

AU SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| Conséquences de la démographie médicale : vers un drame sanitaire | 2 |
| Le point sur les GHT | 5 |
| La médecine d'urgence en 2015 : des structures et des Hommes. | 6 |
| Vous avez dit violences obstétricales ? | 8 |
| Protection fonctionnelle et Loi relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires | 9 |
| La spécialité de gériatrie victime de maltraitance économique | 10 |
| Le secret médical : une vraie valeur déontologique qui motive fortement les PH | 12 |
| Flash info | 12 |
| Agenda | 12 |
| Petites Annonces | 14 |

Éditorial

NICOLE SMOLSKI, PRÉSIDENTE D'AVENIR HOSPITALIER

2 novembre 2015 : nous venons de recevoir de la ministre ses 12 engagements pour l'attractivité des carrières médicales à l'hôpital.

Comme nous le lui avons dit en séance, que de temps perdu ! Nous avons pu mesurer combien le temps politique, le temps administratif, sont loin de notre temps à nous, praticiens mais aussi syndicalistes. **Nous pensions qu'il fallait un choc d'attractivité, alors que nous nous trouvons face à un rapport Le Menn resté 6 mois sous embargo, en gestation depuis plus d'un an.** Il aura fallu attendre la fin des élections professionnelles des libéraux, puis la fin de l'analyse de la Loi au Sénat, pour qu'on se tourne vers l'hôpital ! Au total, 3 ans d'attente !

Si globalement 30 % des postes sont vacants, certains établissements ou certaines spécialités ont touché le fond et les conditions d'exercice ne sont plus sécuritaires. L'intérim médical, en plus de l'absence de réponse qualitative, ne répond plus aux demandes quantitatives. Cet été, certains services ont dû fermer faute de praticiens. D'autres fonctionnent dans un tel état qu'on comprend que les collègues quittent le navire, avant de plonger dans un drame médico-légal, ou dans un *burn out* dont ils ne sortiront pas indemnes.

Mr Le Menn a bien compris les enjeux concernant les emplois médicaux hospitaliers, mais il n'a pu se soustraire aux forces négatives qui ne veulent surtout pas que les choses changent à l'hôpital. Ces mêmes forces qui ont porté et soutenu la Loi HPST, la tarification à l'activité à 100 %, qui ont totalement modifié le rapport au patient devenu client, à l'hôpital devenu entreprise, se sont dévoilées pour que rien ne change concernant les médecins hospitaliers.

Partant du principe non validé que le creux démographique est au pire et que dans 7 ans au maximum les hôpitaux vont être submergés par les demandes de postes hospitaliers des jeunes médecins, les directeurs jouent la montre. Tout est freiné : l'application des textes sur les astreintes, la circulaire sur les urgentistes.

Ne boudons toutefois pas notre plaisir : un certain nombre de ces mesures annoncées par la ministre étaient revendiquées depuis plus de 10 ans par nos organisations syndicales. Nous avons été entendus :

- Sur l'extension de droits sociaux et d'exercice à tous les médecins et pharmaciens hospitaliers, actant la fin d'une précarisation inadmissible.
- Sur les simplifications statutaires, la convergence entre temps plein et temps partiel.
- Sur la prime d'engagement avec avancement accéléré pour les zones sous-denses et spécialités sinistrées, la ministre s'engageant à ce que son niveau soit attractif.
- Sur les valences de temps non cliniques avec dimensionnement des équipes le permettant.
- Sur la prime d'exercice territorial, dont nous demandons un montant vraiment significatif, et qui touchera 15 000 praticiens hospitaliers.
- Sur certaines mesures d'équité concernant la permanence des soins, à savoir un seul niveau d'astreintes opérationnelles et un seul niveau de temps additionnel, de jour.
- Sur un management permettant plus de reconnaissance au travail.

Toutefois, **il manque quelques morceaux de taille en termes d'équité et de reconnaissance du travail effectué la nuit. Il faut que la journée de travail soit découpée en 5 demi-journées et non plus 4.** Les praticiens qui travaillent 24 heures de suite doivent se voir créditer d'une demi-journée supplémentaire. Nous ne pouvons voir perdurer une telle injustice entre praticiens, selon le mode déclaratif du temps de travail. Nous demandons aussi que, **même pour les zones et spécialités à l'équilibre, il n'y ait plus cette chute de rémunération entre la fin du post-internat et l'entrée dans le statut de praticien hospitalier** : perdre plus de 1 000 euros par mois en début de carrière n'est pas acceptable. Les mesures contenues dans la Loi de santé visant à régler l'intérim médical ne sont absolument pas à la hauteur des enjeux actuels. Se limiter à ces mesurette, c'est nier le drame sanitaire en train de se dessiner. La ministre a annoncé que les discussions sur la déclinaison de la circulaire urgentistes aux spécialités à sujétion comparable allaient démarrer, et qu'elle était ouverte à ce que notamment le concept 24H = 5DJ y soit traité : prenons acte. Il reste maintenant beaucoup de travail : mais nous allons continuer à œuvrer. ●

ISSN : 2417-3258

DIRECTEUR DE PUBLICATION :

CHRISTIANE MURA

RÉDACTEUR EN CHEF :

NICOLE SMOLSKI

RÉDACTEUR :

SAVERAE SARGENTINI

COMITÉ DE RÉDACTION :

FRANÇOIS BRAUN, ANNE DAVID-BREARD, RAPHAËL BRIOT, OLIVIER DUFFAS, JEAN GARRIC, LAURENT HEYER, BERNARD PLANQUES, PASCALE LE PORS-LEMOINE, MICHEL SALOM, YVES RÉBUFAT

EDITEUR : EKTOPIC

EKTOPIC@EKTOPIC.COM

IMPRESSION : IMPRIMERIE IMPRIMATUR

Conséquences de la démographie médicale : vers un drame sanitaire

SAVERIA SARGENTINI, JOURNALISTE

La dégradation des conditions de travail à l'hôpital liée à la démographie médicale devient gravissime, surtout pour certaines spécialités. Ainsi, le recours à l'intérim médical a définitivement atteint ses limites et le seuil de tolérance a été dépassé. Ce problème soulevé par le SNPHAR-E il y a 5 ans et concrétisé par le rapport Véran en décembre 2013, dépasse maintenant le stade du diagnostic, et nous oblige à alerter sur les risques sanitaires rencontrés dans certains hôpitaux. Pascale Le Pors (gynéco-obstétricienne SYNGOF) et Max-André Doppia (anesthésiste réanimateur, SNPHAR-E) ont accepté de partager leurs constats.

Avenir Hospitalier : Comment décrivez-vous l'évolution de vos conditions de travail ?

Pascale Le Pors : Dans les hôpitaux français, 25 % des postes de PH ne sont pas pourvus en gynécologie obstétrique. Mais les chiffres sont très variables, selon le lieu, le type d'hôpital... Dans les maternités assez importantes où le nombre de PH est conséquent, on arrive encore à recruter de jeunes collègues et des remplaçants. Sur les plateaux techniques plus petits, avec souvent des équipes incomplètes, on assiste à une succession d'intérimaires en pédiatrie, en anesthésie, en obstétrique ; du coup, les conditions d'exercice deviennent dangereuses, les titulaires partent, et la situation s'aggrave, dans une spirale infernale.

Même si l'exercice hospitalier est parfois critiquable (hiérarchie, lourdeur administrative, charges non cliniques), les jeunes envisagent de rester au sein d'une équipe bien dimensionnée. Au contraire, au delà d'un certain seuil de *turn over*, on observe un effet boule de neige qui aboutit *in fine*, à avoir des services qui ne tournent qu'avec personnel médical interimaire. Parfois, il demeure un ou deux praticiens obstétriciens qui ont à cœur de défendre leur établissement, et qui soutiennent toute la charpente du système, tout en sachant que la charpente finira par s'effondrer un jour. Sans oublier que ces bataillons de PH de plus de 60 ans qui n'ont jamais compté leurs heures, n'ont souvent pas pu laisser la place nécessaire à leur formation continue : cette façon de vivre son travail, en enchaînant les nuits,

les jours, au détriment de leur vie familiale et de leur FMC, n'est pas un exemple à perpétuer pour attirer les jeunes médecins qui exigent qualité de vie, sérénité et sécurité au travail, et formation continue.

La démographie médicale oblige à faire appel à des remplaçants, mais pas dans n'importe quelles conditions !

Max-André Doppia : L'évolution est tout à fait défavorable dans certains établissements. Heureusement, il existe encore en France des établissements où il fait bon vivre, des unités et des services où l'on n'est pas malheureux, et où les équipes sont correctement dimensionnées. Mais il est de notre devoir de dire que dans certains autres, le seuil d'insécurité est dépassé et que nous ne pouvons assurer la sécurité partout, alors que jusque là nous parlions plutôt de dégradation de la qualité des soins et du bien être au travail. Une étape a été franchie.

Les situations sont hétérogènes, et plus ou moins vitales selon les spécialités. On peut se passer d'un neurologue ou d'un plasticien pendant une semaine, mais s'il n'y a plus d'anesthésiste réanimateur,

même 24 heures, l'hôpital est en insécurité. Les statistiques du CNG nous disent qu'aujourd'hui s'il y a plus de praticiens, le nombre de postes vacants est plus important lui aussi et que les départs par démissions arrivent après les départs en retraite, avec un solde négatif en anesthésie. Et comme les jeunes hésitent à s'engager notamment dans les équipes sous dotées, il est nécessaire de faire de plus en plus souvent appel à des intérimaires temporaires. Ce qui il y a peu d'années était un phénomène inquiétant est, en raison du dépassement du seuil de tolérance, devenu inacceptable aussi bien pour les patients que pour les soignants et les PH titulaires. L'activité se dégrade car l'intégration de ces médecins devient impossible. En Normandie, 35 à 38 % des postes de PH ne sont pas pourvus, en Picardie c'est presque 40 % ! Cependant, les chiffres et les situations varient selon la spécialité et la région. Lorsque les équipes ne sont pas au complet la charge de travail augmente, il n'y a pas d'équité possible dans les prises en charge des patients trop lourds que les intérimaires souvent refusent de prendre en charge, d'où une charge morale pour les titulaires croissante. Il suffit de tendre l'oreille dans les couloirs des hôpitaux pour entendre qu'on ne travaille pas aussi bien qu'avant.

AH : Pensez-vous que la direction de votre hôpital ait pris la mesure de cette dégradation ?

PLP : Les pouvoirs publics essaient de régler tout cela avec les GHT. En l'occurrence, dans l'hôpital où je travaille,

LA LISTE DES POSTES DE PH DISPONIBLES AU TOUR DE RECRUTEMENT D'AUTOMNE EST PUBLIÉE SUR SITE DU CNG.

Cette liste est loin d'être limitative puisque les établissements ne sont pas obligés de publier tous leurs postes vacants. Il y a donc, dans certaines disciplines, plus de postes libres qu'il n'y paraît.

Pour consulter la liste, par région et par spécialités, rendez-vous sur : <http://www.cng.sante.fr/-Tour-de-recrutement.html>

l'équipe est complète, sans réel problème de recrutement sur notre plateau technique. En revanche, il existe des maternités de proximité qui connaissent de réels soucis de recrutement, avec la présence d'un nombre important d'anesthésistes et de pédiatres intérimaires qui exercent dans des conditions plus difficiles. De ce fait, on nous a longtemps poussés à monter une équipe commune, mais ce n'est pas l'idéal en matière de sécurité d'exercice. Face à cette situation, à tous ces postes vacants, les directeurs se rendent

bien compte du problème à venir et pensent que les GHT vont tout solutionner, ce qui nous inquiète, nous qui savons combien un exercice sécuritaire passe par la connaissance fine des interlocuteurs avec qui on travaille. Il faut que

Les directeurs d'hôpitaux sont tout autant gênés par la dégradation des hôpitaux que les PH et personnels soignants !

certains plateaux techniques soient restructurés, on ne peut tenir à bout de bras des équipes pour de faibles activités ; mais il faut que les transferts d'activités et de moyens humains se passent

harmonieusement : des plateaux techniques attractifs attireront les jeunes, mais les moins jeunes doivent être accompagnés pour les changements d'activité, en tenant compte de leurs propres évaluations de leurs capacités professionnelles. Sinon ils abandonneront, en choisissant par exemple de faire de la PMA ou encore de l'échographie.

