel - Poste et rémunération évolutifs.

Contact : Vous pouvez envoyer CV + lettre de motivation par mail : rh@hpgm.fr
ou par courrier postal : Direction des Ressources Humaines
Hôpital Gériatrique les Magnolias - 77, rue du Perray - 91 160 Ballainvilliers

---

HÔPITAL
LE VÉSINET

L'hôpital du Vésinet (Yvelines – 78) Etablissement public de soins (334 lits) 15 min de Paris – RER A

Recrute pour son service de médecine physique et réadaptation

1 PRATICIEN DE REEDUCATION ET READAPTATION FONCTIONNELLE A MI-TEMPS

Le service accueille 125 patients en hospitalisation conventionnelle et de jour, dans le cadre de la prise en charge des affections de l'appareil locomoteur et du système nerveux.

Poste à pourvoir immédiatement pour remplacement de 6 mois.

Renseignements auprès du :

• Dr GUILLET - Chef de Service au 01 30 15 81 95 • Dr CHAUFFERT YVART - Présidente de CME au 01 30 15 81 94

Adresser candidature (CV + lettre de motivation) à :

Direction des Ressources Humaines - 72, avenue de la Princesse - 78115 Le Vesinet Cedex
ou par mail à : secretariat.srh@hopital-levesinet.fr - **Site de l'hôpital : www.hopital-levesinet.fr**

ÎLE-DE-FRANCE

CENTRE D'ACTION SOCIALE DE LA VILLE DE PARIS

LE CENTRE D'ACTION SOCIALE DE LA VILLE DE PARIS

Etablissement public municipal de 6 500 agents comptant 250 sites, recrute pour ses EHPAD et ses résidences services

LE CENTRE D'ACTION SOCIALE, AVEC 220 ETABLISSEMENTS, OFFRE UNE DIVERSITE DE METIERS ET DE PARCOURS PROFESSIONNELS.

Postes à pourvoir :

☐ Médecins coordonnateurs

EHPAD Hérold (19ème) : 21h hebdomadaires
EHPAD Alice Prin (14ème) : 21h hebdomadaires

☐ Médecins traitants

EHPAD Furtado Heine (Paris 14ème) : 17h30 hebdomadaires
EHPAD Payen (Paris 15ème) : 6h30 hebdomadaires
puis 20h30 hebdomadaires à compter du 01/04/15
EHPAD Valsecchi (Paris 15ème) : 24h30 hebdomadaires
EHPAD Alice Prin : 31h30 hebdomadaires
Et pour ses résidences services situées dans Paris (18ème - 5ème) et à Saint-Vrain (91)

☐ Médecin coordonnateur du service de la médecine professionnelle et préventive

(Paris 12ème) : 35 heures hebdomadaires Recrutement sous contrat, sous conditions d'inscription à l'ordre national des médecins, temps médical modulable, possibilités de prise en charge des formations.

Joindre cv + lettre de motivation à :
la sous-direction de ressources
service des ressources humaines
Bureau de la gestion des personnels hospitaliers
5, boulevard Diderot
75589 Paris cedex 12

Tél. : 01 44 67 18 46

ou par courriel à :
marie-christine.domingues@paris.fr
et à nathalie.glais@paris.fr

PICARDIE

la nouvelle forge
aller à l'idée... comprendre le réel

Dans le cadre de la mise en œuvre de son projet d'établissement, l'Association de Santé Mentale "La Nouvelle Forge" située dans la région parisienne (Chantilly-Creil-Senlis)

RECHERCHE UN PSYCHIATRE COMPETENT EN PEDOPSYCHIATRIE (TEMPS PLEIN OU TEMPS PARTIEL)

- Possibilité de détachement de Praticien Hospitalier.
- Rémunération Convention 79 à négocier.
- Possibilité de faire évoluer ce poste vers un poste de médecin-chef.

Des renseignements peuvent être donnés par :
Le Directeur Général - M. Dandel - au 03 44 55 20 54
Le Président du Conseil Médical - Dr Albert - au 06 08 22 66 84

Les candidatures sont à adresser au Directeur Général :
Association La Nouvelle Forge - 2, Avenue de l'Europe - 60100 CREIL
Tél. : 03 44 55 20 54 - Fax. : 03 44 55 13 89 ou par mail : guy.dandel@nouvelleforge.com

LORRAINE

Le Centre Hospitalier de Saint-Nicolas-de-Port,
Etablissement Public de Santé (situé dans la banlieue de Nancy, 15 km, accessible par autoroute)

RECHERCHE

UN FAISANT FONCTION D'INTERNE (Interne en fin de cursus qui n'aurait pas encore terminé son mémoire)

Semestre du 1 mai 2015 au 31 octobre 2015

OU UN PRATICIEN ATTACHÉ

Secteur d'hospitalisations à temps complet de 50 lits de SSR polyvalent dont 5 lits identifiés "Soins palliatifs" : service agrée pour recevoir un interne, placé sous la responsabilité du chef de pôle, Dr COCHART. Cette annonce est destinée :

> Aux internes en fin de cursus qui n'ont pas encore terminé leur mémoire et qui ne peuvent donc s'inscrire à l'ordre des médecins.
> Aux étudiants en médecine ayant validé les 6 premières années des études médicales.

Vous pouvez adresser votre lettre de candidature, accompagnée d'un curriculum vitae et de la copie de vos diplômes à :
Monsieur le Directeur - Centre Hospitalier - 3, Rue du Jeu de Paume - 54210 Saint-Nicolas-de-Port

Pour tout renseignement, vous pouvez contacter : *Madame le Docteur Laurence COCHART - Chef du Pôle de "Evaluation - Réadaptation - Hébergements"*
l.cochart@ch-saint-nicolas.fr - Tél. : 03 83 18 61 17 - Mail : l.cochart@ch-saint-nicolas.fr
ou la Direction des Ressources Humaines - Mme Nelly JACQUOT - Tél. : 03 83 18 60 07 - Mail : n.jacquot@ch-saint-nicolas.fr

---

HOPITAL ROBERT-PAX

RECRUTE

L'Hôpital Robert-Pax - Centre Hospitalier de Sarreguemines - France

Un praticien contractuel à temps plein radiologue

Afin de renforcer l'équipe médicale de son service de radiologie. Inscription au conseil de l'ordre des médecins indispensable. Rémunération au 4ème échelon de la carrière des praticiens hospitaliers à temps plein, majorée de 10%.

Un praticien contractuel à temps plein (spécialisé dans la prise en charge de la douleur chronique) pour le service de consultation de la douleur

Afin de renforcer l'équipe médicale du service. Inscription au conseil de l'ordre des médecins indispensable. Rémunération au 4ème échelon de la carrière des praticiens hospitaliers à temps plein, majorée de 10%.