MAD : Les patients sont moins bien pris en charge car il existe une forte pression de production. Les hôpitaux fonctionnant au financement à l'activité, pour maintenir certains hôpitaux à flot, on a moins de temps à consacrer aux patients, moins de possibilités de temps d'échanges entre collègues, l'ambiance est tendue en permanence. On pourrait même affirmer que l'arbitrage sur le caractère nécessaire ou vital de certaines chirurgies, dépend désormais des anesthésistes présents et de leur stabilité pour que l'hôpital perde ou gagne en recettes et le patient en qualité. Alors, on essaie de tout faire tourner, plusieurs salles compliquées à la fois, là où on était en nombre avant, en

LE POINT DE VUE D'OLIVIER VERAN

En 2013, Olivier Veran rédige un rapport parlementaire sur l'emploi médical temporaire à l'hôpital. Il constate que les structures hospitalières ont recours à l'emploi temporaire de façon massive en raison de la pénurie chronique qui s'est installée. Il préconise alors plusieurs solutions telles que l'amélioration de l'organisation des hôpitaux en appuyant les établissements dans le recrutement de médecins hospitaliers entre autres.

AH : Trois ans après avez-vous le sentiment d'avoir été entendu ? Vos préconisations ont-elles été prises en compte ?

Olivier Veran : Même si toutes mes propositions n'ont pas été reprises, le rapport de 2013 a permis de lever le voile sur certaines pratiques et sur les difficultés qui avaient déjà été repérées, notamment par les syndicats des PH. Ce n'était plus un sujet de seconde zone, c'était devenu un problème de santé publique. De fait, les hautes instances ont été obligées de s'en saisir comme cela avait déjà été le cas pour les déserts médicaux. La question démographique a fait la une de l'agenda public, les français attendent ces mesures. Le travail de confection d'une Loi est laborieux sachant qu'il y a une Loi de Santé tous les cinq ans et à l'heure qu'il est, le plus dur semble derrière nous.

AH : Selon vous, cette Loi apportera t-elle les réponses adéquates à la question démographique ?

OV : La Loi de Santé est toujours en cours d'examen, les lectures

au Sénat (le six octobre dernier) et à l'Assemblée Nationale se succèdent et le temps paraît long. On pourra parler de mesures concrètes d'ici six à douze mois. Je pense que les mesures prévues par la Loi de santé permettront de réduire et d'encadrer le recours aux médecins intérimaires en jouant sur les tarifs et surtout en surveillant d'avantage les pratiques des hôpitaux, notamment lorsqu'ils ont recours de façon régulière à des médecins de courte durée.

La Loi prévoit également la création d'un pôle de médecins et de PH qui seront amenés à effectuer des remplacements dans les établissements où l'on a besoin d'eux, donc sur la base du volontariat. Tout dépendra des décrets d'application et des négociations avec les partenaires sociaux mais l'idée est simple : faire en sorte que les PH soient mobiles et qu'ils s'inscrivent dans ce type d'exercice avec un avancement dans leur grille ou peut être même avec des primes à la clef.

AH : Les GHT seraient donc une partie de la solution ?

OV : C'est la mesure en laquelle je crois le plus. Les GHT vont faire basculer l'interaction entre les hôpitaux et leur territoire de santé. Aujourd'hui, les hôpitaux d'un territoire donné sont trop souvent en concurrence alors qu'ils ont besoin de s'entraider, d'être solidaires. Ce sera l'élaboration d'un projet médical commun, la création d'une mobilité des équipes soignantes de façon à améliorer la disponibilité et l'accessibilité des soins sur tout le territoire. Selon moi, c'est le traitement de fond de la maladie du défaut d'attractivité de l'hôpital qui est étroitement lié au problème de la démographie.

essayant de minimiser les risques médicaux pour les patients ou les risques sur la santé au travail des soignants. Mais, nous ne sommes pas tranquilles.

Les indicateurs de fonctionnement ou de qualité HAS ou ANAP ne reflètent pas le vécu des professionnels. Il suffit d'aller sur le terrain pour entendre dire qu'ils ne s'y retrouvent pas : « c'est plus du boulot ! »

Quand des médecins remplaçants se succèdent toutes les semaines, tout le monde souffre : les para-médicaux, qui perdent leurs repères, les directeurs d'hôpitaux bien conscients que ce ne sont que des pis allers nécessaires mais non satisfaisants (sans parler du coût de ces solutions d'intérim). C'est un vrai dilemme : pour maintenir l'activité, on est obligé de faire appel aux remplaçants, à tout prix (2600 € chargés / 24 H), mais au prix de l'insatisfaction de tous les acteurs locaux, avec les conflits que ça génère au quotidien, et des risques pour les patients.

Comment imaginer que les internes puissent se former au contact de remplaçants qui changent en permanence ? C'est comme si on envoyait une institutrice différente chaque semaine dans une classe ! Ce ne sont pas de bonnes conditions pour apprendre son métier et les jeunes commencent à l'exprimer.

Même l'enseignement des jeunes infirmières s'en ressent, puisque leur apprentissage va se faire au contact de professionnels véhiculant leurs propres standards, sans transmission des valeurs partagées par une équipe cohérente.

AH : Quelles conséquences cette dégradation a-t-elle sur les relations au sein de l'équipe médicale ?

PLP : En obstétrique, lorsqu'on fait appel à plusieurs gynécologues obstétriciens qui tournent, il devient difficile d'organiser le service, la place de l'obstétricien est dégradée ce qui n'incite pas les praticiens à y rester. Un intérimaire ne peut pas imposer aux équipes et en particulier aux sages femmes de changer les fonction-

nements. Un nouveau médecin arrivant dans ce type de structure où les obstétriciens ont une place dégradée ne sera pas tenté d'y rester.

MAD : Les tutelles centrales n'ont pas encore perçu le degré de détresse qui existe dans certains secteurs hospitaliers publics, grands et petits, ne voyant l'intérim que sous l'aspect financier, ou parfois l'impossibilité d'en trouver suffisamment pour faire tourner l'hôpital H24. Les directions locales sont débordées et n'ont

Les tutelles centrales n'ont pas encore perçu le degré de détresse de certains secteurs hospitaliers !

pas les moyens de répondre à la véritable question, celle de l'attractivité de leur établissement, et du pourquoi de cette non attractivité. Elles surveillent leurs tableaux de bord, écoutent les chefs de pôle qui souvent n'ont pas le ressenti du terrain et le degré fort de la dégradation. Elles ne voient pas que les PH sont épuisés, écoeurés des mauvaises conditions de prise en charge des patients, de formation des internes, de l'encadrement des soignants.

Elles ne savent pas les conflits quotidiens entre acteurs (qui va endormir ce patient fragile ? pourquoi ma salle est-elle fermée aujourd'hui ? etc...). Bien heureux les hôpitaux qui ont réussi à fidéliser certains remplaçants, les autres se contentant d'établir des listes noires d'intérimaires qu'ils ne veulent pas voir revenir.

AH : Pour pallier ce drame sanitaire voyez-vous des solutions à court, moyen ou long terme ? Les mesures contenues dans la Loi de santé sont-elles de taille à changer la donne ?

PLP : Concernant les GHT il est indispensable de réaliser une instruction objective des endroits qui sont nécessaires pour que la population ait accès aux soins dans un délai correct.

Par exemple, pour un cancer de l'ovaire, il vaut mieux être prise en charge dans une équipe qui en opère beaucoup dans un hôpital à une heure de route de chez soi plutôt que d'être prise en charge au niveau d'un plateau technique à un quart d'heure de chez soi mais au sein duquel ces interventions sont plutôt rares.

Quant à l'obstétrique, il faut restructurer pour regrouper les activités.

A contrario, si on utilise les GHT afin de maintenir tous les services pour des raisons politiques, on court droit à la catastrophe. Il est effectivement repoussant pour les jeunes praticiens en particulier, d'exercer sur deux établissements différents en dehors de projets conçus par les acteurs. Les traitements d'exception ne doivent être envisagés que pour les exceptions géographiques. Dans ces cas là, c'est à l'État de dire qu'il y a nécessité. Il ne faut plus utiliser des sur-rémunérations pour maintenir une activité médicalement non justifiable.

MAD : Il existe des solutions. Encore faudrait-il se mettre autour de la table et actuellement je ne vois rien qui soit fait dans ce sens. La Loi de santé n'a pas encore été publiée, donc elle n'existe pas encore. Les intentions et promesses de cette Loi sont bien en deçà des enjeux concernant l'ampleur du problème, encore pour 5 à 7 ans, et nous n'avons pas été écoutés. L'organisation en GHT pour pallier la crise démographique d'accord, mais où vont se prendre les décisions sur l'organisation la plus adaptée aux patients ET aux soignants ? Attention aux décisions managériales descendantes inapplicables, avec

des médecins amenés à aller « boucher les trous » à droite et à gauche. Les directeurs d'établissement ont peur de perdre la maîtrise de l'effectif médical.

AH : Que pensez-vous des mesures d'attractivité suite à la mission Le Menn ?

PLP : La mission le Menn a été bien menée, avec une bonne connaissance de la réalité des problèmes. Néanmoins, il y a un hiatus entre les conclusions de la mission et ce qu'on va accorder par la suite. Il avait accepté cette mission sous réserve de dotation de moyens de mise en œuvre. Il connaissait parfaitement le souci d'attractivité sur le terrain et les problèmes dont nous parlons. Pourtant la question reste entière, que va accorder madame Touraine au regard du compte rendu qu'il a fait ? Si la seule réponse est qu'il n'y a pas d'argent, ce n'était pas la peine de réaliser cette mission. Tout le monde a avancé que le budget intérim devait être utilisé afin de sécuriser les soins, encore faut-il le mettre en musique et faire attention à ce que les PH restent

en place pour les cinq années à venir. Il faut écouter ce que disent les nouvelles générations pour construire un système solide sur la durée. Nous sommes suspendus aux décisions de la ministre de la santé, il faudrait que la mission soit suivie dans tout ce qu'elle défend. Mais Bercy a-t-il conscience des risques sanitaires dans certains hôpitaux, puisque c'est Bercy qui arbitre ?

MAD : La mission Le Menn s'inscrit dans la lignée des nombreux rapports qui ont été faits ces dernières années. Les points abordés sont justes, comme c'était déjà le cas dans le rapport Véran ou encore dans le Rapport-Qui-Pique du SNPHAR- E. Néanmoins, tant que la ministre de la santé ne s'est pas exprimée sur le sujet on ne peut pas véritablement savoir ce qu'il en sera. Difficile d'apprécier... Nous espérons que Bercy sera touché par la grâce car un hôpital en manque de médecins, ce sont des emplois paramédicaux en danger, des usagers maltraités et qui ont maintenant bien compris l'effet mécanique de l'état

budgétaire et ses conséquences pour la qualité et la sécurité. C'est, à coup sûr, aussi, des troubles sociaux à la clé !

À étrangler les hôpitaux, à empêcher que les jeunes retrouvent l'envie d'y aller et d'y rester on va droit vers la catastrophe sanitaire. La mission Le Menn ne serait donc qu'une mission de plus alors qu'on attend toujours les décisions qui auraient dû découler des travaux précédents. En trois ans, certaines choses ont été faites mais ça ne va ni assez vite, ni assez loin. Sans la volonté affirmée dans les faits, de reconstruire l'attractivité avec les organisations syndicales, il est à craindre que les mesures qui seront bientôt annoncées n'affichent que des intentions qui, nous le savons bien, n'aboutiront pas assez vite au résultat attendu. L'exemple de l'intérim médical me semble approprié et résumé en une phrase « L'intérim médical est la maladie honteuse de l'hôpital, à déclaration et à traitements qui devraient être obligatoires ». Avenir Hospitalier veillera à ce qu'ils soient effectivement appliqués... ●

Avenir Hospitalier fait le point sur les GHT

Ce qui sera le plus bouleversant pour notre exercice dans la Loi de Santé et qui a suscité peu de discussions, ce sont finalement les Groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Pourtant, en off, les ARS et les hôpitaux s'organisent, ou freinent leur installation car les directeurs d'hôpitaux craignent de devoir partager leurs responsabilités avec d'autres.

DE QUOI S'AGIT-IL ?

Tous les hôpitaux vont être dans l'obligation de s'organiser entre eux sur le territoire, afin de créer un maillage territorial efficient. Nul ne pourra s'y soustraire, et les hôpitaux psychiatriques non plus, pour l'instant.

L'objectif à terme est de diminuer sur le territoire les offres de soins redondantes, les plateaux techniques tenus à bout de bras pour des besoins politiques locaux. L'organisation des soins, les filières devront se faire sur le projet médical commun, mais une CME serait maintenue au sein de chaque hôpital constitutif.

NOTRE AVIS :

C'est finalement la meilleure solution théorique aux pro-

blèmes démographiques : plutôt que de tenir des maternités de 400 accouchements avec anesthésistes pédiatres et obstétriciens à bout de bras, plutôt que de garder des blocs opératoires ouverts pour de faibles activités, nous pensons qu'une réflexion transversale objective, sur de vrais critères d'accès aux soins de qualité et de sécurité, fixés avec les acteurs compétents, peut être un vrai progrès.

Néanmoins, plusieurs exemples très inquiétants nous sont parvenus sur les intentions d'ARS ou de certaines directions, traitant certains PH comme des gêneurs ou des empêcheurs : obligation d'accepter des postes partagés à l'autre bout du département, ou d'accepter des postes partagés alors que l'intitulé du poste était sur un seul site, etc.

Afin d'éviter un échec retentissant, quelques conditions doivent être posées :

- **La concertation des acteurs de terrain** : ce sont eux qui vont devoir se déplacer sur d'autres sites, ou recevoir d'autres médecins qui n'auront pas forcément les mêmes habitudes de fonctionnement au quotidien. Donc la notion de projet médical commun peut n'être qu'une incantation, car ça peut se limiter à un accord

entre les présidents de CME et les directeurs. Pour nous, il est absolument nécessaire que les acteurs de terrain soient au centre des projets.

- **L'accord des intéressés** : aucun projet ne passera en force, et dans le cas contraire ce sera une catastrophe annoncée qui entraînera des démissions de PH.

- **Pas de PH nomades** : sauf dans certains cas très particuliers, l'exercice médical pour être sécuritaire et serein, doit se faire en équipe avec un ancrage fort. La notion d'équipe territoriale est intéressante, mais elle ne sera pas la panacée. Il ne faut pas imaginer des exercices changeant de lieu chaque jour.

- **Une vraie gestion des ressources humaines pour les PH dont les activités vont fermer** : certains sites vont changer d'activité, certains PH devront quitter leur établissement pour un autre. Il est hors de question que ces PH qui n'ont pas démérité soient traités comme des gêneurs. Ils devront être prioritaires pour muter sur le site principal, et leur intégration devra être accompagnée et entourée.

- **La possibilité d'un recours via le CNG en cas de conflit** : les commissions paritaires régionales où nous siégeons doivent devenir des lieux d'arbitrage en cas de conflit. Les PH doivent disposer d'espaces pour s'exprimer et être écoutés.

La médecine d'urgence en 2015 : des structures et des Hommes.

FRANÇOIS BRAUN, PRÉSIDENT DE SAMU-URGENCES DE FRANCE

Peut-on espérer un hiver, sans que les médias soulignent, avec force témoignages, la crise des services d'urgences ? Probablement pas encore, tant nos services stigmatisent régulièrement les soubresauts de notre société, les difficultés de l'hôpital et plus globalement de la Santé ...

Et pourtant, si plus de 9 français sur 10 nous font confiance, les urgences, qui constituent un des défis les plus difficiles à relever pour les pays à niveau de vie élevé, sont continuellement critiquées par les patients mais aussi par les professionnels de santé dont les urgentistes eux-mêmes.

Une évolution par crises

Lorsque l'on se penche sur l'évolution des « urgences » au cours de ces dernières décennies, chaque progrès répond à une crise :

- crise de la traumatologie routière dans les années 70-80, qui a amené à la généralisation des Smur (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) et la coordination de ces moyens par les Samu-Centre 15 (Service d'Aide Médicale Urgente doté du numéro national d'appel « 15 »),
- crise de la « séniorisation » des urgences, traitée par les rapports « Steg » dans les années 90 qui soulignent la médiocre qualité médicale des prises en charge, et aboutit à la création d'une « spécialité hospitalière » de médecine d'urgence,
- crise de la grève des médecins généralistes (2000) aboutissant à la mise place de la régulation médicale de la permanence des soins et au renforcement des moyens des Samu-Centre 15,
- crise de la canicule de 2003 qui identifie la désorganisation des services et le manque de personnel,
- crise de l'aval des urgences (octobre

2013) stigmatisant la désorganisation de l'hôpital pour prendre en charge les urgences et les hospitalisations non programmées, et adaptant en France le concept nord-américain de « bed management »,

- crises régulières liées tant aux événements climatiques (canicule, grand froid) qu'aux pics épidémiologiques, etc. ...

Chaque « crise » s'accompagne de son lot de réformes, de critiques, de satisfactions, d'espoirs ... sans que l'on sente les prémices d'une réflexion de fond sur l'adaptation de la réponse sanitaire aux besoins de santé de demain.

Les « urgences » aujourd'hui : des structures

La médecine d'urgence est réglementée, soumise à autorisation, et relève de quatre modes d'exercice : la régulation médicale au sein des Samu-Centre 15, l'exercice pré-hospitalier au sein des Smur, la prise en charge dans un service d'urgence et les soins en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Le Samu-Centre 15 assure, grâce à son centre de réception et de régulation des appels (CRRRA), une écoute médicale permanente (la régulation médicale) permettant une réponse adaptée au besoin de soins d'un patient. Cette réponse va du simple conseil médical à la prescription téléphonique, l'engagement de moyens secouristes et/ou transport sanitaire, à la mise en œuvre d'un Smur. Le médecin régulateur est également garant de l'orientation du patient, si besoin, vers l'établissement de soins adapté. Les autres missions du Samu (enseignement, formation, préparation et gestion des crises sanitaires...) sont définies par voie réglementaire. En 2014, les 102 Samu-Centre 15 ont répondu à 30 millions d'appels et

assuré la prise en charge de 15 millions de patients.

Les Smur, déclenchés par le Samu-Centre 15, sont chargés d'assurer les soins sur place (en dehors de l'hôpital) et pendant le transport (du pied de l'arbre au lit de réanimation) de tout patient présentant une détresse médicale. La plus-value médicale apportée par la médicalisation pré-hospitalière n'est plus à prouver. Ce mode de prise en charge est, au niveau européen comme au niveau mondial, largement majoritaire par rapport au concept anglo-saxon de « paramédics ». Les 428 Smur (plus de 700 équipes terrestres et 42 HéliSmur) ont assuré en 2014 près de 800 000 interventions.

Les services d'urgence (SU) assurent la prise en charge des « venues non programmées dans un établissement de santé public ou privé 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, de toute personne sans sélection se présentant en situation d'urgence y compris psychiatrique ». Les 655 établissements qui disposent d'un SU ont accueilli plus de 18 millions de patients l'année dernière.

Les UHCD sont chargées, en aval d'un SU, d'hospitaliser les patients nécessitant une surveillance de moins de 24h avant un retour à domicile ou l'admission dans un service hospitalier. Les 4443 lits d'UHCD ont comptabilisé plus de 1,5 millions de journées d'hospitalisation en 2014 (taux d'occupation > 98%).

Les « urgences » aujourd'hui : des Hommes

Les urgentistes sont, aujourd'hui, majoritairement issus de la filière de médecine générale. Titulaires hier d'une capacité de médecine d'urgence, ils bénéficient aujourd'hui d'une formation par un DESC de type I. La mise en place d'un concours de praticien hospitalier spécifique (médecine polyvalente d'urgence) en 1995 a

permis la reconnaissance et la fidélisation des praticiens urgentistes. L'exercice de la médecine d'urgence fait l'objet d'un référentiel « métier » défini par notre société savante (Société Française de Médecine d'Urgence). Demain, la création annoncée du DES de médecine d'urgence, avec mise à disposition de postes d'interne à l'ECN de 2017, permettra enfin la reconnaissance de cette spécialité comme le font déjà les pays anglo-saxons et la majorité des pays européens. Schématiquement, l'exercice de la médecine d'urgence répond aux exigences du « juste soin » :

- qualifier la demande du patient pour déterminer son réel besoin de soins,
- agir pour préserver la vie et/ou la fonction,
- orienter le patient dans la filière de soins adaptée à son état de santé.

Ce « juste soin », exercé dans une temporalité contrainte (de quelques mn en régulation médicale à 24 h en UHCD), est décliné dans toutes les facettes de l'exercice de l'urgentiste : régulation médicale, réanimation pré-hospitalière, accueil des urgences et hospitalisation.

En fonction des organisations, d'autres spécialistes sont régulièrement affectés aux SU pour répondre à des besoins spécifiques : pédiatres, psychiatres et gériatres sont parmi tous nos partenaires hospitaliers, des partenaires privilégiés.

Les personnels non médicaux sont indissociables des urgentistes tant l'exercice de la médecine d'urgence est un travail d'équipe.

- **Les infirmiers** ont une place particulière tant au niveau des Smur (la présence d'un IDE est réglementaire dans toute équipe Smur) qu'au niveau du SU ou certains postes leurs sont dédiés comme celui d'Infirmier d'Organisation de l'Accueil (IOA) chargé d'une évaluation dès l'arrivée d'un patient et de la priorisation de sa prise en charge. Partenaires des urgentistes, ils doivent répondre aux mêmes critères de polyvalence entre

le pré-hospitalier et l'intra-hospitalier. Comme pour les médecins, des IDE « spécialistes » participent, en fonction des organisations et des besoins, aux activités des SU : puéricultrices, IADE, IDE en psychiatrie ...

- **Les Assistants de Régulation Médicale (ARM)** assurent, au niveau des Samu-Centre 15, un rôle souvent méconnu : premier contact de l'appelant, ils sont chargés d'identifier le lieu de la détresse (localisation géogra-

Bien qu'au fil du temps les différentes crises aient donné naissance à des réformes, quid de la réflexion de fond pour adapter la réponse sanitaire aux besoins de santé ?

phique, coordonnées téléphoniques...) et d'évaluer la priorité de l'appel à l'aide de 3 ou 4 questions simples, avant de le transmettre au médecin régulateur. Ils sont aussi un élément clef dans le déclenchement des moyens et le suivi des interventions.

- **Les ambulanciers Smur (pilotes en cas d'HéliSmur), aides-soignants, agents administratifs d'accueil, secrétaires médicales, assistantes sociales...** représentent la diversité des personnels des structures d'urgence, indispensables à leur fonctionnement.

La médecine d'urgence de demain

Les besoins de santé en urgence évoluent : organisation basée initialement sur la prise en charge des urgences vitales et de la traumatologie routière, la médecine d'urgence doit maintenant répondre aux évolutions des pathologies (explosion des pathologies neurologiques et cardio-vasculaires, complications aiguës des cancers et des maladies chroniques, psychiatrie, ...), de la société (vieillesse, isolement social, fin de vie, précarité et phénomènes migratoires ...), des patients de plus en plus exigeants et informés et de l'évolution du système de santé (concentration des plateaux techniques, démographie médicale ...).

Pour répondre à ces défis, il convient d'organiser la médecine d'urgence au sein d'un territoire de santé d'urgence, défini par les filières de soins qui répondent aux pathologies prises en charge en urgence. Organisée et coordonnée par une plate-forme de régulation médicale « Samu-Santé-113 », la réponse est assurée par :

- les Smur et les HéliSmur répondant à l'exigence de soins urgents en moins de 30 minutes,
- les services d'urgence, labellisés selon un cahier des charges précis et adossés à un établissement de santé disposant d'un plateau technique identifié,
- une organisation de la réponse aux consultations non programmées, basée sur la médecine générale, dans le cadre de la pérennité des soins.

Cette réorganisation de la réponse est indispensable si nous voulons pouvoir répondre, demain, aux besoins de santé et continuant à garantir la qualité et la sécurité des soins en urgence. ●

Pour toute information complémentaire : livre blanc, organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir. http://www.samu-de-france.fr/fr/ressources_pro/informations/information_ca/front/afficher/?id_actu=821

Vous avez dit violences obstétricales ?

NICOLE SMOLSKI, PASCALE LE PORS LE MOINE

Depuis la fin du mois d'août, une polémique sur la place de l'analgésie par voie péridurale en cours d'accouchement s'est installée dans la presse. Celle-ci, évoque en termes plus que précis le fait que cette technique serait « imposée » à 12 % de femmes, rendant les sages femmes « contraintes de devenir complices de violences obstétricales faites aux femmes ». Comment, en 2015, serait-il possible de pratiquer, en France, des violences obstétricales ? En imposant une analgésie péridurale et un accouchement médicalisé ?

Médecins anesthésistes-réanimateurs et obstétriciens exerçant en salle d'accouchement, nous ne désirons pas rentrer dans des polémiques corporatistes. Nous tenons plutôt à signaler la collaboration nécessaire et équilibrée de toutes les professions présentes avec nous en salle d'accouchement : c'est un ballet bien huilé, multi-professionnel, jour et nuit 365 jours par an, pour que les femmes puissent profiter de ce moment unique en toute sécurité.

Accoucher sans péridurale, une décision qui peut évoluer au cours du travail

L'étude INSERM mérite mieux qu'une interprétation partisane. En 2010, 26 % des femmes avaient déclaré pendant leur grossesse ne pas vouloir de péridurale lors de l'accouchement. Mais sur ces 26 %, 52 % ont finalement reçu une analgésie péridurale : celles qui accouchent la première fois ou ont reçu de l'ocytocine, ou en cas de surcharge de travail des sages femmes, ou en cas de présence d'un anesthésiste dans la maternité.