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

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

---

ALSACE

Etablissement MCO de proximité de 210 lits situé en Centre Alsace (67) entre Strasbourg (50 km/20 mn en TER) et Colmar (25 km) - SMUR - Plateau technique avec un scanner spiralé de dernière génération et une IRM bloc opératoire 5 salles et SSPI, endoscopie, obstétrique.

Etablissement de taille humaine, permettant des relations privilégiées entre confrères des différents services.

LE CENTRE HOSPITALIER DE SELESTAT RECHERCHE

1 MEDECIN URGENTISTE TEMPS PLEIN

Pour son service d'urgences polyvalentes (30 000 premiers passages/an), adultes et pédiatriques, médicales et chirurgicales.
Dispose de 4 lits d'UHCD actuellement, portés à 10 lits dans le cadre d'une extension des bâtiments.
Contact : Dr Carine Pailler-Pradeau au 03 88 57 55 60 - carine.pailler-pradeau@ch-selestat.fr

1 MEDECIN ANESTHESISTE REANIMATEUR OU REANIMATEUR TEMPS PLEIN

Pour son service de 10 lits dont 8 lits de réanimation et 2 lits d'USC.
- Activité polyvalente 2/3 médicale, 1/3 chirurgicale.
- Hémofiltration, PICCO, échographe, fibro. bronch.

Contact : Dr Jean CABALION au 03 88 57 55 16 - jean.cabalion@ch-selestat.fr

Candidature, avec CV, à adresser à : M. le Directeur du Centre Hospitalier
23 avenue Pasteur - BP 30248 - 67606 SELESTAT Cédex ou par courriel à direction@ch-selestat.fr

LE CENTRE HOSPITALIER DU CHINONAIS
(Indre-et-Loire - 37) à 30 minutes de Tours

Etablissement public de santé proposant une offre de soins et de prise en charge sanitaire et médico-sociale de proximité recrute

DES MEDECINS A TEMPS PLEIN OU TEMPS PARTIEL
EN MEDECINE GENERALE OU GERIATRIE
(Formation en gériatrie prise en charge par l'établissement s'il y a lieu)

Pour rejoindre l'équipe médicale du Pôle de Soins de Suite et Gériatrie avec une organisation de travail proposée en roulement par périodes alternées de 4 ou 6 mois dans les services de Soins de Longue Durée - E.H.P.A.D (300 lits), et de Soins de Suite et de Réadaptation Court Séjour Gériatrique (82 lits et 1 place).

Statut proposé selon dossier :
> Médecin thésé et inscrit au conseil de l'ordre : praticien hospitalier (mutation) ou praticien contractuel.
> Médecin non thésé en fin de cursus d'internat ou de résidanat : faisant fonction d'interne.

Les renseignements concernant ces emplois peuvent être obtenus auprès de :
Monsieur le Docteur Marc LAGIER
Responsable du Service de Soins de Suite et de Réadaptation - Court Séjour Gériatrique
Président de la Commission Médicale d'Etablissement - Tél : 02 47 93 75 24

Adresser candidature et CV à :
Monsieur le Directeur - Centre Hospitalier du Chinonais - B.P. 248 - 37502 Chinon Cedex
Tél. : 02 47 93 76 46 - Fax : 02 47 93 91 54 - Courriel : v.laurain@ch-chinon .fr

---

CHÂTEAUDUN
Capitale du Dunois

LA VILLE DE CHATEAUDUN (Eure-et-Loir)
RECRUTE TROIS MEDECINS GENERALISTES MUNICIPAUX

Pour répondre à une démographie médicale défavorable qui pourrait laisser une partie de la population sans médecin traitant, la ville de Châteaudun, sous-préfecture de 14 000 habitants, située en bord de Loir (28), a pour objectif de créer un centre de santé municipal.

Missions
• Exercer tout acte attaché à la médecine générale auprès de la patientèle • Participer à la mise en vie du centre de santé.

Conditions d'exercice
• En cabinet mis à disposition par la ville, en visite à domicile avec véhicule de la ville • Le centre sera ouvert du lundi au samedi midi sauf jours fériés (35 heures hebdomadaire) • Envisager la participation au schéma départemental de garde • Un secrétariat prendra en charge la gestion administrative • Le salaire sera fixé en référence à la grille des médecins hospitaliers.

Les médecins seront recrutés conformément au statut de la fonction publique territoriale.

Envoyer lettre de motivation + C.V à : Monsieur le Maire - Hôtel de ville - 2, place du 18 octobre - 28205 CHATEAUDUN CEDEX.
Tél. : 02 37 45 11 91 - Courriel : jacques.perthuis@mairie-chateaudun.fr

CENTRE HOSPITALIER
CHALON SUR SAONE
William Morey

Le Centre Hospitalier Chalon sur Saône William Morey (Saône-et-Loire)

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

RECRUTE

› URGENTISTE

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

› GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN

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

Pour tout renseignement, contacter : Direction des Affaires Médicales - 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-Saône Cedex
Tél. : 03 85 44 66 88 - Fax : 03 85 44 66 99 - www.ch-chalon71.fr

URGENT !

Centre Médical de la Vénerie, 58210 Champlemy

Structure de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). A 2 heures de Paris, de Dijon et de Clermont Ferrand. Cette dernière passe d'une capacité de 50 à 80 places avec l'ouverture d'une unité spécialisée en addictologie (SSRA).

Recrute un médecin généraliste en CDI à temps plein

Dont l'activité inclut : les bilans (d'admission, de séjour et de sortie), le suivi des patients, le suivi technico-administratif des dossiers.
Votre engagement participatif dans notre démarche qualité sera également à inclure dans vos missions. Il n'y aura aucune contrainte de WE et JF.
Le salaire est fonction de votre ancienneté et de la convention collective unique. Logement de fonction possible. Le tout pouvant être rediscuté.
Intégré dans un Groupement Interprofessionnel de la Santé et de l'Autonomie (GISA), les contacts et les partenariats avec d'autres professionnels en seront facilités.

N'hésitez pas à nous joindre :
Mme VERQUERA M. - H. - LD. : 03 86 69 50 64 - Port. : 06 16 70 85 11 - Mail : direction@lavenerie.fr

Le pôle de rééducation du CHU de Dijon recherche

un médecin MPR ou DIU MPR, ou DES de médecine générale

pour un poste en CDD, à temps partiel ou complet, à compter du 1er mars 2015.

Activité en hospitalisation complète essentiellement, au sein d'une équipe de 6 médecins (MPR, gériatre, DIU de rééducation, cardiologue), et 6 à 7 internes.
Possibilité de formation/activités variées (appareillage, toxine, isocinétisme).

Pour tout renseignement :
Docteur Gremeaux - Chef de service - vincent.gremeaux@chu-dijon.fr

Pour vos candidatures :
DAM - Alissia CIARROCHI - Tél. : 03 80 28 13 73 - Mail : alissia.ciarrochi@chu-dijon.fr

CHU Dijon

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Résidence Les Tilleuls D'ORAISON

La Résidence Les Tilleuls, EHPAD public autonome de 80 lits avec pôle Alzheimer recherche

son médecin coordonnateur

Quotité de travail et rémunération à déterminer

Personne à contacter : Mr Alain TETU - Directeur
Maison de Retraite Publique Résidence Les Tilleuls - Quartier Des Eyrauds - 04700 ORAISON
Tél. : 04 92 70 55 00 - Email : lestilleulsoraison@orange.fr Site internet : www.residencelestilleuls.fr

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL De Cavaillon-Lauris

Le CHI de Cavaillon-Lauris (Vaucluse) recherche :

Un médecin interniste
pour son service de médecine polyvalente

Statut : praticien contractuel ou assistant ou attaché (pouvant déboucher sur un poste de PH)

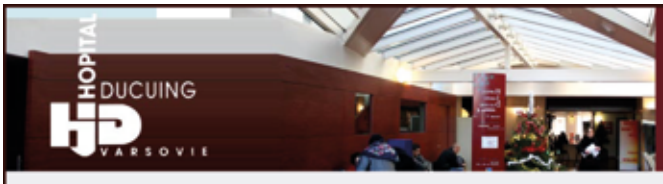
Situé en Vaucluse, le CHI de Cavaillon-Lauris est un centre hospitalier de proximité, d'une capacité de 318 lits et places. Il dispose d'une offre complète de médecine, chirurgie, obstétrique, hôpital de jour, urgences - SMUR, soins de suite et réadaptation indifférenciés et spécialisés en pneumologie, unité de soins de long séjour, EHPAD. Son plateau technique comprend un service d'imagerie avec scanner et IRM, un laboratoire de biologie médicale et une pharmacie à usage intérieur. Le CHI de Cavaillon-Lauris est en direction commune avec le CH d'Avignon.

Le pôle médecine comprend, sur le site de Cavaillon, 40 lits de médecine polyvalente, 10 lits de médecine à orientation cardiologique, un hôpital de jour de 5 places et sur le site de Lauris, 47 lits de SSR pneumologiques. Il a développé une activité d'éducation thérapeutique du patient destinée aux patients diabétiques et aux patients asthmatiques.

Le CHI recherche un médecin interniste pour compléter l'équipe médicale chargée des 40 lits de médecine polyvalente, actuellement composée de 3 praticiens à temps plein.

Pour toute information, contacter la directrice des ressources humaines : n.piazza@ch-cavaillon.fr ou la présidente de la CME : m.jayer@ch-cavaillon.fr

MIDI-PYRÉNÉES



HOPITAL JOSEPH DUCUING TOULOUSE CENTRE VILLE

Etablissement privé à but non lucratif ESPIC (Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif).
Hôpital général (150 lits) - Service d'urgences/UHCD - Surveillance continue.
Activité obstétricale et chirurgicale.
(2 000 accouchements par an, gynécologie, chirurgie viscérale, orthopédie, endoscopie).
Médecine interne et oncologie - Soins palliatifs.

RECHERCHE 1 RADIOLOGUE TEMPS PLEIN

Pour intégrer son service de radiologie.

- Radiologie conventionnelle (équipement numérique, PACS).
- Echographie générale, écho-doppler, échographie gynécologique.
- Mammographie et dépistage du cancer du sein FORCOMED.
- Scanner.
- IRM.

Rémunération CCN FEHAP du 31 octobre 1951.

Adresser CV et candidatures au :

- Docteur Cristian LIVIDEANU - Chef du Service de Radiologie - 05 61 77 34 55 - Télécopie : 05 61 77 50 00 - Mail : clivideanu@hjd.asso.fr
- Docteur Laure JONCA - Directrice des Affaires Médicales - 05 61 77 49 96 - Télécopie : 05 61 77 50 28
- HÔPITAL JOSEPH DUCUING - 15, rue Varsovie - 31027 TOULOUSE CEDEX 3

Le Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan

Recrute

Un médecin urgentiste

Poste à pourvoir immédiatement

Titulaire CAMU ou DESC Médecine d'Urgence
Le (a) candidat(e) doit être inscrit au Conseil de l'Ordre ou au moins, avoir réussi l'examen de la Procédure d'Autorisation d'Exercice (P.A.E)

Les médecins de la fédération médicale interviennent sur tous pôles d'activité des urgences :

- Le C.R.R.A du département des Landes (SAMU 40)
- 3 SMUR dont deux déportés
- Le Services d'Accueil des Urgences (29 000 passages)
- L'H.T.C.D (10 lits)

Le centre hospitalier de Mont-de-Marsan, c'est également :

• 1 195 lits et places • Environ 2 300 salariés, médicaux et non médicaux • 7 pôles d'activité clinique • Un plateau technique complet avec centre d'angioplastie et unité neurovasculaire

La ville de Mont-de-Marsan, c'est aussi :

• La qualité de vie du Sud Ouest en général et de l'Aquitaine en particulier • La proximité de la Côte Atlantique (1h00) et des stations des Pyrénées (2 heures) • Par autoroute (A 65) 130 kilomètres de Bordeaux (1h 30) et de Pau (1 heure) • Paris à 3 heures de Bordeaux en train (T.G.V) • L'Espagne à environ 2 heures de route en voiture

Convivialité, hospitalité et esprit de fête complètent ce portrait d'un département en tout point accueillant

Pour tout renseignement, vous pouvez joindre :

- Monsieur le Docteur KIDYBINSKI
  Chef de pôle - Secrétariat médical
  05 58 05 11 00 - paul.kidybinski@ch-mt-marsan.fr
- Madame BOUQUEREL
  Directeur des affaires médicales
  05 58 05 10 22 - affaires-medicales@ch-mt-marsan.fr
- Avenue Pierre de Coubertin - 40024 Mont-de-Marsan Cedex

centre hospitalier
Mont de Marsan

www.ch-mt-marsan.fr

Le Centre Hospitalier d'Oloron

recherche pour son service de réanimation :

2 médecins anesthésistes réanimateurs
Praticien hospitalier temps plein

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

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

Service de réanimation de 6 lits plus USC 2 lits.

Ville à caractère historique au pied des pyrénées, situé à 30 km de PAU, 1 heure de l'aéroport PAU-Pyrénées, 1h30 de la côte atlantique, gare SNCF.
Ville dynamique, disposant de tous les commerces, de nombreuses associations sportives et culturelles, d'établissements scolaires (lycées).

Poste à pouvoir immédiatement.

Contact : Corine Solana - DRH - Tél. : 05 59 88 30 03 - corinne.solana@ch-oloron.fr
http://www.centrehospitalier-oloron.fr/

AQUITAINE

POLE DE SANTÉ DU VILLENEUVOIS

Le Pôle de Santé du Villeneuvois (PSV), structure hospitalière neuve réunissant sur le même site le centre hospitalier et la clinique, est situé à 30 km d'Agen et à 1h30 des villes de Bordeaux et de Toulouse. Il répond aux besoins d'un bassin de population de près de 100 000 habitants (vallée du Lot, haut Villeneuvois et Fumel).