Réfléchissons à l'influence de l'organisation des soins sur l'indication de la péridurale : il est évident que sans anesthésiste, il ne peut pas y avoir de péridurale, celle-ci étant un acte médical propre en raison de la technicité et des risques qu'elle comporte. Plus intéressant est la surcharge de travail des sages femmes comme incitatif d'analgésie péridurale. Effectivement, l'accou-

page-ment d'une femme désireuse d'accoucher sans péridurale nécessite du temps, de la motivation, et du savoir-faire de la part de l'ensemble



de l'équipe. Ces trois facteurs doivent être nécessairement réunis, ce qui s'avère assez rare. **Nous soutenons les revendications des syndicats de sages femmes qui se battent pour des effectifs corrects.** Mais est-ce contradictoire avec le fait de pouvoir assurer une analgésie parfaite aux femmes qui le demandent, et qui selon l'étude INSERM sont 87 % ? **Oui, nous prônons des salles de travail sereines :** pour avoir connu les salles d'accouchements emplies de cris de douleur !

On peut aussi affirmer que les primipares changeant d'avis en cours de travail avaient à l'avance sous-estimé l'intensité des douleurs, ou que lors de la consultation d'anesthésie, la péridurale les inquiétait plus que les douleurs du travail. Mais, dès les premières contractions, la réalité les rattrape. Est-ce pour autant un problème que ces femmes changent d'avis, puisque les anesthésistes sont présents en salle d'accouchement ?

Une évolution de la péridurale méconnue des femmes et de fait diabolisée ?

La péridurale, qui a fait largement ses preuves au delà de l'analgésie obstétricale, a bien évolué. Plusieurs méta-analyses publiées montrent qu'elle ne modifie pas le déroulement du travail ; les nouvelles techniques permettent son utilisation avec une sécurité croissante. **Elle permet d'éviter le recours à une anesthésie générale et ses**

risques. Sa diffusion a permis la généralisation de la présence sur place de médecins anesthésistes, présents donc en cas de situation médicale critique. **La spécialité d'anesthésie s'est donné les moyens d'assurer en salle d'accouchement analgésie et sécurité, malgré d'énormes problèmes démographiques :** on lui en fait reproche ? **Décrire les anesthésistes comme s'ils rôdaient en salle d'accouchement pour forcer des femmes non consentantes à accepter une péridurale, est totalement ridicule.**

Les indications de l'ocytocine ont été revues par les professionnels, dont le Collège des sages femmes : celles-ci sont précises, reconnues et partagées, bien loin de pratiques imposées pour une quelconque violence faite aux femmes ! Les spécialistes de l'accouchement, médecins et sages femmes, savent poser ces indications, et en assument la responsabilité.

Une polémique qui révèle de multiples enjeux.

S'agit-il d'enjeux économiques, ce reproche de recours trop fréquent à l'anesthésie péridurale en France apparaissant dans un rapport de la Cour des Comptes en 2011 ? Nous laisserons les femmes apprécier ce jugement !

Y a-t-il une crainte de **trop faible fréquentation des maisons de naissance** ? Nous pourrions polémiquer sur leur bien fondé, sans obstétricien, sans anesthésiste, ni pédiatre, destinées à si peu de patientes (grossesse à bas risque et sans péridurale, moins de 12 % donc) et poser la question de la viabilité de ces structures.

Soulignons plutôt **les enjeux corporatistes**, qui laissent entendre que seules les femmes accouchant sans médecin, sans péridurale, sont de « vraies femmes ». Les sages femmes ne sont pas seules garantes d'un accouchement serein. C'est une tentative de manipulation de l'opinion. Chaque professionnel de l'accouchement rêve d'un accouchement dit « eutocique » : mais est-ce contradictoire avec une analgésie parfaite ou un environnement médical ?

Protection fonctionnelle et Loi relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires

PASCALE LE PORS LE MOINE

La Loi relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires, adoptée le 7/10/2015, modifie essentiellement et profondément la Loi 83-634 relative aux droits et obligations des fonctionnaires. Pour les praticiens hospitaliers, son impact direct se

situe à deux niveaux : la protection fonctionnelle et les rémunérations possibles des PH.

Concernant la protection professionnelle, dans le 9° alinéa de son article 8, **cette nouvelle Loi confère explicitement la protection fonctionnelle à tous les praticiens hospitaliers, quel que soit leur statut**, en leur faisant bénéficier de l'application de l'article 11 de la Loi n°83-634. C'est maintenant bien précisé au niveau de l'article L.6152-4 du CSP concernant notre statut.

L'extension de la protection fonctionnelle aux PH était une revendication forte pour l'Avenir Hospitalier, largement impliqué dans la défense de collègues soumis à des attaques les au sein de leur

activité professionnelle, et qui doivent toujours payer les frais de justice. C'est donc une satisfaction profonde de voir cette carence dans nos statuts régularisée.

Pour autant, est-ce une réelle avancée ?

Oui et non. Oui car cela figure bien mainte-

nant, en clair, dans notre statut, et encore par référence à une Loi concernant les fonctionnaires.

Non, car, dans les faits, nous l'avions déjà, mais sans que ça se sache vraiment : la rédaction de l'article 11 à l'époque précisait que les dispositions de cet article s'appliquaient aux agents

QU'EST CE QUE LA PROTECTION FONCTIONNELLE ?

Jusque là, elle concernait uniquement et en théorie uniquement les fonctionnaires (que ne sont pas les PH), stagiaires, titulaires et contractuels.

Lorsqu'un agent public fait l'objet de poursuites civiles ou pénales l'administration doit couvrir les condamnations dès lors que les faits ont pour origine une faute de service.

Une faute de service peut être imputée à un agent dénommé mais on considérera que celui-ci a agi dans le cadre normal de ses fonctions. Par exemple, si un agent de la voirie renverse un passant parce que les freins du camion étaient défectueux. L'agent a suivi les pratiques habituelles de son service et n'a pas agi par malveillance ou en violant délibérément la Loi.

À l'inverse, les fautes personnelles ne sont pas couvertes par la protection fonctionnelle. La faute est incompatible avec les pratiques habituelles du service. Elle a été commise par intérêt personnel, par malveillance ou en violant délibérément la Loi. Par exemple, si un agent de la voirie renverse un passant parce qu'il était en état d'ivresse. Il y a faute professionnelle même si elle a été commise durant le temps de service.

C'est l'administration qui juge si la faute constitue une faute de service ou une faute personnelle de l'agent. L'agent qui conteste l'appréciation de l'administration et le refus de lui accorder la protection fonctionnelle qui en découle peut formuler un recours devant le tribunal administratif.

publics non titulaires sans plus de précision. Et nous sommes bien des agents publics non titulaires ! Encore faut-il le savoir et le faire valoir, ce qui a permis à quelques administrations de faire comme si elles ne savaient pas. Cet article 11 a lui-même été modifié par cette nouvelle Loi. La référence aux agents publics non

titulaires a d'ailleurs été supprimée. Il est plus précis et plus complet.

Cependant, **cette nouvelle version ne traite pas des cas où le contentieux oppose un PH à un membre direct de la direction de l'établissement d'affectation de l'agressé**, que le PH juge fautif, agresseur ou harceleur : si la direction refuse la

protection fonctionnelle au PH, celui-ci devra l'exiger par un recours au Tribunal administratif, ce qui complique les choses.

Nous nous sommes enquis auprès des syndicats de la Fonction Publique de cette carence dans la réglementation, mais visiblement les fonctionnaires hospitaliers sont peu en conflit direct avec leur administration, et ce n'est pas un problème fréquent : contrairement aux PH !

Donc le travail n'est pas fini : nous allons demander comment cet article sera décliné, puisqu'il n'est pas renvoyé à un décret d'application, ni à un arrêté ; le seul décret concernera les frais et leurs limites de prise en charge.

Pour nous, il faut donc continuer les discussions pour avoir au minimum une circulaire d'application

ou une instruction d'application concrète où le directeur général de l'ARS, ou le CNG pourraient avoir un rôle, et pourquoi pas la CRP (commission régionale paritaire) qui est paritaire entre directeurs et PH.

Mais ne boudons pas notre plaisir : les PH sont mis pour une fois à égalité de protection avec les fonctionnaires. ●



N'opposons pas, en professionnels de la naissance que nous sommes, sécurité et sérénité. Les deux coexistent grâce à une collaboration active de tous, médecins et non médecins. Les femmes sont libres de choisir leur lieu d'accouchement, libres de

changer d'avis en cours de travail, sans constat d'échec ni pour elles, ni pour l'équipe. Et les médecins sont responsables de leur sécurité et du niveau de médicalisation selon le déroulement du travail.

Mais notons également le paradoxe suprême

de cette opposition incessante d'un accouchement médicalisé contre un accouchement serein et naturel : comment les sages femmes, qui exercent une profession médicale, peuvent-elles s'opposer à la médicalisation de la naissance ? ●

La spécialité de gériatrie victime de maltraitance économique

MICHEL SALOM, PRÉSIDENT DU SNGC

La tarification au GMPS (cf encadré page 10) des EHPAD avait inauguré une aire d'équité dans la répartition de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-sociale. Ces dernières années, les moyens étaient globalement à la hausse, au prix de coupes « PATHOS » (cf encadré page 10), parfois conflictuelles, avec les médecins valideurs. La gériatrie médico-sociale sortait de la précarité, augmentait ses moyens, sans pour autant devenir une discipline nantie, une classe moyenne tout au plus.

Les règles d'emploi de l'outil de tarification étaient discutées annuellement sous la houlette de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) entre les médecins instructeurs et valideurs créant ainsi du lien, de la compréhension réciproque et surtout une harmonisation nécessaire afin d'éviter de trop nombreuses divergences d'appréciation.

Il existait une commission départementale de règlement des litiges, assez peu sollicitée, finalement tout n'allait pas trop mal dans un monde imparfait mais idyllique comparé à l'état actuel du système.

Progressivement, la vision gouvernementale de la santé en général et de la gériatrie en particulier est passée du médico-économique à l'économique pur.

La parole des soignants, surtout celle des médecins, est désormais disqualifiée à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux. Des indices avant-coureurs avaient donné l'alerte. C'était le cas de la disparition en catimini des réunions d'harmonisation organisées par la

CNSA, puis la mise en place d'une commission réformatrice de l'outil PATHOS mais dont la lenteur (sans doute due au manque de moyens) laissait à penser au peu d'intérêt qu'elle suscitait de la part de ceux qui l'avaient créée.

La recherche d'une convergence tarifaire, apparue en région PACA, au mieux à 90 % du plafond obtenu par la formule GMPS, au pire si le

Que sont devenus les sous de la journée de solidarité et ceux de la contribution additionnelle de solidarité autonomie ?

résultat de la coupe était en dessous de celui de la précédente, a été à l'origine d'une réduction drastique des moyens. L'absence depuis la création des ARS, pendant plus de trois ans, de commissions de règlement des litiges régionales mises ensuite en place poussivement et sans que toutes les régions en soient encore aujourd'hui dotées. Les discussions toujours remises sur le métier concernant la suppression des USLD...

Aujourd'hui, les remontées des confrères, passant à la moulinette de la coupe, montrent que

plus de 60 % sont retoquées à la baisse, 30 % sont laissées en l'état et 10 % réévaluées à la hausse par quelques valideurs bons samaritains afin d'éviter la mise en place d'une maltraitance financière trop criante. Les relations entre coordonnateurs et valideurs se sont tendues et cela va jusqu'à l'inacceptable dans le descriptif qui en est fait, avec mise en cause par principe de la qualité du travail effectué, des compétences ou de la probité. Certains valideurs se comportent comme des tarificateurs ce qui est probablement sympathique pour leur hiérarchie mais pose la question du contenu des missions de chacun. Lorsque le coordonnateur a passé les hauts fonds de la coupe et n'a pas planté son établissement, la main est donnée au directeur qui va devoir construire son budget au mieux à moyens constants, quelquefois avec quelques sous pour des mesures nouvelles mais dans ce cas, sa joie sera de courte durée car tous les moyens sont bons pour ramener à rien son maigre profit grâce aux taux de reconduction à zéro ou aux augmentations de charges non compensées.

Pour ajouter à l'hypocrisie de la chose, la coupe survient après que l'établissement a effectué son évaluation interne afin de pointer lui-même ses manques et ses marges de progression puis à la suite de cette autocritique en reprendre une couche par des valideurs qu'il a lui-même payé, issu d'une myriade de boîtes de conseil dont la compétence est pour le moins inégale. L'ensemble de la procédure est longue, chronophage mais serait intéressante pour peu qu'elle débouche non pas seulement sur le renouvellement d'une autorisation d'exercice mais sur de réels moyens mis à l'équilibre avec les besoins validés.