Il est doté d'une capacité de 354 lits et places dont 264 en MCO (nombreuses spécialités médicales et chirurgicales), 44 lits de SSR, 41 lits d'USLD, regroupant notamment un service d'urgences, une unité de surveillance continue, des unités d'hospitalisation de semaine, d'hospitalisation de jour et de chirurgie ambulatoire, ainsi qu'une maternité.

Il offre, par ailleurs, des plateaux de consultations, de rééducation et un plateau technique complet :
scanner, IRM, radiographie conventionnelle, échographie, endoscopie…

Le Pôle de Santé du Villeneuvois recrute h/f

GASTRO-ENTEROLOGUE afin d'intégrer l'équipe du secteur médecine -gastro-entérologie, composée de 3 praticiens et complétée de 2 internistes

Le secteur de médecine-gastro-entérologie a une capacité totale de 30 lits. Il dispose également de lits d'hospitalisation de semaine et de capacité en hospitalisation de jour pour l'endoscopie dans le cadre du PSV.

Le praticien participera à la prise en charge globale des patients et sera investi dans le développement du service.

Profil recherché : • Doctorat de médecine français ou diplôme de médecin délivré par un pays de l'Union Européenne • Diplôme de spécialité gastrologie-entérologie • Inscrit ou inscription possible à l'Ordre des Médecins.

Contactez :
Docteur Eric BRUDIEUX, Chef de Pôle : 05.53.72.25.01
Mme Anne-Laure NAVARRE, Affaires Médicales : 05.53.72.23.44
anne-laure.navarre@poledesanteduvilleneuvois.fr

AXTAL

www.poledesanteduvilleneuvois.fr

RHÔNE-ALPES

Le GRÉSIVAUDAN

Référence de l'offre : Direction de la Cohésion Sociale.
Poste à pourvoir dès que possible.
Type d'emploi : Titulaire et/ou contractuel.
Nombre de poste : 1.
Date limite de candidature : 31 mai 2015.
Temps de travail : 50% mi-temps minimum.

Intitulé du poste : Médecin

Grade : Médecin Catégorie A.

Profil demandé :
• Grandes qualités relationnelles, capacité au travail en équipe • Aptitudes à l'accompagnement : conseils, formation • Rigueur et organisation • Sens du service public • Permis de conduire obligatoire.

Descriptif de l'emploi : Le médecin coordonnateur assure avec le cadre de santé l'encadrement médical de l'équipe soignante.

Résidence administrative : EHPAD Froges.

Mission :
• Donne son avis sur les admissions • Participe à l'élaboration des projets de vie et soins des résidents • Contribue auprès des professionnels de santé à la bonne adaptation aux contraintes du public accueilli • Participe à la formation gérontologique continue du personnel soignant • Elabore le projet général de soins et évalue la mise en œuvre • Assure, avec le cadre de santé, l'encadrement médical de l'équipe soignante • Evalue et valide l'état de dépendance des résidents • Assure la fonction d'interlocuteur médical auprès des différentes administrations et l'assurance maladie • Etablit le rapport annuel médical • Préside et anime la commission de coordination gériatrique chargée de l'interface des professionnels salariés et libéraux.

Procédure : Envoyer candidature (lettre et CV) à Communauté de Communes du Pays du Grésivaudan Direction des Ressources Humaines par courrier ou par mail : *recrutement@le-gresivaudan.fr*

Travailleurs handicapés :
Nous vous rappelons que conformément au principe d'égalité d'accès à l'emploi public, cet emploi est ouvert à tous les candidats remplissant les conditions statutaires requises, définies par le statut général des fonctionnaires, la loi du 26 janvier 1984 portant statut général des fonctionnaires territoriaux et le décret régissant le cadre d'emploi correspondant.

Nous vous rappelons toutefois, qu'à titre dérogatoire, les candidats reconnus travailleurs handicapés peuvent accéder à cet emploi par voie contractuelle.

RHÔNE-ALPES

CPND — FONDATION Georges BOISSEL

CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE NORD DAUPHINE

Recrute **médecin psychiatre**

à compter d'avril 2015 débutant accepté

Etablissement "ESPIC", Nord-Isère (proche Lyon). Gestion de 3 secteurs de psychiatrie adultes, avec notamment 4 unités d'hospitalisation, CMPA, 3 hôpitaux de jour, 1 foyer thérapeutique. Convention FEHAP.
Le médecin psychiatre est sous la responsabilité du médecin chef de secteur. Participation et collaboration aux différentes activités des unités fonctionnelles intra ou extra hospitalières. Participation aux astreintes médicales - Salaire 60 K€ débutant. Avantages : formation, RTT, congés, primes d'astreintes et récupérations.

Candidature :
Didier FREMY - Centre Psychothérapique Nord Dauphiné - 100, Avenue du Médipôle - CS 43016 - 38307 Bourgoin-Jallieu Cédex
Tél. : 04 74 83 53 00 - Mail : fremy.didier@cp-nord-dauphine.fr

www.cp-nord-dauphine.fr

HOPITAUX du PAYS du MONT BLANC

D'une capacité de 250 lits de MCO à 60 kilomètres de Genève, 35 000 passages/an aux urgences. 19 000 séjours. 28 000 consultations spécialisées. Maternité de niveau 2A (1 400 accouchements).

NOUS RECHERCHONS

1 GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN temps plein - Pour compléter une équipe de 6 praticiens.
Orientation obstétricale recherchée, avec compétences : en diagnostic anténatal, en échographie obstétricale (DU souhaité), pratique chirurgicale d'urgence en gynécologie. Gardes sur place.

2 MEDECINS INTERNISTES orientation infectiologie souhaitée - Pour compléter une équipe de 2 praticiens.
Service de 30 lits. Médecine interne et infectiologie. Consultations VIH, hépatites, CAI.

Contact : Virginie Delrio-Collin - Responsable des Affaires Médicales
affairesmedicales@ch-sallanches-chamonix.fr - Tél. : 04 50 47 30 77
Toutes les informations utiles sur notre site internet **www.chi-mont-blanc.fr**

PAYS DE LA LOIRE

LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT NAZAIRE

11, boulevard Georges CHARPAK - BP 414 - 44606 Saint-Nazaire Cx

RECRUTE 1 médecin du travail à 100 %

avec un exercice partagé sur le GCSMS estuaire de Saint-Brévin-les-Pins (0.80 ETP négociable) et le centre hospitalier de Savenay (0.10 ETP)

Poste à pourvoir de suite

centre hospitalier saintnazaire

Exigence du poste :
médecin inscrit au conseil national de l'ordre des médecins, titulaire d'une spécialisation en médecine du travail (CES ou DES)

Lettre de motivation et CV sont à adresser à :
MME LIMOGES – DRH – Adresse ci-dessus
ou par mail : drh-contrats@ch-saintnazaire.fr

Centre Hospitalier Jacques Boutard
Place du Président Magnaud - CS 60005
87500 Saint Yrieix la Perche
Tél : 05.55.75.75.75 - Fax direction : 05.55.75.75.19
www.chjb.fr

Le centre hospitalier de Saint-Yrieix (87500) en Haute-Vienne (Limousin)

Recherche un médecin urgentiste

à temps plein pour compléter son équipe médicale

Dans une région connue pour son cadre de vie agréable, le centre hospitalier de Saint-Yrieix (360 lits) est dynamique, en développement et en bonne santé financière. Il fait fonctionner un service d'urgences/SMUR, ainsi qu'un service d'imagerie (scanner, radiologie conventionnelle, échographies, mammographies, IRM), des unités de médecine, de chirurgie ambulatoire et de médecine ambulatoire, de soins de suite et d'hébergement, et un plateau important de consultations externes spécialisées.

Le centre Hospitalier de Saint-Yrieix dispose d'une équipe de médecins jeunes, ses projets de développement sont nombreux et le travail en réseau avec le CHU de Limoges est très développé. Il couvre un secteur de population de 70.000 habitants sur trois départements (sud de la Haute-Vienne, nord de la Dordogne, ouest de la Corrèze).

Le service des urgences de Saint-Yrieix dispose :
- De 8 boxs d'accueil dont 1 de déchocage.
- De 2 lits UHCD.

L'équipe médicale est composée de 6 médecins urgentistes et d'un interne en médecine générale, qui exercent en temps continu (48hs/semaine).
Le SMUR fonctionne de 8 heures 30 à 18 heures 30.

Poste à pourvoir dès septembre 2014, tous statuts possibles (praticien titulaire ou contractuel, assistant...). CAMU validée ou DESC, inscription à l'ordre nécessaire.

Candidatures à adresser à : Monsieur Raphaël Bouchard - Directeur du Centre Hospitalier Jacques Boutard - Place du président Magnaud - 87500 Saint-Yrieix-la-Perche
Pour toute information : Docteur Anne Sophie Trarieux - Chef de service - 05 55 75 75 75 - trarieux.anne@ch-st-yrieix.fr
Martine Dorsaix - Responsable ressources humaines - 05 55 75 75 05 - dorsaix.martine@ch-st-yrieix.fr

SAINT-YRIEIX

Le Centre Hospitalier de Saint-Yrieix (87500) en Haute-Vienne (Limousin)

Recherche un médecin cardiologue à temps plein

Dans une région connue pour son cadre de vie agréable, le centre hospitalier de Saint-Yrieix (360 lits) est dynamique, en développement et en bonne santé financière. Il fait fonctionner un service d'urgences/SMUR, ainsi qu'un service d'imagerie (scanner, radiologie conventionnelle, échographies, mammographies, IRM), des unités de médecine, de chirurgie ambulatoire et de médecine ambulatoire, de soins de suite et d'hébergement, et un plateau important de consultations externes spécialisées.

Le centre hospitalier de Saint-Yrieix dispose d'une équipe de médecins jeunes, ses projets de développement sont nombreux et le travail en réseau avec le CHU de Limoges est très développé. Il couvre un secteur de population de 70 000 habitants sur trois départements (sud de la Haute-Vienne, nord de la Dordogne, ouest de la Corrèze).

Le service de cardiologie de Saint-Yrieix dispose :
- D'un service de médecine cardio-vasculaire (10 lits) prenant en charge des patients présentant une pathologie cardiaque et des patients en post-opératoire d'une chirurgie cardiaque.
- D'un service de surveillance continue (8 lits) pour les patients nécessitant une surveillance monitorée des constantes vitales. UHCD.
- D'un plateau technique (échocardiographie transthoracique et transœsophagienne, épreuve d'effort, holter ECG, MAPA, VO2 max...).

L'équipe médicale est composée de 2 médecins cardiologues temps plein (un praticien absent d'août 2015 à mars 2016 justifiant ce recrutement) de 2 médecins cardiologues effectuant chacun deux demi-journées hebdomadaires et d'un poste d'interne en médecine générale.

Poste à pourvoir de juin 2015 à mi-mars 2016, médecin cardiologue temps plein habilité à participer aux astreintes de cardiologie (inscription à l'ordre des médecins indispensable), tous statuts possibles (praticien titulaire ou contractuel, attaché, assistant...).

Possibilité de logement. Ce poste pourra évoluer vers un poste définitif en fonction de l'évolution de l'activité.

Candidatures à adresser à :
Monsieur Raphaël Bouchard - Directeur du Centre Hospitalier Jacques Boutard - Place du Président Magnaud - 87500 Saint-Yrieix-la-Perche

Pour toute information :
Docteur Annabel Douzon - Chef de Service - 05 55 75 73 99 - douzon.annabel@ch-st-yrieix.fr
Martine Dorsaix - Responsable Ressources Humaines - 05 55 75 75 05 - dorsaix.martine@ch-st-yrieix.fr

CHRU BREST
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE

Le Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Brest

7 sites - 2 593 lits et places - 5 500 collaborateurs

Recrute un assistant spécialiste en chirurgie digestive

Recrutement visant à conforter une équipe de territoire intervenant au CHRU sur le site de Carhaix et au CH des Pays de Morlaix.

Cette équipe est composée d'un PUPH du CHRU de Brest exerçant à Morlaix (Professeur Patrick LOZAC'H) et de 5 chirurgiens partageant leur activité entre le CH des Pays de Morlaix et le CH de Carhaix.

- Poste dont l'activité principale se situera au CHRU sur le site de Carhaix (permanence des soins, chirurgie digestive en dehors du cancer), et secondairement au CH des Pays de Morlaix, où sont opérés les patients atteints d'un cancer digestif (avec un recrutement notoire de cancer de l'œsophage et de l'estomac).
- Poste permettant à un jeune chirurgien, de bénéficier d'une formation de qualité dans la prise en charge des malades en urgence, à la coelioscopie digestive et à la chirurgie lourde (œsophage, estomac, pancréas, colon, rectum).
- Prise de gardes sur le site de Carhaix, donc nécessité, pour le candidat, d'être inscrit au Conseil de l'Ordre.
- Prime pour exercice sur plusieurs établissements.