TARIFICATION AU GMPS :

La dotation de soins allouée à l'EHPAD est arrêtée annuellement par le directeur général de l'ARS. Son montant est déterminé soit en fonction de dotations historiques, soit en fonction d'une évaluation des soins médico-techniques requis sur la base du référentiel « PATHOS » ; dans ce dernier cas, le besoin de soins évalué conjugué à la dépendance moyenne de la population hébergée (GMP) sont convertis en un nombre de points (GMPS) ; ce GMPS multiplié par la capacité de l'établissement et par la valeur du point, permet de déterminer une dotation théorique, qui dépend aussi du périmètre de soins couverts, donc de l'option tarifaire de l'établissement, et de l'existence ou non d'une pharmacie à usage intérieur (PUI). Cette

dotation théorique a valeur de plafond dans le cadre du principe de « convergence tarifaire » mais tend à être considérée comme une cible par de nombreux acteurs.

RÉFÉRENTIEL ET COUPES « PATHOS »

Lire « La rénovation de PATHOS vue par le SNGC et les fédérations de directeurs » : <http://www.sngc.org/reflexions/100-la-renovation-de-pathos-vue-par-le-sngc-et-les-federations-de-directeurs.html> et « Projet de circulaire et décret utilisation GIR PATHOS Tarification règlement des litiges » : <http://www.sngc.org/textesreglementaires/169-projet-de-circulaire-et-decret-utilisation-gir-pathos-tarification-reglement-des-litiges.html>

Cette année, la CNSA a réduit drastiquement les ressources du médico-social. En Île-de-France on est passé de 19 à 6,5 millions d'euros. Que sont devenus les sous de la journée de solidarité, ceux de la contribution additionnelle de solidarité autonomie ? Le plan Alzheimer devenue maladie neurodégénérative n'est qu'une coquille vide sans réel financement où le gériatre n'apparaît même pas.

Il y a de bonnes chances pour que l'on n'en reste pas là, la prochaine réforme de la tarification prévoit le maintien du blocage du forfait global puis sa diminution au profit du forfait partiel. Nos autorités estimant sans doute que les établissements accueillants les plus malades, les plus dépendants en lieu et place des anciennes USLD sont trop dotés. Surtout qu'il ne soit pas question de qualité, le raisonnement n'est qu'économique un vieux en vaut un autre où qu'il soit, il doit coûter la même chose ! La formule GMPS se verra attribuer un multiplicateur en euro flottant en fonction des moyens (jamais mis en œuvre) que le parlement attribuera annuellement à l'ONDAM. Ces réductions s'ajouteront à celles prévues par les départements qui eux aussi sont tentés par la convergence du point Gir, le blocage des tarifs aide sociale, la diminution du nombre de places agréées.

Le coordonnateur, insidieusement, devient le médecin traitant des résidents.

Faute de généralistes, faute de temps à consacrer à la polypathologie, à la fragilité et à la dépendance, faute de temps tout simplement pour se déplacer vers les malades en ville, le coordonnateur devient le médecin traitant des résidents. Une proposition restée lettre morte de la ministre visait à accorder officiellement le droit de prescrire, en dehors de l'urgence, aux médecins coordonnateurs. Cette possibilité, qui ne doit en rien s'imposer mais permettre localement en fonction du contexte d'assister les vieux malades doit urgemment être réfléchie et mise en œuvre afin de ne pas laisser les résidents sans soins. À l'inverse, de nombreux établissements n'ont plus de coordonnateur, ce qui arrange bien l'autorité de tarification mais aussi les EHPAD bien dotés en permettant de ne pas pratiquer les évaluations quinquennales et donc de laisser en l'état le financement

des établissements, un moratoire caché en quelque sorte.

Une autre nouveauté qui concernera les établissements sociaux et médico-sociaux : les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens permettront à l'autorité et aux groupes d'établissements de s'entendre sur une tarification pour cinq ans et ce pour l'ensemble des EHPAD du groupe ou de l'association. On comprend la pertinence du propos, moins de temps à consacrer à la discussion, une simplification budgétaire et du dialogue de gestion, un centralisme jacobin très français renforçant les sièges sociaux et l'harmonisation des procédures au détriment des particularités et de la qualité locale. Il n'est pas certain que les directeurs y trouvent leur compte, leur avantage serait de pouvoir gérer pendant un temps suffisamment long avec libre affectation des résultats. Il y a fort à parier que l'ARS reprendra les éventuels excédents et qu'on ne laissera pas un directeur plus d'un an sans l'accabler de demandes d'explications et de justifications.

Peut-on encore croire aux discours promoteurs de bienveillance ou de qualité, aux exhortations « à faire mieux » « avec moins » grâce à des organisations ou à des protocoles pensés par les officines du bien traiter alors que les temps sont à l'austère rigueur ?

Il nous faut bien sûr toujours militer pour que les règles de bonnes pratiques soient pleinement applicables à ceux que nous soignons

et représentons mais il nous faut dans le même temps prévoir nos retranchements défensifs, organiser la disette et optimiser le temps que nous consacrons à notre métier en réduisant nous aussi drastiquement ce qui est sans intérêt direct. Si on devait converger vers des valeurs moyennes ne tenant aucun compte des particularités ou de la qualité du travail fourni et du service rendu, avec un financement à la ressource, autant ne plus perdre son temps. À commencer par ces fameuses coupes PATHOS et ces évaluations de toutes sortes, dont on saurait alors l'inanité. Un choc de simplification en quelque sorte !

Le temps est à l'union !

Pour le coordonnateur, le temps est à l'union comme il l'est pour les praticiens hospitaliers confrontés aux groupements de territoire, aux réorganisations sauvages, à l'absence de statut permettant bien des dérives, autres facettes de l'activité militante de votre syndicat... Adhérer à un syndicat et aux unions départementales de coordonnateur est aujourd'hui une obligation tant les temps sont durs, l'avenir sombre et le temps à consacrer au bien commun en nette augmentation. Les grand-messes se multiplient, après celles relatives à l'élaboration de la Loi santé, de la Loi adaptation de la société au vieillissement, la grande conférence de santé débutée début juillet en annonce d'autres avec leur lot de commissions, sous-commissions auditions ce qui signifie du temps et des financements car quoi qu'il arrive et même si tout cela ne débouche pas sur grand-chose, la politique de la chaise vide n'en est pas une. ●

DEVANT CETTE MALTRAITANCE ÉCONOMIQUE ANNONCÉE QUE PEUT LE MÉDECIN COORDONNATEUR ?

- Réaliser le plus parfaitement possible sa coupe PATHOS, ne pas s'en laisser compter afin que la diminution des moyens ne lui soit pas attribuée.
- L'usager, en l'occurrence sa famille, doit parfaitement savoir à qui il doit quoi.
- Assister sa direction dans l'élaboration et la hiérarchisation des priorités de fonctionnement de son EHPAD.
- Organiser au mieux les filières de dégagements vers les services hospitaliers afin de ne pas, sous prétexte d'humanité, risquer la perte de chance faute de personnel en maintenant in situ un malade trop lourd.
- Bien vérifier au moment de la visite d'admission l'adéquation des besoins aux moyens et en cas de litige avec sa direction argumenter et prévenir des risques.

Les quelques économies faites sur notre secteur généreront des déficits bien plus conséquents sur l'hospitalier par l'intermédiaire de la T2A.

Le secret médical : une vraie valeur déontologique qui motive fortement les PH

NICOLE SMOLSKI, JACQUES TRÉVIDIC (PRÉSIDENT DE LA CPH)

Le succès de la souscription nationale mise en place par Avenir Hospitalier et la CPH de manière totalement inédite pour payer les frais de justice du contentieux contre X lancé en octobre 2015 pour violation du secret médical prouve que les praticiens hospitaliers sont prêts à s'engager pour les valeurs fondatrices de notre exercice. En quelques jours, nous avons reçu un soutien important afin de financer les frais de justice. Nous remercions donc chaleureusement tous ceux qui ont participé et communiqué leurs messages d'encouragement.

Un médecin mis à l'écart pour avoir voulu s'élever contre des pratiques douteuses portant préjudice à une valeur médicale fondamentale

Depuis 2012, notre collègue, le Docteur Jean-Jacques Tanquerel, du Centre Hospitalier de St Malo, est victime d'une mise au placard avec tentatives de l'affecter en dehors de son corps de métier, à savoir

l'exercice de médecin DIM (Département de l'Information Médicale). **Tout cela parce qu'il a osé dénoncer de graves manquements au respect du secret médical, résultant de la délégation à une société privée extérieure à l'hôpital qui était là pour coder l'activité de soins des praticiens hospitaliers.**

Pourtant :

- des avis importants ont soutenu la position du Docteur Jean-Jacques Tanquerel : Deux avis du CNOM et deux avis de la CNIL en 2013.
- **la violation du secret professionnel est pénalement poursuivie et réprimée par le Code Pénal, et le Code de la santé publique.** Le secret médical s'étend à toutes les personnes prises en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention ou aux

soins, et s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. Chacun peut s'opposer selon la Loi à ce que des informations la concernant soient communiquées à un ou plusieurs personnels de santé. Une seule révélation de l'information couverte par le secret suffit à caractériser une violation du secret professionnel.

- une forte médiatisation a relayé l'inquiétude que chacun de nous peut ressentir à l'idée que son dossier médical nominatif et non anonymisé puisse être exploré par des agents de sociétés externes à l'établissement, n'intervenant pas dans la chaîne de soins, et donc, non soumises au secret médical comme l'est normalement toute équipe hospitalière. Tout cela, dans le but de recoder l'activité de soins des praticiens d'un hôpital – travail normalement dévolu aux médecins DIM – en vue de valoriser sa dotation.

AGENDA, depuis mai 2015

- Conseils d'administration communs Avenir Hospitalier et CPH : 4 réunions
- Assemblée Générale Avenir Hospitalier, mai 2015 : Quoi de neuf dans l'actualité pour les PH
- Réunions avec la DGOS et le cabinet de M. Touraine : 6 réunions (DPC, attractivité, protection fonctionnelle, GHT)
- Réunions sur l'attractivité avec Jacky Le Menn : 6 réunions
- Réunions sur la circulaire des urgentistes : 4 réunions
- Réunions de concertation sur le DPC : 3 réunions
- Rendez-vous avec le CNOM : une réunion
- Réunions de travail sur la Grande Conférence de la Santé, organisées à l'initiative du Premier Ministre :
 - 3 juillet : réunion plénière
 - 7, 8 et 10 juillet, 11 septembre, 8 octobre
 - 5 novembre : réunion avec les pilotes - Anne-Marie Brocas (IGAS, Présidente HCAAM), Lionel Collet (Conseiller d'État) et l'équipe de coordinateurs (Christine d'Autume - Inspectrice Générale des Affaires Sociales, Stéphane Le Boulter - Coordonnateur de la Grande Conférence de la santé et Stéphane Elshoud - Inspecteur Général de l'Administration de l'Éducation Nationale et de la Recherche). **Ces réunions nous ont permis de formuler des propositions claires pour l'évolution de notre système de santé.**

Flash info

En ces temps d'élections en CME, il est important que les électeurs déterminent leurs votes d'après la Charte adoptée par notre Intersyndicale AVENIR HOSPITALIER et la CONFÉDÉRATION DES PRATICIENS DES HÔPITAUX.

Le fonctionnement de la CME doit répondre aux principes figurant dans la Charte du Candidat.

Vous pouvez consulter la charte à l'adresse ci-dessous :

<http://www.avenir-hospitalier.fr/index.php/communiqués-de-presse>

- nous n'avons pas ménagé notre peine en allant frapper à toutes les portes jusqu'à celle de la Ministre pour dénoncer cet acharnement contre un confrère qui a osé donné l'alerte.

Nous avons posé le problème des médecins DIM, responsables de la transmission des données par voie statistique agrégée ou en donnée par patient constituée de telle sorte que les personnes soignées ne puissent être identifiées, mais qui travaillent sous la responsabilité directe du Directeur, et souvent dans une situation précaire du fait de la non existence d'une spécialité médicale authentifiée.

Nous avons été sollicités à de multiples reprises par des collègues DIM qui reconnaissent avoir vécu la même situation au sein de leur établissement, mais qui n'osent ou ne peuvent pas aller à l'affrontement aussi brutalement que le Dr Tanquerel.

Un projet de décret est en discussions, des discussions très théoriques puisque depuis que nous avons jugé qu'il est insuffisant pour régler le problème du secret médical, il est gelé quelque part : mais où ?

Des soutiens qui semblaient évidents et qui ne sont jamais venus...

Le problème de fond est là : que vaut le respect de la confidentialité des données médicales et de la Déontologie, face à la toute puissance de managers de la santé pour qui les équilibres budgétaires sont plus importants que tout ?