Renseignements :
Professeur LOZAC'H - Responsable de Structure Interne - Service de Chirurgie Générale et Digestive du Site de Carhaix
secmedchirviscerale@ch-morlaix.fr - Secrétariat : 02 98 62 60 63 ou 02 98 62 69 53

Candidatures à adresser à :
Monsieur Gwendal Maringue - Directeur des Affaires Médicales - Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Brest
2, avenue Foch - 29609 Brest Cedex - sec.affairesmedicales@chu-brest.fr - Tel : 02 98 22 37 80 - Fax : 02 98 22 38 43

CENTRE HOSPITALIER DES PAYS DE MORLAIX

Le Centre Hospitalier des Pays de Morlaix (29)
établissement de 1 054 lits, avec des activités MCO
Psychiatrie - SSR - USLD - EPHAD

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

1 neurologue (H/F)

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

2 psychiatres temps plein

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

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

Contact
Centre Hospitalier des Pays de Morlaix - Kersaint Gilly - 29600 MORLAIX
Tél. secrétariat affaires médicales : 02 98 62 69 11
Courriel : azarrella@ch-morlaix.fr | Site internet : www.ch-morlaix.fr

BRETAGNE

LE CENTRE HOSPITALIER DE LANNION
(Côtes d'Armor)

RECRUTE

PRATICIEN HOSPITALIER
DANS LES SPECIALITES SUIVANTES :

1 cardiologue | 1 neurologue
1 gynécologue-obstétricien | 2 urgentistes
1 gastro-entérologue | 1 radiologue
1 médecin MPR | 1 gériatre

Temps Plein

Environnement attractif à proximité de la mer (côte de granit rose)

Centre Hospitalier
LANNION-TRESTEL

Pour tout renseignement s'adresser à :
Monsieur le Directeur des affaires médicales Tél. : 02 96 05 71 19 Courriel : sec-affairesmedicales@ch-lannion.fr

CHAMPAGNE-ARDENNE

CENTRE HOSPITALIER TROYES

Le Centre Hospitalier de TROYES (10 – AUBE – 170 km de Paris)
recrute radiologues statut PH, contractuel, assistant, temps plein ou temps partiel.

Hôpital de 10 86 lits dont 628 en court séjour.
Plateau technique important et en développement : IRM 1,5 T - 2ème IRM 3T (en 2016) - 2 scanners 128 et 64 coupes - 3 échographes 2 mammographes - 5 salles radio conventionnelle numérisées - 1 salle coro-vasculaire - SIR/PACS.
Equipe actuelle : 8 praticiens temps plein + 2 praticiens temps partiel + 2 ou 3 internes - Astreintes opérationnelles à domicile.
Activité importante et variée.
Possibilité de développer une imagerie d'organe dans toutes les sous-spécialités radiologiques.
Exercice libéral possible pour un praticien titulaire - Contrat de clinicien hospitalier envisageable.

Prendre contact avec :
Dr M. AL MHANA - moukles.almhana@ch-troyes.fr
ou Dr J. PRADEL - jean.pradel@ch-troyes.fr
Secrétariat radio : 03 25 49 49 82

Adresser candidature détaillée à :
M. le Directeur du C.H. de Troyes
101, avenue Anatole France - 10003 TROYES Cedex

Le Centre Hospitalier de Troyes (Aube)
130 km de Paris, 628 lits MCO, premier établissement du territoire de santé Sud-Champagne,

recherche **un gynécologue-obstétricien**
(poste statutaire ou contractuel) à temps plein

Activité :
• Maternité niveau III (présence d'un service de réanimation néonatale) • Bassin de naissance d'environ 3 500 naissances • Chirurgie gynécologique (locaux neufs) • Filière complète de sénologie • Filière d'orthogénie • Consultations en gynécologie-obstétrique • Plateau technique complet
www.ch-troyes.fr.

Missions principales :
• Prise en charge globale des parturientes • Pratiquer des actes chirurgicaux et obstétricaux, activité diagnostique, rôle de prévention et de surveillance.
• Travail en collaboration avec les différents secteurs (anesthésie, néonatalogie, pédiatrie…) • Participer à la permanence des soins.

Renseignements :
• Docteur Isabelle ARNAULT - Chef du pôle Mère-Enfant - isabelle.arnault@ch-troyes.fr - Tél. : 03 25 75 92 77
• Docteur Alphonse Mécas KIMPAMBOUDI - Responsable du service gynécologie-obstétrique - alphonse.kimpamboudi@ch-troyes.fr - Tél. : 03 25 49 19 04

Renseignements administratifs :
Madame Julia Le GOUGUEC - Directrice des ressources humaines et des affaires médicales - julia.legouguec@ch-troyes.fr

CENTRE HOSPITALIER TROYES

ACCUEIL

CENTRE HOSPITALIER TROYES

Le Centre Hospitalier de Narbonne

Principal établissement public de santé desservant l'Est du département de l'Aude.

Etablissement de 550 lits et places, soins en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour en médecine, chirurgie, obstétrique, EHPAD et soins de longue durée, plateau technique - scanner - IRM.
Chirurgie orthopédique : ALR+++, échographe, chirurgie viscérale, chirurgie urologique, chirurgie gynécologique, endoscopies digestive, un peu de chirurgie maxillo-faciale, ORL et ophtalmo, pédiatrie à partir de 5 ans, obstétrique 800 accouchements/an, 70% d'analgésie périmédullaire réanimation et surveillance continue, soins intensifs cardio-neuro, service d'urgences et SMUR, psychiatrie.

Conditions d'exercice réellement attractives dans une très belle région, proche de la mer, de la montagne et de l'Espagne, Montpellier à 1h, Toulouse à 1h30.

Hôpital Narbonne

1 ANESTHESISTE TEMPS PLEIN, activité d'anesthésie polyvalente et variée.

- Equipe de 10 IADE, 1 IADE/salle, 1 MAR pour 2 salles sauf chirurgie lourde et pédiatrie, 6 salles d'intervention + 1 salle d'endoscopie équipée aux normes SFAR, 3 salles d'accouchement, 1 salle de césarienne.
- SSPI de 9 postes, soins continus et réanimation gérés par les réanimateurs.
- Garde sur place (3 à 5 gardes/mois) et repos de sécurité.

1 GYNECOLOGUE, ancien chef de clinique, projet médical de service réaliste et ambitieux, en qualité de chef de service.

1 GYNECOLOGUE, en fin de formation, à la recherche d'un poste en post-internat immédiat, partagé avec un CHU en qualité d'assistant spécialiste avec perspectives de poste de PH à court terme.

Equipe de 5 PH temps plein • 4 pédiatres et 14 sages-femmes internes de médecine générale et de spécialité.
Maternité de niveau 1 - Garde sur place à très court terme • 850 accouchements par an & 8 000 consultations.
23 lits gynécologie-obstétrique & 16 lits pédiatrie dans des locaux très attractifs, en centre ville bloc obstétrical récent et équipé en conformité avec l'état de l'art • Péridurales 24/24 - Anesthésiste sur place.

1 RADIOLOGUE TEMPS PLEIN

Equipe de 6 PH temps plein. **Si possible un ancien chef de clinique.**
Equipe médicale actuellement composée de 5 PH • Echographie - Scanner - IRM - Imagerie conventionnelle.

1 ONCOLOGUE TEMPS PLEIN

Projet médical et équipe médicale à construire pour organiser l'offre et répondre aux besoins de la population.
4 lits d'oncologie, possibilité rapide de 6 lits.
Autorisation de chimiothérapie, de chirurgie digestive cancérologie et cancérologie gynécologie.

Candidatures à adresser à :
Monsieur le directeur
Centre Hospitalier
BP 824 - 11108 NARBONNE CEDEX
direction@ch-narbonne.fr
Mailto : direction@ch-narbonne.fr

Renseignements auprès de :
Dr Dominique METADIER DE SAINT-DENIS
Président de la CME
04 68 42 63 28
dominique.metadier@ch-narbonne.fr
Mailto : dominique.metadier@ch-narbonne.fr

Mme Karine HAMELA
Directrice des Affaires Médicales
Financières et du Système d'Information
04 68 42 60 28
Mailto : affairesmedicales@ch-narbonne.fr

LANGUEDOC-ROUSSILLON

CENTRE HOSPITALIER
Carcassonne

Carcassonne est une ville attrayante (de 50 000 habitants) située à 94 km de Toulouse, 60 km de Narbonne, à proximité des Pyrénées et du littoral méditerranéen. Aéroport, 10 lignes en Europe. Centre Hospitalier pivot du territoire de l'Aude de 476 lits, places et postes, MCO, 290 lits d'hébergement et 15 places d'accueil de jour, engagé dans une politique d'investissement ambitieuse avec l'ouverture du nouvel hôpital en mai 2014.

RECRUTE

1 cardiologue temps plein

Ou pour un remplacement pour la période estivale sur un profil d'angioplasticien ou profil non invasif au sein du service de cardiologie.
Composé de 28 lits ainsi que 6 lits d'USIC et 12 lits d'hospitalisation de semaine.

Activité de cardiologie interventionnelle :
Coronarographies, angioplasties, rythmologie invasive, pacemakers...
Echographies cardiaques avec ETO, imagerie : scintigraphie, IRM, cardiaque, coroscanner...

1 pédiatre temps plein à orientation néonatologie et urgences pédiatriques

Service composé de 13 lits de pédiatrie, 4 lits d'hôpital de jour et 6 lits de néonatologie. Maternité avec 1 800 accouchements par an et néonatologie niveau 2A.

1 néphrologue temps plein

Ou pour un remplacement.
Service de 5 praticiens. 14 lits d'hospitalisation.
Hémodialyse (22 postes). Dialyse périnoténale.
Participation aux astreintes de la dialyse hors centre (structure associative).

1 gynécologue-obstétricien temps plein

Pour renforcer une équipe de 10 praticiens et 37 sages-femmes (en anticipation d'un départ à la retraite).
Compétences chirurgicales gynécologiques et échographiques recherchées.

- Maternité niveau 2A comptant 1 800 accouchements.
- Activité de chirurgie gynécologie et importance de la filière cancérologique (autorisation en chirurgie sénologique et gynécologique).

1 neurologue temps plein

Service de 26 places et 6 lits d'UNV

Pour tout renseignement prendre contact avec les Affaires médicales
Tél. : 04 68 24 20 90 ou 04 68 24 35 30 - Mail : secretariat.affairesmedicales@ch-carcassonne.fr

CORSE

CENTRE HOSPITALIER D'AJACCIO
Dans le cadre de son développement et de la construction de son nouveau bâtiment.

LE CENTRE HOSPITALIER D'AJACCIO RECRUTE

Médecins urgentistes | Médecins en gynécologie-obstétrique
Médecins radiologues | Médecins néphrologues
Médecins anesthésistes réanimateurs | Médecins pneumologues
Médecins cardiologues...

Envoyer CV et prétentions à :
Monsieur le Directeur Général - Centre Hospitalier d'Ajaccio
27, Avenue Impératrice Eugénie - 20303 AJACCIO CEDEX
Ou par mail : affmed.brigitte@ch-ajaccio.fr

LE CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE (GUYANE) RECHERCHE

DES MEDECINS H/F

Neurologue | Radiologue | Oncologue
Chirurgien ORL | Gynécologue obstétricien
Médecin interniste

Conditions de recrutement :

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

Pour tout contact, merci de contacter la Direction des Affaires Médicales
afm@ch-cayenne.fr au 05 94 39 51 26

ou par voie postale :
Rue des Flamboyants - BP 6006 - 97306 CAYENNE CEDEX

CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL KOUROU
croix-rouge française

Centre Médico Chirurgicale de Kourou

Pierre Boursiquot Etablissement privé PSPH)
120 lits situé au cœur de la ville spatiale de Kourou, à deux pas du Centre Spatial Guyanais et a 60 km de la capitale Cayenne.

RECRUTE

Pour Son Service de Chirurgie **CHIRURGIEN ORTHOPEDISTE (H/F) CDD et/ou CDI - Temps plein ou partiel annualisé**

Poste à pourvoir rapidement

Chirurgien du membre supérieur ; compétences en chirurgie de l'épaule ; ACCA des hôpitaux universitaires ; conditions d'exercices attractives
Pour les renseignements d'ordre technique, contacter Dr PY au 05 94 32 76 63 ou pyg@cmck.org

---

Pour Son Service Imagerie Medicale : Unité moderne avec des équipements de haute technologie
Plateau technique : 3 salles numérisées (système FUJI), un scanner GE high-speed 64, un échographe Hitachi, un échographe GE logic 9, un mammographe numérisé, IRM installation prévue pour fin 2015/début 2016

RADIOLOGUES (H/F) - ***Poste à pourvoir rapidement***
Compétences IRM et mammographie souhaitées CDD et/ou CDI - Temps plein ou partiel annualisé

Conditions d'exercices attractives dans le cadre d'un projet de développement
Pour les renseignements d'ordre technique, contacter Dr CASIMIRI-LEANDRI au 05 94 32 20 89 ou casimirileandrif@cmck.org

---

Dans le Cadre de L'ouverture de Nouvelles Spécialités

UN MEDECIN GASTRO ENTEROLOGUE - CDI temps plein ou temps partiel annualisé

Endoscopie digestive diagnostique et compétence en endoscopie interventionnelle souhaitée. ***Poste à pourvoir rapidement***

Profil recherche : Ancien interne/Ancien chef de clinique • Conditions d'exercices attractives dans le cadre d'un projet de développement
Pour les renseignements d'ordre technique, contacter Dr LACROIX ou Dr BENARD - 05 94 32 20 71 - Dr ALVAREZ - 05 94 32 20 60

Rémunération motivante : majorations DOM et primes spécifiques de la Convention Collective CRF

Adresser lettre de motivation et CV, titres à : Mme ROYER - Directeur des Affaires médicales CMCK - BP 703 - 97387 Kourou Cedex
Tél. : 05 94 32 84 85 - Fax : 05 94 32 76 00 - E-mail : royern@cmck.org

---

Le Centre Hospitalier de la Basse-Terre Recrute

Ces postes sont immédiatement disponibles

des praticiens à temps plein dans les spécialités suivantes :

• 2 gynécologues-obstétriciens • 1 médecin urgentiste • 2 radiologues
• 1 médecin polyvalent • 1 gériatre • 1 anesthésiste-réanimateur

Etablissement MCO, dans une région reconnue pour son cadre de vie agréable, le Centre Hospitalier de la Basse-Terre, a une capacité de 213 lits et est organisé en 4 pôles :
- Pôle vasculaire (cardiologie et maladies métaboliques).
- Pôle médico-chirurgical (chirurgies et médecines).
- Pôle mère-enfant (gynécologie-obstétrique et pédiatrie).
- Pôle soins critiques et médico-techniques (urgences-smur, imagerie médicale, laboratoire, blocs opératoires et anesthésie-réanimation).