Chaque directeur est en effet soumis à des injonctions contradictoires : il doit boucler son budget, avec chaque année un financement revu à la baisse par un objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) trop contraint au niveau national pour faire face à l'augmentation de la demande en soins. Il doit augmenter l'activité de son établissement, mais finalement, plutôt que de lancer artificiellement des activités choisies pour leur rentabilité, il est plus facile de demander une sur-cotation des actes pratiqués.

Somme toute, un moment de honte est vite passé : il suffit de ne pas se dire que ce qui

est surfacturé va amputer d'autant la dotation des autres hôpitaux puisqu'on est dans un budget global national ; ou il suffit de se persuader que si l'on fait appel à une société extérieure, c'est que son médecin DIM est un incapable, puisque les sociétés externes y arrivent mieux ! ou de se rassurer en se disant que les autres directeurs font tous pareil ; ou que les enquêteurs de l'Assurance Maladie fermeront les yeux, en raison de leur structure même. Tout cela, nous l'avons entendu, ce ne sont pas des paroles inventées.

Mais nous aurions aimé que certains directeurs soutiennent notre argumentaire (ou pourquoi pas la FHF ou leurs Conférences ?) puisque au fond d'eux mêmes ils savent très bien que ce qu'ils ont lancé, à savoir autoriser, malgré l'avis de la CNIL, des personnes à fouiller physi-

Que vaut le respect de la confidentialité des données médicales et la déontologie, face à la toute puissance des managers de la santé ?

quement dans les dossiers, enfermés seuls dans les archives, est contraire à leur éthique ou à leur morale, parce qu'ils sont pris dans un système pervers qu'ils n'osent pas dénoncer. Mais il est vrai que tout cela peut nuire à une carrière.

Jean-Jacques Tanquerel le sait bien, lui qui a été installé de force pour faire de l'hygiène, ce qui ne fait pas partie de ses compétences.

Nous aurions aimé aussi que l'Assurance Maladie accompagne ce qui, au delà des atteintes au secret médical, relève de la



tricherie au bien public qu'est l'assurance maladie : comment parler sans arrêt du déficit de la sécurité sociale, si ces pratiques se démocratisent partout, à savoir surcoder en choisissant ce qui est réputé pour ne pas être visible. Elle demeure malgré tout, la grande muette de ce dossier.

Il aurait été souhaitable que le Procureur de la République ne classe pas la première plainte sans avoir instruit une réelle enquête : comme quoi la justice, surtout régionale, n'est pas indépendante des enjeux locaux !

Nous aurions apprécié également que les pouvoirs publics, le CNG, la DGOS, le ministère au sens large, comprennent que face à un cas emblématique comme celui-ci, il fallait des mesures extraordinaires : en ce qui concerne notre collègue le réintégrer à son poste ! Mais aussi des mesures pour que les avis de la CNIL soient respectés, ce qui n'est pas le cas, car ces pratiques déviantes ont recommencé partout. Mais pour ça, il faudrait du courage politique car cela impliquerait d'aller contre le pouvoir de nomination du Directeur, contre le pouvoir donné via HPST à des managers qui ont perdu tout sens éthique.

C'est un combat symbolique, pour nous, mais également pour ces managers.

Disons que nous cumulons idéalisme et détermination. Donc nous portons plainte contre X pour violation du secret médical, et nous sommes persuadés de gagner, grâce à votre participation à la souscription. ●



Centre Hospitalier Ariège Couserans, au pied des Pyrénées Ariégeoises, à une heure de Toulouse, proche stations de ski, à 2 heures de la Méditerranée et à 3 heures de l'Atlantique, le CHAC bénéficie d'un cadre de vie exceptionnel. Etablissement public de santé dont le siège social est à Saint-Girons.

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

CHERCHE

ANESTHESISTE REANIMATEUR

- Soins intensifs Respiratoires • Surveillance médicale continue • Bloc opératoire et salle de surveillance post interventionnelle.

Envoyer candidature conforme à la réglementation nationale et européenne et CV détaillé à :

M. D. GUILLAUME - Directeur des Ressources Humaines

Centre Hospitalier Ariège Couserans - BP 60111 - 09201 Saint-Girons Cedex - Tél. : 05 61 96 21 94

Ou par mail : secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr ou s.claustres@ch-ariège-couserans.fr

UN CHIRURGIEN

CHIRURGIE GENERALE POLYVALENTE

- VERSUS ORTHOPEDIE -

(En binôme avec chirurgien en poste) - Poste temps plein – Toutes les candidatures seront étudiées Unité de 20 lits à ce jour. (Médecins Hors Union Européenne – PAE acquise obligatoire et inscription Conseil de l'Ordre des Médecins).

Envoyer candidature conforme à la réglementation nationale et européenne et CV détaillé à :

M. D. GUILLAUME - Directeur des Ressources Humaines

Centre Hospitalier Ariège Couserans - BP 60111 - 09201 Saint-Girons Cedex - Tél. : 05 61 96 21 94

Ou par mail : secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr ou d.guillaume@ch-ariège-couserans.fr

UN GERIATRE TEMPS PLEIN

Envoyer candidature conforme à la réglementation nationale et européenne et CV détaillé à :

M. D. GUILLAUME - Directeur des Ressources Humaines

Centre Hospitalier Ariège Couserans - BP 60111 - 09201 Saint-Girons Cedex - Tél. : 05 61 96 21 94

Ou par mail : secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr

Pour tout renseignement sur le poste de gériatre :

Contact DR DEL MAZO - Chef du Pôle Gériatrie - Tél. : 05 61 96 21 89 - 06 47 79 33 30

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. Dans une région agréable, réputée pour ses vignobles, sa gastronomie, son architecture, ses paysages variés.

Etablissement inauguré en octobre 2011, organisé en 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 : Anesthésiste | Gériatre (EHPAD) Gynécologue | Radiologue | Urgentiste

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 - 71100 Chalon-sur-Saône
Tél. : 03 85 44 66 88 - Fax : 03 85 44 66 99



recrute pour renforcer son Personnel, des Médecins :

les postes sont à
pourvoir immédiatement

CHU de Martinique, établissement de référence dans la Caraïbe

- ANESTHESISTES
- URGENTISTES UROLOGUES
- ONCOLOGUES GERIATRES
- RADIOLOGUES
- GASTRO-ENTEROLOGUES
- 1 MEDECIN OU ASSISTANT
MEDECINE POLYVALENTE
- 1 MEDECIN GENERALISTE
UNITE SANITAIRE SOMATIQUE

Site de Trinité
disponible de suite
pour juillet
à décembre 2015

Centre Pénitentiaire
à Ducos

Adresser vos candidatures, curriculum vitae détaillé, titres et diplômes à :

M. le Directeur Général - CHU de Martinique - CS 90632 - 97261 FORT-DE-FRANCE CEDEX

Direction des Affaires Médicales

E-mail : paule.longchamps@chu-fortdefrance.fr - Fax : 05 96 75 83 04 - Tél. : 05 96 55 23 39

Le CH de Montereau situé à 80 km de Paris, accès routier et transport en commun facile, **recherche un urgentiste SMUR temps plein**

Thèse validée, et DESC MU ou CAMU obligatoire.

Temps de travail en décompte horaire.

Activité médico chirurgicale de l'adulte, 24 000 passages par an, 800 sorties SMUR, éventail important de gestes techniques et de pathologies.

Contacts :

Docteur Yakov OHAYON - Chef de Service
01 64 31 65 50 - yakov.ohayon@ch-montereau.fr

Dominique LAINE - Responsable des Affaires Médicales
01 64 31 65 10 - dominique.laine@ch-montereau.fr



Le Centre Hospitalier de Pithiviers
recherche un médecin urgentiste/SMUR
pour rejoindre l'équipe du service urgences.

Le Centre Hospitalier, situé dans le Loiret (80 km de Paris), comprend un pôle plateau technique complet composé d'un bloc opératoire, un service anesthésie, un laboratoire, une pharmacie, un service de consultations externes et un service imagerie. Les autres pôles intégrés sont un pôle gériatrie, un pôle mère enfant et un pôle médecine/urgences.

Plus de 15 000 passages par an dans le service.
Inscription Obligatoire au Conseil de l'Ordre des Médecins - Diplôme en médecine.

Contact :

Mme LAGUYER - Attaché d'Administration Hospitalière - Responsable des Ressources Humaines et Affaires Médicales
Direction des Ressources Humaines - 108, boulevard Beauvallet - BP 700 - 45307 PITHIVIERS CEDEX
Tél. Affaires Médicales : 02 38 32 31 03

Centre Hospitalier
Robert Morlevat **SEMUR EN AUXOIS**

Recrute

Un(e) Médecin Urgentiste

2 lignes de garde médicale H24
20 215 passages en 2014

Contact :

Catherine PATENOTTE
Affaires Médicales

au 03 80 89 65 28 - catherine.patenotte@ch-semur-en-auxois.fr

Le Centre Hospitalier
de Semur en Auxois
(Côte-d'Or)

www.ch-semur.fr

Situé à 70 km de Dijon.
Autoroute A6 Gare TGV Montbard
(1 heure de Paris).
Plateau technique entièrement
reconstruit en 2009.

Disciplines : Service d'accueil des urgences et SMUR, bloc opératoire 5 salles, dépôt PSL, soins Intensifs post chirurgicaux, soins intensifs cardiologiques, chirurgie orthopédique, chirurgie générale, chirurgie cancérologique et digestive, ORL, ophtalmologie, maternité, pédiatrie, gastro-entérologie, psychiatrie adulte et psychiatrie infanto-juvénile, Imagerie/scanner/IRM, biologie, pharmacie avec stérilisation et U.R.C. Projet médical.
Nombreuses coopérations avec le CHRU Dijon.

Le Centre Hospitalier de Bigorre (65 - HAUTES PYRENEES)
recrute pour le Département de l'Urgence

Un médecin PH contractuel ou assistant

Urgentiste temps plein ou temps partiel pour poste basé sur les secteurs, SAU, SMUR
primaire et secondaire, UHCD, SMUR montagne, régulation centre 15.

Poste disponible immédiatement.

Contact :

Dr Eric LAFFORGUE - Chef de Structure Urgences
05 62 54 50 30 - elafforgue@ch-tarbesvic.fr

Dr Jean-louis SAUCEDE - Chef de Structure SAMU
05 62 54 51 74 - jlsauced@ch-tarbesvic.fr

Direction des affaires médicales - sam@ch-tarbes-vic.fr



Le Centre Hospitalier de Saintonge (Saintes - Charente-Maritime)

Recherche **DES MEDECINS** pour son service SAU/SMUR/HTCD

ou **UN PRATICIEN HOSPITALIER CONTRACTUEL** temps plein ou temps partiel

Pour le SAU : 30 000 passages/an (environ 80/jour), activité variée comprenant la traumatologie pédiatrique, plateau technique complet (12 lits de réanimation, coronarographie, UNV, toutes les spécialités chirurgicales à part la chirurgie cardio-thoracique et la neurochirurgie)

Pour le SMUR : environ 1 700 interventions/an, avec activité de primaire et de secondaire.

Pour l'HTCD : 8 lits (2 300 hospitalisations par an, DMS 1.32). Fonctionnement en garde de 24 heures, ou en garde coupées (10/14h) sur une base minimum de 39h par semaine.

Contacts :

> Dr DELHOMME - Chef de service - a.delhomme@ch-saintonge.fr - Tél. : 05 46 95 15 49

> Mme Da Silva Bigot - Directrice des affaires médicales - a.da-silva-bigot@ch-saintonge.fr - Tél. : 05 46 95 12 55



LE CENTRE HOSPITALIER DE LANNION (Côtes-d'Armor)

■ RECHERCHE

2 PRATICIENS HOSPITALIERS TEMPS PLEIN

DANS LA SPECIALITE SUIVANTE : MEDECINE D'URGENCE

Service composé de 10,20 ETP praticiens - 23 478 passages et 715 sorties SMUR en 2014.

Pour tout renseignement s'adresser à :

Monsieur le Directeur des Affaires Médicales - Courriel : sec-affairesmedicales@ch-lannion.fr
Environnement attractif à proximité de la mer (côte de granit rose)



LE CENTRE HOSPITALIER DE VANNES - AURAY (Morbihan)
Etablissement de référence du territoire de santé (670 lits et places MCO) - Siège de SAMU - 2 SMUR

RECRUTE 2 PRATICIENS CONTRACTUELS URGENTISTES

Pour une prise de fonctions possible dès le 1^{er} octobre 2015 sur le site de Vannes. Equipe commune urgences-SAMU-SMUR de 37 praticiens pour 31.7 ETP. Vannes est au bord du Golfe du Morbihan et à 1 heure de Nantes et de Rennes.

Adresser candidature à :

Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique - 20, boulevard Général-Maurice-Guillaudot - BP 70555 - 56017 Vannes Cedex.

Pour tout renseignement, contacter :

• Dr Fabrice ARNAULT - Chef de service - Tél. : 02 97 01 48 60 - fabrice.arnault@ch-bretagne-atlantique.fr

• Directeur des Affaires Médicales - Tél. : 02 97 01 47 22 - dsamt@ch-bretagne-atlantique.fr



CENTRE HOSPITALIER
Intercommunal des Alpes du Sud

Gap - Sisteron

CONTACTS

guyolaine.baghioni@chicas-gap.fr
(chef de service urgences)
04 92 40 77 86

valerie.urbach@chicas-gap.fr
(direction des affaires médicales)
04 92 40 61 72

LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DES ALPES DU SUD GAP-SISTERON

RECRUTE POUR COMPLETER SON EQUIPE UN MEDECIN URGENTISTE TEMPS PLEIN

STATUT PHC OU ASSISTANT DESC D'URGENCES
EQUIPE MUTUALISEE SAU/SAMU 05 (SMUR ET
REGULATION) + DE 30 000 PASSAGES/AN AU SAU
+ DE 1 500 INTERVENTIONS SMUR (ROUTIER ET HELIPORTE)



CENTRE HOSPITALIER ALPES LEMAN

Recrute pour son service des urgences SMUR

Un praticien hospitalier urgentiste temps plein

Titulaire de la CAMU (ou en cours) ou DESC

Inscription à l'Ordre des Médecins

Renseignements :

Dr AL BOURGOL - Responsable du service des urgences
salbourgol@ch-alpes-leman.fr - Tél. : 04 50 82 26 43

Candidatures :

P. GONIN - Directeur Affaires Médicales - pgonin@ch-alpes-leman.fr - Tél. : 04 50 82 24 93



LE CENTRE HOSPITALIER ALPES LEMAN (Haute Savoie)

d'une capacité de 445 lits, avec
équipements techniques performants,
un projet médical affichant des objectifs
ambitieux pour répondre à l'offre de soins
du territoire Haute Savoie Nord dans
des conditions optimales,
proche du grand Genève, permettant
les communications internationales
(aéroport), à proximité de CHAMONIX,
dans un cadre agréable, entre lac et
montagne, zone d'attraction
de 200 000 habitants, proche important
Centre hospitalo-Universitaire,



Le CENTRE HOSPITALIER de VIENNE (Isère)

Ville de 30 000 habitants à 30 km au Sud de Lyon

Recherche pour son service SU/SMUR/Soins continus

Activité variée : accueil, UHCD, SMUR et soins continus

Centre hospitalier de 650 lits - 27 000 passages adultes - Gardes et planning
adaptables - Cadre et situation de travail agréables - Equipe dynamique

2 MEDECINS TITULAIRES DE LA CAPACITE DE MEDECINE D'URGENCE OU DU DESC

Pour effectuer un remplacement de 3 mois à compter du 1^{er} octobre 2015.

Tout renseignement peut être obtenu auprès de Monsieur le Docteur EL KHOURY
Chef de pôle - c.elkhoury@ch-vienne.fr - au 04 74 31 32 57

Candidature (CV et lettre de motivation) sont à adresser à :

Monsieur le Directeur - BP 127 38209 Vienne Cedex - direction@ch-vienne.fr



→→→→ SYNGOF - Gynécologie-Obstétrique

ŒUVRE DU PERPÉTUEL SECOURS, ASSOCIATION RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE DEPUIS 1892

L'Institut Hospitalier Franco-britannique (270 lits et places – Spécialités :
Maternité & néonatalogie (niveau 2A), Chirurgie, Médecine, Anesthésie-Réanimation-
Urgences, Oncologie, Ambulatoire, Gériatrie), situé à 5 mn du métro Anatole
France (ligne 3) à Levallois-Perret (92), recherche :



CHIRURGIEN GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN H/F CDD (novembre 2015 – septembre 2016) temps plein

Mission :

Au sein de la maternité (2.500 accouchements par an), vous participez notamment :

- Au déploiement du projet médical.
- A la formation des internes de spécialité.
- Aux protocoles et études cliniques.

Participation aux gardes et astreintes obstétricales requise.

Profil :

Vous êtes inscrit au Conseil de l'Ordre des médecins.

Rémunération : Selon profil et grille interne (Convention
Collective Fehap).



Pour postuler : les candidatures sont à adresser au Dr ISSARTEL par mail : francoise.issartel@ihfb.org ou à la Direction des Ressources Humaines, par mail : recrutement@ihfb.org.



CENTRE HOSPITALIER LEON BINET DE PROVINS (77)

POSTE A POURVOIR IMMEDIATEMENT

(Ile-de-France - Cadre de vie agréable - Cité médiévale classée au patrimoine mondial de l'UNESCO
Située au sud-est de Paris - 80 km - 1h de trajet)

200 lits MCO, jouissant d'un bassin d'attraction de plus de 90 000 habitants - Plateau technique complet (scanner - IRM
laboratoire) - Urgences - SMUR - Unité de Réanimation (8 lits) et de soins continus (4 lits) - Maternité niveau 2A
(700 accouchements par an environ) - Pédiatrie avec unité de néonatalogie (4 lits).

UN PRATICIEN GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN

A temps plein - Inscription à l'Ordre des Médecins exigée

Pratique des échographies obstétricales avec agrément 1er trimestre fortement souhaitée.
Activité d'orthogénie obligatoire.
Possibilités statutaires et/ou contractuelles ouvertes en fonction du profil.

Adresser candidature à :

Mme Lydie COUSSE - Affaires médicales - Tél : 01 64 60 43 92 - lcousse@ch-provins.fr

Renseignements :

M. le docteur Hakim BELLACHE - Tél : 01 64 60 40 57 - hbellache@ch-provins.fr



ILE-DE-FRANCE



ORANGE



Le Centre Hospitalier d'Orange, établissement de référence du Nord-Vaucluse, situé au cœur de la Provence à 10 mn d'Avignon, 1h de Montpellier, 1h de Marseille et au carrefour des axes autoroutiers en direction de l'Italie et de l'Espagne

recrute un praticien temps plein en gynécologie-obstétrique,
pour compléter son équipe médicale composée de 3 PH temps plein, 2 PH temps partiel et 2 vacataires

- Maternité de niveau I
- 1 200 accouchements

- Gardes sur place
- 25 lits

Contacts :

Dr Bernard Guerquin - Responsable d'Unité - 04 90 11 24 57 - bguerquin@ch-orange.fr
Mme L. Blanchi - Bureau des Affaires Médicales - 04 90 11 24 06 - lblanchi@ch-orange.fr

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR



Centre Hospitalier Intercommunal Feurs et Montbrison (Loire)

1 052 lits et places - 7 800 agents - Situé à 35 km de Saint-Etienne

Recrute au sein de son pôle mères-enfants (site Montbrison)

Son 4^{ème} gynécologue obstétricien à temps plein

Profil du poste :

Rattachement : Pôle mères-enfants du centre hospitalier du Forez

Temps de présence : 10 demi-journées par semaine - 25 congés annuels et 19 RTT par an

Activité : Consultations - Act. spécialisées - Accouchements

Contacts :

Dr Alice CORNU-WILHELM - Praticien Hospitalier Service Gynéco-Obstétrique - alice.cornu-wilhelma@ch-forez.fr
Téléphone : 04 77 56 78 59

Sylvie FANGET - Adjoint(e) des Cadres DRH - dans@ch-forez.fr - Téléphone : 04 77 27 32 09



RHÔNE-ALPES

→→→ SNGC - Gérontologie



CENTRE HOSPITALIER
CHALON SUR SAÔNE
WILLIAM MOREY

Médecin gériatre ou médecin généraliste

Inscrit à l'ordre des médecins - Poste en EHPAD

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.

Etablissement (inauguré en octobre 2011), organisé en 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.

Le pôle gériatrie est composé :

- Court-séjour gériatrique (21 lits) • SSR gériatrie (42 lits) • Unité mobile de gérontologie • Consultations gériatriques
- Consultations mémoires • E.H.P.A.D (270 lits) sur 2 sites (180 + 90 lits).

Pour tout renseignement, contacter :

- Monsieur le Docteur MIGNOT Alexandre - Chef de pôle - alexandre.mignot@ch-chalon71.fr
- Direction des Affaires Médicales - Tél. : 03 85 91 01 54 - ginette.gilliers@ch-chalon71.fr

Envoyer candidature et CV à :

M. le Directeur du Centre Hospitalier - 4, rue Capitaine Drillien - CS 80120 - 71321 Chalon-sur-Saône
Tél. : 03 85 44 66 88 - Fax : 03 85 44 66 99 - <http://www.ch-chalon71.fr>



BOURGOGNE



Le Centre Hospitalier de Saint-Sever (Landes) propose un continuum de soins : Consultation Mémoire, Hôpital de Jour, Médecine, Soins de Suite et de Réadaptation à orientation gériatrique, Unité de Soins de Longue Durée, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et Soins Palliatifs. Au total, le centre hospitalier dispose d'une capacité d'accueil de 117 lits.

Deux filières coexistent au sein de la structure : la filière gériatrique classique et la filière cognitivo-comportementale, les soins palliatifs se situant à l'interface.

Le centre hospitalier recrute pour son service de SSR médecin pouvant exercer en milieu hospitalier (h/f) CDD - 1 ETP

Jeunes médecins bienvenus :

Vous êtes médecin et vous souhaitez exercer votre talent dans une équipe pluridisciplinaire dynamique et engagée où vos confrères coopèrent étroitement.

Politique d'attractivité : vie institutionnelle démocratique et riche en espaces de réflexion – Proximité de la côte Atlantique, des Pyrénées et de l'Espagne, des grandes villes (Bordeaux, Toulouse, Biarritz) – Gares et aéroports à proximité.

Conditions : Postes à pourvoir dès maintenant – Rémunération à définir par expérience.

Candidatures : Par courrier ou e-mail à :

Mme Delphine LAFARGUE - Directeur - 3, rue de la Guillerie - 40500 Saint-Sever - direction@ch-st-sever.fr



L'EHPAD « Les Marronniers » situé à LEVALLOIS-PERRET, disposant de 120 lits d'hébergement, 60 places de SSIAD et d'un Accueil de Jour Alzheimer de 15 places

recrute son médecin coordonnateur

CDI temps partiel : 0,6 ETP coordinateur EHPAD + 0,1 ETP coordinateur accueil de jour

Poste à pourvoir à compter du 1^{er} décembre 2015

Rémunération calculée en référence à la grille de Praticien Hospitalier temps plein

Merci d'adresser votre candidature à :

Monsieur Sébastien HOUADEC – Directeur – EHPAD « Les Marronniers »

36, rue Paul Vaillant Couturier – 92300 LEVALLOIS-PERRET – Tél. : 01 47 58 57 65 – Mail : accueil@ehpad-lesmarronniers.fr

L'association AREFO - ARPAD Recrute un médecin gériatre coordonnateur en CDI à temps partiel (0,50 ETP)



Contact : Envoyer lettre de motivation et C.V à Mme LECLERC - Directrice - Résidence les Primevères
110, rue du Professeur Calmette - 95120 Ermont - Mail : ermontdirection@arpad.fr - Tél. : 01 34 15 73 47



Le Centre d'action sociale de la Ville de Paris, établissement public municipal de 5600 agents comptant 250 sites, recrute pour ses Ehpad et ses résidences services



Recrute **médecins**

Les postes à pourvoir sont les suivants :

Médecin coordonnateur en EHPAD

Médecins gériatres ou traitants en EHPAD

Recrutement sous contrat, sous conditions d'inscription à l'ordre national des médecins, temps médical modulable et cumulable dans la limite des 35 heures réglementaires, possibilités de prise en charge des formations.

Pour toute informations complémentaires vous pouvez joindre le docteur Soudani, médecin conseil du CASVP au 06 30 06 43 96 ou par courriel martine.soudani@paris.fr

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 **16 41** ou par courriel à marie-christine.domingues@paris.fr et à nathalie.glais@paris.fr



La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (Paris 14^e)
recrute un médecin expert en gériatrie H/F
au sein de la direction de la compensation de la perte d'autonomie
H/F (plus d'informations sur le site www.cnsa.fr)

Le médecin expert en gériatrie a pour missions principales :

- De participer, dans son champ de compétence, à l'animation des services des conseils départementaux chargés de l'autonomie des personnes âgées.
- De connaître et d'analyser l'activité et les processus de travail des équipes médico-sociales chargées de l'APA pour identifier leurs besoins d'appui.
- De participer à la construction et à la mise à disposition des outils et des méthodes d'évaluation et d'élaboration des réponses.

Il travaille en équipe avec le médecin de santé publique spécialisé en matière d'accompagnement des personnes handicapées. Ensemble, ils contribuent à l'analyse comparative et au rapprochement des thématiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées.