Il dispose d'un plateau technique moderne et performant.

Les candidatures accompagnées d'un CV et d'une lettre de motivation doivent être adressées à :
La Direction des Affaires Médicales - M. BOUCHAUT/Mme MOLINIE - Tél. : 05 90 80 54 74 - 05 90 80 54 32
xavier.bouchaut@ch-labasseterre.fr - fabienne.molinie@ch-labasseterre.fr
Avenue Gaston Feuillard - 97100 BASSE-TERRE

L'Association Saint-François d'Assise recherche pour son Hôpital d'Enfants (SSR pédiatrique) basé à Saint-Denis de la Réunion,

1 médecin coordonnateur MPR en CDI temps plein

ASSOCIATION SAINT-FRANCOIS D'ASSISE

Descriptif du poste : Rattaché-e directement au directeur de l'établissement, le médecin coordonnateur est garant de l'ensemble de la prise en charge médicale des patients du service de rééducation fonctionnelle : 10 lits d'hospitalisation complète et 30 places d'hôpital de jour (à développer), un Centre de Références des Troubles Spécifiques des Apprentissages (CRTSA), une classe neuro psychologique, centre des maladies neuro musculaire.

Les pathologies du service concernent les atteintes neuro orthopédiques, orthopédiques et traumatologiques, les brûlés, les affections neuro psychologiques, les affections urinaires, le polyhandicap.
Le médecin coordonnateur veille à la qualité des soins médicaux et favorise la transdisciplinarité ; il pilote les filières d'hospitalisation complète et de jour.

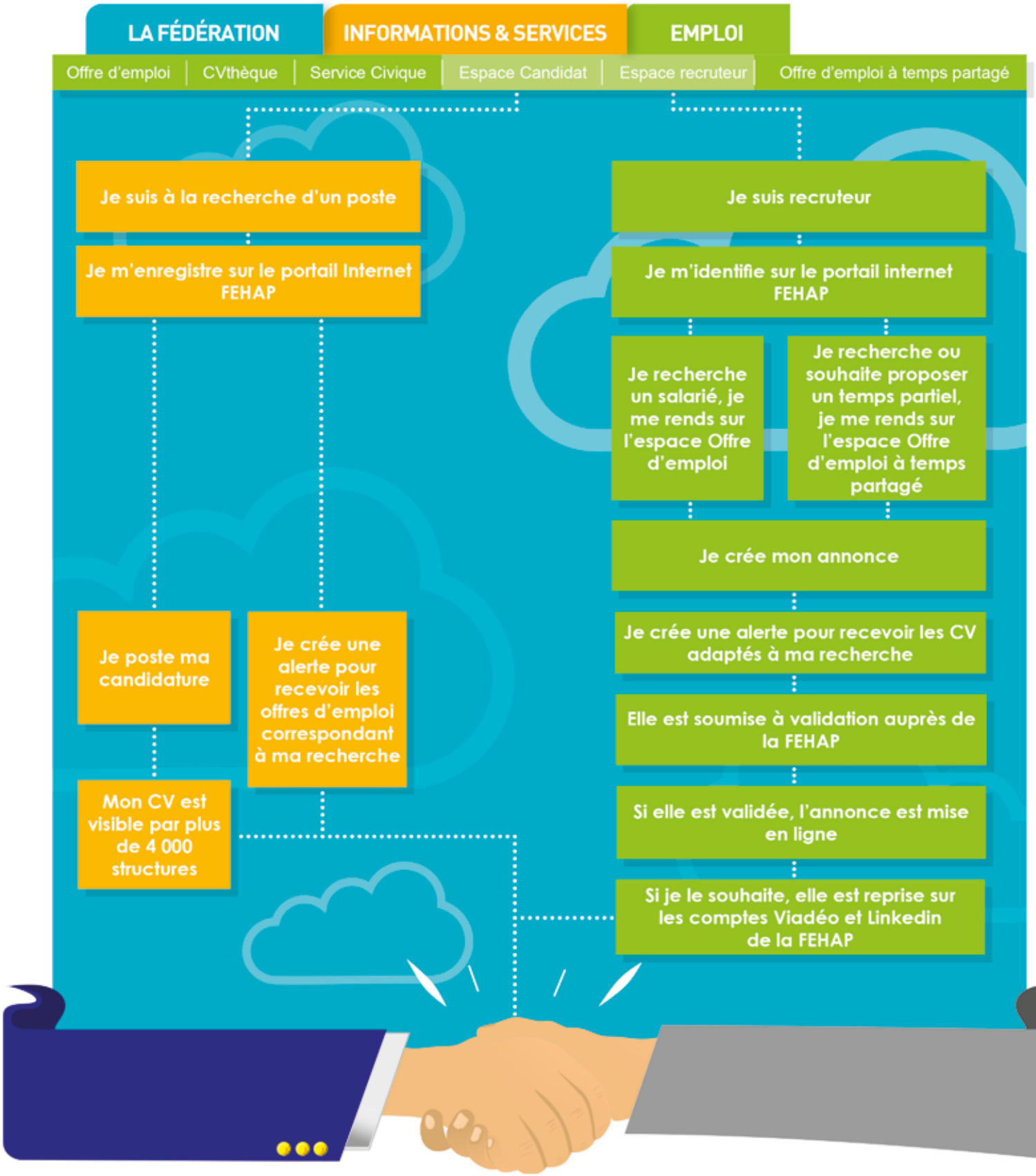
Profil recherché : Docteur en médecine physique et réadaptation, pratique avérée et compétences reconnues dans le domaine de la rééducation/réadaptation et dans le management d'équipe.
Etre force de propositions et assurer le lien médical avec la directeur de l'établissement et les différents services de l'Hôpital d'Enfants.

Rémunération selon Convention Collective Nationale FEHAP 1951 (majoration + 20% DOM).

Poste à pourvoir immédiatement *Candidature auprès de Mme Evelyne BERGE - DRH - 02 62 90 87 96 ou drh@asfa.re*

RECRUTEZ EN QUELQUES CLICS

sur notre portail internet **www.fehap.fr**



MATCHING !

FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE PRIVÉS NON LUCRATIFS
179 rue de Lourmel, 75 015 Paris • 01 53 98 95 00

Rejoignez la communauté des Praticiens Hospitaliers

Sur Reseauprosante.fr

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