Il peut également apporter son expertise aux travaux des médecins en charge de la réforme des ordonnances PATHOS au sein de la direction des établissements et services médico-sociaux.

Tout en bénéficiant d'une réelle autonomie dans l'accomplissement de ces missions, il travaillera dans une dynamique d'équipe en partenariat étroit avec les chargés de mission intervenant sur le champ des personnes âgées au sein de la direction de la compensation.

Les compétences demandées pour occuper le poste de médecin expert gériatre sont notamment :

- Capacité de recherche, d'analyse et de synthèse.
- Aisance rédactionnelle et rigueur.
- Maîtrise des outils bureautiques.

Les connaissances demandées sont :

- Connaissance du handicap et de la perte d'autonomie (concepts, classification, outils d'évaluation, comparaisons internationales).
- Connaissance des enjeux techniques et politiques de la sphère médico-sociale en lien avec le sanitaire et le social.

Médecin spécialisé en gériatrie, le candidat devra posséder une expérience confirmée de 5 ans minimum dans le domaine social (notamment pour la mise en œuvre des politiques publiques relatives à l'autonomie des personnes âgées).

Poste à pourvoir en CDI convention collective UCANSS niveau 10E (grille du personnel soignant, éducatif et médical des établissements et œuvres) ou plus selon profil et expérience ou fonctionnaire cadre A+ de l'Etat ou de la FPT en détachement.

Engagée en faveur de l'égalité des chances, la CNSA vous informe que ce poste est ouvert aux candidats en situation de handicap.

Dossier de candidature (Lettre de motivation + CV) à adresser à la Direction des Affaires Générales et Financières, sous la référence SM/COMP/102015 par mail à l'adresse suivante : candidature.cnsa@cnsa.fr avant le 27 novembre 2015.



Clinique MCO de 59 lits et places cherche pour son service de médecine polyvalente **médecin généraliste ou interniste** salarié ou libéral.

La clinique dispose également d'un service d'urgence avec présence d'un urgentiste 24/24.

Le médecin pourra disposer des avis spécialisés en cardiologie et gastro-entérologie. La capacité de gériatrie serait un plus. La clinique est située à 40 km de Perpignan entre mer et montagne.

Contact : Stéphane RAMA - 06 46 39 57 24 - stephane.rama@cliniquesaintmichel.com



Clinique Saint-Michel - 25, Avenue Louis Prat - BP 60025 - 66502 PRADES - Tél. : 04 68 96 03 16 - Fax : 04 68 05 22 13



LE CENTRE HOSPITALIER CÔTE DE LUMIÈRE est situé aux SABLES D'OLONNE, station balnéaire, commune du centre-ouest de la France, en bordure du littoral atlantique vendéen, à 1h15 de NANTES par l'autoroute, à 1h30 de LA ROCHELLE et à 3h15 de PARIS par le TGV.

Le Centre Hospitalier Côte de Lumière est un Pôle de Santé public-privé médico-chirurgical qui a ouvert ses portes le 21 novembre 2011. Il dispose d'un service d'urgence, d'un plateau technique complet de qualité (bloc opératoire et obstétrical, imagerie médicale : I.R.M., scanner, pharmacie à usage intérieur et stérilisation), 231 lits et places installés en cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, USC polyvalente, médecine interne et polyvalente, médecine gériatrique aigüe (35 lits - 4 praticiens), hôpital de semaine polyvalent, SSR, pédiatrie, gynéco-obstétrique, UHTCD, hôpital de jour - 258 lits EHPAD-SMTI, 10 places d'accueil de jour - 46 lits foyer de vie occupationnel.

RECRUTE PRATICIENS GERIATRES

1 poste de P.H. temps plein médecine gériatrique

1 poste de P.H. temps partiel pour l'équipe mobile de gériatrie

Titulaire de la capacité de gériatrie ou en cours de formation - Inscrit au Conseil de l'Ordre

Adresser votre candidature à :

Madame LARDU - Directrice des Affaires Médicales - CH Côte de Lumière - 4, rue Jacques Monod - CS 20393 - OLLONNE-SUR-MER - 85109 LES SABLES D'OLONNE CEDEX

Contacts :

Mme le Dr A. HUMMEL - Responsable du Pôle Gériatrie - 02 51 21 89 18

M. le Dr J. BEUCHARD - Président de C.M.E. - 02 51 21 86 09

Mme le Dr N'GUESSAN - Responsable d'Unité Médicale - 02 51 21 86 78

Affaires Médicales - 02 51 21 85 46 - Fax : 02 51 21 87 32 - Mail : secretariatdrh@ch-cotedelumiere.fr



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

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

RECHERCHE :

UN GERIATRE TEMPS PLEIN

(Unité Cognitive Comportemental/Unité de court séjour gériatrique/Equipes dynamiques)

Adresser CV et lettre de motivation à :

M. O. GUILLAUME - Directeur des Ressources Humaines Centre Hospitalier Ariège Couserans, BP 60111 - 09201 Saint-Giron Cedex ou par mail : secretaire.drh@ch-ariège-couserans.fr

Pour tout renseignement sur le poste de gériatre :

Contact DR DEL MAZO - Chef du Pôle Gériatrie - Tél : 05 61 96 21 89 - 06 47 79 33 30

Recherche Un Médecin Coordonnateur

Sur 2 EHPAD à 5 minutes de distance !
Poste à pourvoir au 1^{er} novembre 1015



EHPAD – Les Pervenches

Contact :

M. Pallard Olivier

Directeur chez Chobelet,

Route de montagne – 17260 GEMOZAC

Tél. : 05 46 94 52 96 – Fax : 05 46 94 62 91

E-Mail : directionpervenches@hotmail.fr

CDI et un temps
de 4,5 ETP
EHPAD de 43 lits



EHPAD – Le Domaine

Contact :

Mme Pallard Catherine

Directrice

10, rue du port - 17260 CRAVANS

Tél. : 05 46 94 29 29 - Fax : 05 46 94 29 21

E-Mail : ledomaine17-direction@orange.fr

CDI à 0,4 ETP
EHPAD de 43 lits

Les Hôpitaux des Portes de Camargues - Site de Tarascon

Recherchent **un médecin coordonnateur**
pour un poste entre 50% et 100% à pourvoir dès que possible.



Le médecin coordonnateur assure la coordination médicale d'un ou deux EHPAD.

Le poste se répartit de la façon suivante :

- › 0.50 ETP EHPAD Oustaù de 120 lits, situé à Beaucaire et un complément sur le territoire Arlésien (Tarascon, Arlès, Saint-Rémy-de-Provence).
- › Le site de Tarascon se situe au centre d'un triangle Arlès-Nîmes-Avignon.
- › Les Hôpitaux des Portes de Camargues ont un profil médical lié à l'accompagnement de la perte d'autonomie dans les domaines de la gériatrie et du polyhandicap.

Merci de contacter :

Dr Serge ARMAND - Président CME - 04 90 91 56 53 - Mail : serge.armand@hdpdc.fr

Direction des Affaires Médicales - 04 90 91 56 23 - Mail : annie.basso@hdpdc.fr



ADEF RÉSIDENCES est une association à but non lucratif spécialisée dans la création et la gestion d'établissements médico-sociaux. Elle compte 42 résidences sur le territoire français et est reconnue pour la qualité de ses prestations d'accompagnement.

Nous recherchons :

Médecins coordonnateurs établissements

Nombre de postes : 9

Type d'établissement : EHPAD (80 à 120 places).

Departements : 02, 52, 58, 63, 92, 93, 94.

Type de contrat : CDI.

Temps de travail : 0,5 ou 0,6 ETP.

Missions :

En collaboration avec la direction de l'établissement et le pôle médical vous :

- Définissez la politique de soins de l'établissement et développez les liens avec la filière gériatrique locale.
- Etes garant du projet de soin.
- Etes responsable de l'évaluation du niveau de dépendance des résidents et de la charge en soins.
- Donnez votre avis sur les admissions des résidents.
- Etes garant de la qualité des soins et de la sécurisation du circuit du médicament.
- Formez les équipes.
- Coordonnez les interventions des praticiens libéraux et êtes l'interlocuteur privilégié des familles pour les questions relatives aux soins.

Contact

Dr Nathalie Marteaux Berger

Médecin en charge de la politique de soins Adef Résidences

Mail : nathalie.marteauxberger@adefresidences.com

Tél. : 06 31 57 17 54

Médecin coordonnateur siège

Nombre de postes : 1

Type de contrat : CDI.

Temps de travail : 35h.

Lieu de travail : Siège social basé à Ivry-sur-Seine 94 (Métro Ligne 7 arrêt Pierre et Marie Curie).

Missions :

En collaboration avec le pôle médical, vous :

- Intervenez auprès des différents établissements de l'association en fonction de leurs besoins (vacances de poste ou problème sanitaire majeur).
- Travaillez sur l'évolution de la politique de soins de l'ensemble du groupe Adef Résidences (EHPAD, secteur handicap, filiale de restauration, filiale informatique et gérontechnologies, filiale de formation et évaluation).

Aptitudes/Compétences :

Expérience en gériatrie (médico-social ou sanitaire).

Titulaire du D.I.U. de médecin coordonnateur ou titulaire d'un diplôme en gérontologie (capacité, DESS, DU). Possibilité de se former en cours de contrat.

POSTES À POUVOIR IMMÉDIATEMENT

www.adef-residences.com



*Entretien avec
Monsieur Tony-Marc CAMUS
Directeur en charge
des activités HAD,
supervision des
SSIAD.*



**Harmonie
santé & services**
SVFA

Pouvez-vous nous présenter SVFA, ainsi que ses pôles d'HAD et d'EHPAD ?

Sphéria Val de France Actions est une mutuelle qui gère différentes activités sanitaires et médico-sociales sur le Loiret et l'Eure-et-Loir. Elle adhère à une union, Harmonie Services Mutualistes, qui est présente sur l'ensemble du territoire français dans de nombreux secteurs d'activités. Cette Union est en lien avec le Groupe Harmonie Mutuelle, première Mutuelle de France. En région, elle permet de prévenir, protéger et soigner à tous les âges de la vie.

Cette Mutuelle est spécialisée :

Dans le secteur sanitaire via :

- Un Service d'Hospitalisation à Domicile, l'HAD Val de France qui couvre l'Eure-et-Loir et Loiret. Il s'agit d'un établissement privé à but non lucratif. L'HAD permet de maintenir hospitalisé au domicile le patient avec une infrastructure technique sécurisée.
- Un établissement de soins de suite et de réadaptation (La Cigogne).

Dans la prise en charge médico-sociale de la personne via des structures de soins composées :

- D'Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), dans le Loiret, situés à Chevilly, Orléans La Source et La Chapelle Saint-Mesmin.
- De Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) qui couvrent les secteurs d'Orléans et de Bellegarde.

Sphéria Val de France Actions défend une approche non lucrative et désintéressée pour la prise en compte des besoins des personnes qu'ils accompagnent.

Quels projets prévoyez-vous de mettre en place à court et moyen terme ?

Il est pour nous important de pouvoir poursuivre le développement de nos activités et nos implantations sur les territoires.

Pour la partie HAD, il convient de renforcer le développement de l'activité au regard des orientations de la circulaire du 4 décembre 2013 sur le développement de l'HAD en lien avec les orientations définies par l'Agence Régionale de Santé Centre Val de Loire.

Les candidatures sont à adresser par courrier à : SPHERIA Val de France ACTIONS DRH - RSMS 294 23, boulevard Jean Jaurès - 45025 Orléans Cedex 1 ou par mail : recrutement.drsm@svfa.fr

Quels sont les postes à pourvoir au sein de votre structure ?

Les postes à pourvoir sont différents postes médicaux :

- Au sein de l'HAD, nous recherchons

de 1 à 2 médecins

pour 1.2 ETP à pourvoir immédiatement. Dans l'idéal, l'un des médecins devrait être rattaché au territoire du Loiret et le second à l'Eure-et-Loir.

Il existera une complémentarité d'action entre les deux médecins, des déplacements sur les territoires, l'organisation et la gestion des astreintes médicales...

- Au sein des EHPAD, nous recherchons

1 ou 2 médecins coordonnateurs

pour 1 ETP, dans l'idéal, spécialisé en Gériatrie, à pourvoir immédiatement. Sur le Loiret, nous pouvons envisager la mutualisation du poste médical de l'HAD avec les EHPAD du groupe.

Quels atouts présente-t-elle pour un praticien qui souhaiterait la rejoindre ?

Nous pouvons apporter une qualité de vie et de travail pour des médecins qui souhaitent s'installer dans cette belle région Centre Val-de-Loire.

Nous sommes une structure à but non lucratif et nous appliquons la convention FEHAP 1951 renouvelée qui est relativement avantageuse.

Par ailleurs, le fait d'appartenir à une structure mutualiste apporte certaines garanties complémentaires et avantages.